

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta - långvarig, hos vuxna

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

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Datum	Version/beskrivning av förändring
2022-10-20	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Beskrivning av vårdförlopp	5
1.1 Om långvarig smärta	5
1.2 Omfattning	6
1.3 Vårdförloppets mål	6
1.4 Ingång och utgång	7
1.5 Flödesschema för vårdförloppet	7
1.6 Vårdförloppets åtgärder	9
1.7 Personcentrering och patientkontrakt	20
2. Uppföljning av vårdförlopp	22
2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter	22
2.2 Indikatorer för uppföljning	23
3. Bakgrund till vårdförlopp	25
3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter	25
3.2 Kompletterande kunskapsunderlag	27
3.3 Arbetsprocess	27
4. Referenser	29
Appendix	33
Appendix A. Kompletterande bakgrund om smärta och vårdförloppet	33
Appendix B. Behandlingar och insatser vid långvarig smärta	37
Appendix C. Patientens perspektiv	49
Appendix D. Stöd vid standardisering av dokumentation	54
Appendix E. Exempel på verktyg	55

Sammanfattning

Långvarig smärta definieras som smärta som kvarstår eller upprepas under en period längre än tre månader. Den medför ofta stort lidande för individen och är ett omfattande folkhälsoproblem globalt. I Sverige uppskattas förekomsten av svår och medelsvår långvarig smärta till cirka 20 procent av den vuxna befolkningen. Vid långvarig smärta har smärtans funktion som varningssignal ofta upphört, den har blivit dysfunktionell och behöver då betraktas som ett sjukdomstillstånd i sig snarare än som ett symptom på bakomliggande sjukdom. Det kan också röra sig om smärttillstånd som kvarstår trots behandlingar mot underliggande sjukdom eller skada, eller resttillstånd efter givna behandlingar. Handläggning och vård av patienter med långvarig smärta har på många håll uppenbara brister och är ojämlig inom både primärvård och specialiserad vård. Det finns rekommendationer om nivåstrukturer av vård för patientgruppen som möjliggör adekvat bedömning och behandling baserad på kunskap och befintlig evidens.

Vårdförloppet inleds vid vårdkontakt för smärta som varat i minst tre månader eller vid risk för långvarig smärta, och avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder. Vårdförloppet omfattar vuxna. Syftet är att utgöra ett stöd för hälso- och sjukvården att möta patienter med vårdbehov på grund av långvarig smärta på ett adekvat sätt samt genom att basera behandlingen på befintlig evidens och erfarenhet, med fokus på personcentrering och patientens delaktighet i alla vårdmöten.

Vårdförloppets mål är att skapa en struktur som bidrar till att öka eller bibehålla patientens funktion och förmåga. Vårdförloppets mål är även att bidra till ökad delaktighet, kontinuitet och trygghet för patienten, förebygga osammanhängande eller okoordinerade vårdkontakter samt att minska kostnader för individen, hälso- och sjukvården och samhället. Detta medför en resurseffektiv vård samt ökar kunskapen inom området hos vårdpersonal och patienter. Åtgärderna stödjer patienten att återgå till en tillvaro med livskvalitet, vilket inkluderar lönearbete eller annan sysselsättning.

Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet konkretiseras genom patientkontraktet som ska tillämpas i vårdförloppen. Inom detta vårdförlopp används bland annat rehabiliteringsplaner för att beakta intentionen i patientkontraktet. Patienter med långvarig smärta har unik kunskap om sig själva och sina behov, förväntningar och resurser. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt medverkar i sin vård och dess uppföljning, samt om relationen mellan patient och vårdpersonal präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Patientens delaktighet utgår alltid ifrån patientens förmåga och möjligheter. I rehabiliteringsplanen tydliggörs vem som ansvarar för de olika åtgärderna och när eventuella uppföljningar sker. Närstående kan påverka patientens vård och egenvård på ett positivt sätt. Deras deltagande ska därför främjas, med patientens samtycke.

För att det ska vara möjligt att följa upp patienter i vårdförloppet rekommenderas att i väntan på ICD-11 används "annan kronisk smärta eller värk (R52.2)" enligt ICD-10, som huvud- eller bidiagnoskod samt dokumentera dels den information som ligger till grund för beslut om att ge en patient vård enligt detta vårdförlopp, dels anledningar till att inte längre ge en patient vård enligt vårdförloppet. Vidare kan vårdförloppets mål översättas till några indikatorer för uppföljning. Resultatmått identifieras utifrån internationellt rekommenderade områden att följa upp för denna patientgrupp. Vidare följs upprättande av rehabiliteringsplan samt att inrättande av en fast vårdkontakt sker.

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

1. Beskrivning av vårdförlopp

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

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

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

1.1 Om långvarig smärta

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

Vid långvarig smärta har smärtans funktion som varningssignal ofta upphört, den har blivit dysfunktionell och behöver då betraktas som ett sjukdomstillstånd i sig snarare än som ett symptom på bakomliggande sjukdom. Det kan också vara smärtstillstånd som kvarstår trots behandlingar mot underliggande sjukdom eller skada, eller reststillstånd efter givna behandlingar. Långvarig smärta medför ofta mycket låg livskvalitet för individen, högre frekvens av separation i relationer, högre mortalitet samt leder till höga kostnader för samhället (cirka 90 miljarder kronor per år enligt en beräkning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering gjord 2003 och rapporterad 2006 [4] respektive 2010 [5]).

Långvarig smärta beskrivs som ett fenomen som skiljer sig från akut smärta i dess syfte och dess konsekvenser, men både behandlare och patienter betraktar ofta långvarig smärta som om det vore

akut smärta vilket inte sällan leder till felaktiga förklaringar och behandlingar samt till negativa upplevelser hos både patienter och vårdpersonal [6, 7]. I vårdförloppet definieras långvarig smärta i termer av tid (minst tre månader) i brist på en mer precis definition, men ju längre en smärta pågår, desto troligare är det ett eget sjukdomstillstånd [7].

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

De flesta patienter med långvarig smärta handläggs inom primärvården där resurser och kompetens för hantering av långvarig smärta ofta saknas [3]. Det återstår mycket arbete för att handlägga långvarig smärta inom vården på ett ändamålsenligt sätt. Det har rapporterats från patientorganisationer att långvarig sjukskrivning fortfarande förekommer utan att ”vara kopplad till aktiva åtgärder i form av funktionsutredning, funktionshöjande åtgärder, regelbundna arbetsplatsbesök, arbetsanpassning, arbetsträning och utbildning” [62]. Behandling av långvarig smärta kan delas in i olika strategier - bota, lindra eller hantera konsekvenser. För mer information, Se Appendix A och B.

1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar åtgärder från vårdkontakt för smärta i minst tre månader eller vid risk för långvarig smärta, och avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder. Vårdförloppet avslutas även om patienten avstår från deltagande i evidensbaserade behandlingsinsatser eller inte bedöms kunna tillgodogöra sig åtgärder enligt vårdförloppet. Vårdförloppet omfattar vuxna.

1.3 Vårdförloppets mål

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

Vårdförloppets mål är att uppnå

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

1.4 Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet för vuxna patienter med långvarig smärta sker:

- vid vårdkontakt med anledning av smärta där smärtan varat i minst tre månader
- när hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att risk för långvarig smärta föreligger enligt bedömning och befintlig evidens
- om patienten har kvarstående smärta som sträcker sig utöver den förväntade återhämningsperioden efter avslutad behandling för bakomliggande sjukdom eller tillstånd och har ett vård- och rehabiliteringsbehov
- om det finns ett vård- och rehabiliteringsbehov trots att flera utredningar och/eller åtgärder för den långvariga smärtan har genomförts.

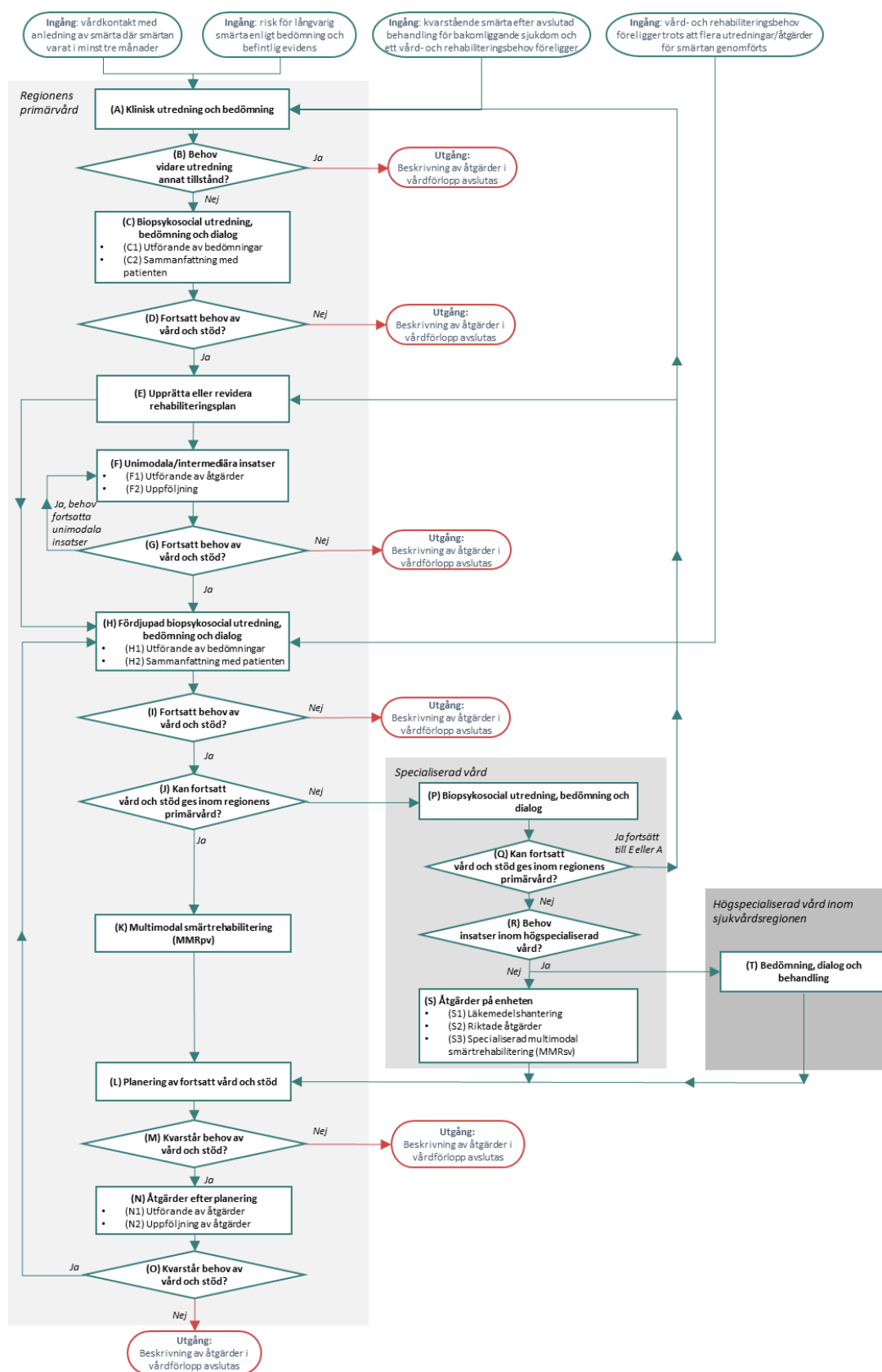
Utgång ur vårdförloppet sker:

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

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs åtgärder vid förekomst av eller risk för långvarig smärta hos vuxna inom såväl regionens primärvård, specialiserad vård som högspecialiserad vård (vård i en av landets sex sjukvårdsregioner). Beskrivning av åtgärderna i text finns i Tabell 1.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp
Smärta – Långvarig, hos vuxna



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

1.6 Vårdförloppets åtgärder

I åtgärdstabellen nedan (Tabell 1) beskrivs de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Åtgärd (A) till och med (O) sker i regionens primärvård, åtgärd (P) till och med (S) i specialiserad vård och åtgärd (T) i högspecialiserad vård (vård inom sjukvårdsregionen). Vid varje vårdkontakt kan mer än en åtgärd ske.

Vårdförloppet förutsätter ett kunskapsutbyte mellan primärvård och specialiserad vård under hela vårdförloppet. Specialiserade enheter kan ge konkreta råd och vara en stödfunktion till primärvård i komplicerade patientfall.

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

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(A) Klinisk utredning och bedömning</p> <p>Gör en smärtanalys baserad på anamnes, status och smärtteckning (se Appendix A och E). Använd ICD-10 för diagnossättning samt klassificera smärtan som en eller flera av följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nociceptiv (R52.2A) • Neuropatisk (R52.2B) • Nociplastisk (R52.2C) <p>Gör en basal bedömning som inkluderar svar på laboratorieprover. Förslag på prover som kompletteras vid behov: Blodstatus, elektrolytstatus inklusive kalcium, leverstatus, PEth (fosfatidyletanol), TSH, homocystein, blodglukos och CRP.</p> <p>Bedöm misstanke om allvarligt tillstånd, icke behandlade sjukdomar eller samsjuklighet som helt eller delvis kan förklara patientens smärtsymtom.</p> <p>Värdera läkemedelsbehandling och ta särskild hänsyn till behandling med narkotikaklassade läkemedel.</p> <p>Utse fast vårdkontakt.</p>	<p>Berätta om symtom, farhågor och förväntningar</p> <p>Ställa frågor om</p> <ul style="list-style-type: none"> • anledning till utredning och provtagning • smärtans påverkan på stress och sömn • betydelsen av egenvård • annan åtgärd som tillkommer under utredning <p>Beroende på information från vården utföra egenvård under utredningen</p>
<p>(B) Beslut: Behov vidare utredning annat tillstånd?</p> <p>Ja: Om utredning enligt (A) inger misstanke om allvarligt tillstånd, icke behandlade sjukdomar eller samsjuklighet som först behöver utredas och behandlas ytterligare på annan vårdnivå; fortsatt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas (Se appendix D).</p> <p>Nej: Fortsätt till (C).</p>	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(C) Biopsykosocial utredning, bedömning och dialog</p> <p>C1. Utförande av bedömningar:</p> <p>Den biopsykosociala utredningen och bedömningen genomförs med fördel av olika professioner.</p> <p>Använd ÖMPSQ (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) frågeformulär om smärtproblem (kortversionen). Formuläret avser att identifiera patienter som ligger i riskzon för långvariga smärtproblem utifrån psykologiska och sociala faktorer [8]. Detta kan inte ersätta anamnesen eller den medicinska undersökningen [9] men kan användas som ett diskussions-underlag för vårdpersonal och patient.</p> <p>Övriga aspekter att ta upp i anamnesen och kan adderas utifrån patientens behov är</p> <ul style="list-style-type: none">• arbetssituationen• psykologiska och psykiska faktorer• levnadsvanor• sömnpåverkan• fysisk funktionsförmåga• förmåga och begränsningar i vardagen• sociala faktorer• patientens egen syn på smärta och hantering• kognitiv funktion. <p>C2. Sammanfattning med patienten:</p> <p>Ge information i dialog med patienten:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sammanfatta den biopsykosociala bedömningen inom primärvården.• Ha en dialog med patienten med syfte att<ul style="list-style-type: none">○ förmedla en förklaring om långvarig smärta○ diskutera konsekvenserna av patientens situation○ ge egenvårdsråd och stöd.	<ul style="list-style-type: none">• Beskriva den nuvarande situationen och konsekvenser som den långvariga smärtan har i hemmet, socialt, för arbete eller studier, fritid och mående• Beroende på information från vården utföra egenvård under utredningen• Besvara formulär och skatta arbetsförmåga <ul style="list-style-type: none">• Medverka i dialogen och diskutera egenvårdsråden

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(D) Beslut: Fortsatt behov av vård och stöd?</p> <p>Nej: Om en eller flera av utgångskriterier i avsnitt 1.4 uppfylls, fortsatt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas (se Appendix D).</p> <p>Ja: Om patienten behöver vård och stöd för att hantera sin situation både vad gäller smärta och dess konsekvenser, fortsatt till (E).</p>	
<p>(E) Upprätta eller revidera rehabiliteringsplan</p> <p>Upprätta en rehabiliteringsplan med följande innehåll senast en månad efter diagnossättning (se Appendix E).</p> <ul style="list-style-type: none"> • bedömning i form av sammanfattning av åtgärd (A) och (C) • behandlingar och/eller åtgärder, vem som är ansvarig och när dessa ska vara genomförda. Behandlingar och/eller åtgärder kan vara unimodala, intermediära eller multimodala (se Appendix B för definitioner). • information om vilka åtgärder som patienten, utifrån egna förutsättningar, kan utföra som egenvård • mål med behandlingar och/eller åtgärder • behov av sjukskrivning om det är aktuellt. Sjukskrivning ingår som en del i vård och behandling och som en åtgärd i rehabiliteringsplanen (för eventuella negativa effekter av sjukskrivning, se Appendix B). • uppgifter om utsedd fast vårdkontakt • bedömning av förmåga till arbete eller annan sysselsättning • behov av koordineringsinsatser för återgång i arbete • information om att uppföljning sker efter tre månader. Vården skickar kallelse. <p>Ge stöd i patientens behov av information och uppmuntra till kunskapskällor som är trovärdiga och evidensbaserade.</p> <p>Bered möjlighet för närstående eller stödperson att medverka i framtagandet av rehabiliteringsplanen.</p> <p>Rehabiliteringskoordinator medverkar vid behov.</p> <p>Om unimodala eller intermediära insatser är aktuella, fortsatt till (F).</p> <p>Om multimodala insatser är aktuella, fortsatt till (H).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medverka aktivt vid samtal och framtagande av rehabiliteringsplan, särskilt vad gäller målsättning och egenvård • Ta om möjligt med närstående vid besöket • Pröva och utvärdera åtgärder • Ta med rehabiliteringsplanen till alla möten i vården, om inte digitaliserat och tillgänglig i journalen

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(F) Unimodala/intermediära insatser [10]. För mer information se Appendix B.</p> <p>F1. Utförande av åtgärder: Genomför de unimodala/intermediära åtgärder som bestämdes enligt rehabiliteringsplanen avseende</p> <ul style="list-style-type: none"> • läkemedelsbehandling • patientutbildning • fysisk träning • psykiskt mående • utförande av dagliga aktiviteter • sömnhygien • levnadsvanor • andra icke farmakologiska behandlingar och/eller åtgärder • arbetsinriktade insatser. <p>F2. Uppföljning: Revidera rehabiliteringsplanen vid behov, till exempel om unimodala och/eller intermediära åtgärder fortsätter eller ändras. Bestäm ny tid för uppföljning.</p>	<p>Medverka aktivt genom att</p> <ul style="list-style-type: none"> • medverka i patientutbildning • utföra fysisk träning enligt rekommendationer • utföra egenvård enligt rekommendationer. <p>Medverka aktivt genom att ge återkoppling om</p> <ul style="list-style-type: none"> • måluppfyllelse efter behandlingar och/eller åtgärder enligt rehabiliteringsplanen • framgångar • hinder • eventuella nya problem. <p>Ta del av revideringen av rehabiliteringsplanen</p>
<p>(G) Beslut: Fortsatt behov av vård och stöd?</p> <p>Nej: Om ett eller flera av utgångskriterier i avsnitt 1.4 uppfylls, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas (Se Appendix D).</p> <p>Ja: Unimodala och/eller intermediära insatser bör fortsätta för att kunna nå målen i rehabiliteringsplanen, återgå till (F).</p> <p>Ja: Om patienten behöver fortsatt vård och stöd för att hantera sin situation både vad gäller smärta och dess konsekvenser men patienten bedöms inte ha behov av fortsatta unimodala/intermediära insatser, fortsätt till (H).</p>	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(H) Fördjupad biopsykosocial bedömning, utredning och dialog</p> <p>H1. Utförande av bedömningar:</p> <p>Utför utredning kring faktorer som kräver fortsatt vård och stöd för att patienten ska kunna hantera sin situation både vad gäller smärta och dess konsekvenser. Ha en dialog om hinder och problem som framkommit under tidigare insatser och uppföljning med fokus på</p> <ul style="list-style-type: none"> • fysisk funktion och förmåga • övergripande kognitiv förmåga • sömn • mående • dagliga aktiviteter, vanor och rutiner • delaktighet i samhällsaktiviteter (inklusive arbete/studier) • samsjuklighet inklusive psykiatrisk • levnadsvanor. <p>H2. Sammanfattning med patienten:</p> <p>Sammanfatta resultatet av den fördjupade bedömningen för patienten och ha dialog med syfte att skapa ömsesidig samsyn kring vilka faktorer som påverkar den långvariga smärtan.</p> <p>Informera patienten om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • varför beteendeförändring kan vara av värde • på vilket sätt medicinering kan ha negativ påverkan på smärta och dess konsekvenser • fördelar med koordinerade insatser från olika professioner • hur samsjuklighet och långvarig smärta kan påverka varandra. <p>Ta upp eventuella behov av andra åtgärder avseende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • motivation. Vid behov av stöd till förändring, erbjud motiverande samtal. • psykiskt mående. Vid komplicerad psykiatrisk/psykosocial problematik, erbjud remiss till relevant specialiserad konsult. • arbete. Vid ytterligare kartläggning av arbetssituation eller studier, möjliggör stöd från rehabiliteringskoordinator. • andra åtgärder. Vid behov av andra åtgärder som uppkommit under dialogen, lämplig kontakt eller remiss. 	<p>Medverka aktivt genom att</p> <ul style="list-style-type: none"> • utföra fysisk träning enligt rekommendationer • utföra egenvård enligt rekommendationer • vara delaktig i revidering av rehabiliteringsplanen. <p>Medverka aktivt genom att ge återkoppling om</p> <ul style="list-style-type: none"> • måluppfyllelse efter behandlingar och/eller åtgärder enligt rehabiliteringsplanen • framgångar • hinder • eventuella nya problem • Medverka och ta med närstående vid behov. • Berätta om upplevelser för att öka förståelse för den totala situationen och underlätta för bedömning inför beslut om fortsättning till (K) eller (P) • Ta del av informationen • Medverka i åtgärder som föreslagits • Pröva de åtgärder som föreslås kring motivation, mående, arbete och andra eventuella åtgärder.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>Revidera rehabiliteringsplanen vid behov.</p> <p>Om behov av åtgärder kring motivation, mående, arbete och andra eventuella åtgärder föreligger, utför fördjupade intermediära insatser kring de identifierade behoven i H2.</p>	
<p>(I) Beslut: Fortsatt behov av vård och stöd?</p> <p>Nej: Om ett eller flera av utgångskriterier i avsnitt 1.4 uppfylls, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas (se Appendix D).</p> <p>Ja: Om patienten efter insatser som beskrivs i (H2), bedöms vara i behov av och kunna tillgodogöra sig åtgärder enligt vårdförloppet, fortsätt till (J).</p>	
<p>(J) Beslut: Kan fortsatt vård och stöd ges inom regionens primärvård?</p> <p>För beslut om multimodal smärtrehabilitering (MMRpv eller MMRsv) se Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta 2011 [3]. I remissen ingår (eller är lättillgänglig enligt överenskomna rutiner) en sammanfattning av genomförda bedömningar och åtgärder.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ja: Vid betydande belastning och ansträngd psykologisk och social situation, skicka remiss till multimodal smärtrehabilitering i regionens primärvård (MMRpv). Fortsätt till (K).• Nej: Vid mycket hög belastning, mycket ansträngd psykologisk och/eller social situation eller komplicerad smärtsituation, skicka remiss till specialiserad smärtvård för åtgärder avseende smärta och dess konsekvenser, inklusive multimodal smärtrehabilitering i specialiserad vård (MMRsv). Fortsätt till (P). <p>Patienten behåller sin fasta vårdkontakt inom primärvården även under rehabilitering inom specialiserad vård, oavsett sjukskrivningsansvar. Ansvar för sjukskrivning regleras enligt regionernas överenskommelser.</p>	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(K) Multimodal smärtrehabilitering (MMRpv).</p> <p>För mer information se Appendix B.</p> <p>Utför riktade, koordinerade och samordnade teaminsatser av vårdpersonal som är utbildade för utförande av insatser utifrån ett biopsykosocialt synsätt inkluderande fysisk aktivitet, funktion och förmåga, psykologiska och sociala konsekvenser av långvarig smärta, återgång till arbete/studier om lämpligt, annars återgång till för patienten tillfredsställande livsföring. Insatserna inkluderar:</p> <ul style="list-style-type: none">• revidering av rehabiliteringsplanen vad gäller målsättningar, åtgärder, ansvar och uppföljning• samordnade behandlingar och/eller åtgärder• vid behov revidering av målsättningar och åtgärder under behandling• avslutande konferens med patient och om möjligt närstående för utvärdering av målsättningar. <p>Ge stöd till patienten med information och hänvisa till kunskapskällor som är trovärdiga och evidensbaserade.</p> <p>Anslut till och registrera patientdata i lämpligt nationellt kvalitetsregister för uppföljning och utvärdering med patientens samtycke. Det aktuella registret för multimodal smärtrehabilitering är det Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Medverka aktivt i alla delar
<p>(L) Planering av fortsatt vård och stöd</p> <p>Genomför konferens med patienten och ansvariga för åtgärder enligt (C) till och med (K) och representant för behandling och/eller åtgärder (K), (P) till och med (S), eller (T).</p> <p>Revidera rehabiliteringsplan vid behov.</p> <p>Rehabiliteringskoordinator och externa aktörer som är involverade i patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess medverkar vid behov.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Medverka aktivt i planeringen

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(M) Beslut: Kvarstår behov av vård och stöd?</p> <p>Nej: Om ett eller flera av utgångskriterier i avsnitt 1.4 uppfylls, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas (se Appendix D).</p> <p>Ja: Planera för utförande av åtgärder som eventuellt föreslagits vid avslut av (K), (S) eller (T). Det är exempelvis arbetsinriktade åtgärder, fortsatt stöd i fysisk träning, psykologisk insats, insatser kring aktiviteter med mera.</p> <p>Besluta om tidpunkt för uppföljning. Fortsätt till (N).</p>	
<p>(N) Åtgärder efter planering</p> <p>N1. Utförande av åtgärder:</p> <p>Utför åtgärder som föreslagits vid avslut av (K), (S) eller (T).</p> <p>N2. Uppföljning av åtgärder i (N1):</p> <p>Revidera rehabiliteringsplanen vid behov.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medverka i eventuella åtgärder som planerats • Medverka i uppföljningsmöte och vid revidering av rehabiliteringsplanen • Informera om egen upplevelse av åtgärdernas effekt.
<p>(O) Beslut: Kvarstår behov av vård och stöd?</p> <p>Nej: Om ett eller flera av utgångskriterier i avsnitt 1.4 uppfylls, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas (se Appendix D).</p> <p>Ja: Om patienten är i behov av tidigare beskrivna åtgärder beroende på uppföljningsinformation och bedöms kunna tillgodogöra sig av ytterligare insatser, återgå till (H).</p>	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(P) Biopsykosocial utredning, bedömning och dialog</p> <p>Genomför teamutredning som minst innehåller följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inhämtning av information om tidigare bedömningar och behandlingar • fördjupad smärtanalys • genomgång av utförda medicinska åtgärder • genomgång av medicinering • utredning av fysisk funktion och förmåga • utredning av aktivitetsförmåga inklusive dagliga aktiviteter, arbete eller studier • smärtpsychologisk utredning • utredning av sociala faktorer • utredning av levnadsvanor • bedömning av arbetsförmåga och eventuell sjukskrivning • teamdiskussion av fynd inför samtal med patient. <p>Ge information och ha dialog med patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sammanfatta den biopsykosociala bedömningen inom den specialiserade vården. • Ha en dialog med patienten med syfte att <ul style="list-style-type: none"> ○ förmedla en förklaring om långvarig smärta ○ diskutera konsekvenserna av patientens situation ○ diskutera möjliga åtgärder att inkludera i rehabiliteringsplanen. <p>Bered möjlighet för närstående eller stödperson att medverka.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medverka aktivt och lämna relevant information till vårdpersonalen <p>Ställa frågor om</p> <ul style="list-style-type: none"> • den förklaring om långvarig smärta som vårdpersonalen gett • de genomgångar och utredningar som vårdpersonalen gör • möjliga åtgärder som kan ingå i rehabiliteringsplanen
<p>(Q) Beslut: Kan fortsatt vård och stöd ges inom regionens primärvård?</p> <p>Ja: Om remissvar kommit till primärvården med rekommendationer, som beskrivs i (H) eller (K), återgå till (E) för revidering av planen.</p> <p>Ja: Om vidare utredning ska göras och kan utföras eller samordnas i primärvården, etablera dialog med och/eller förmedla information till primärvården eller inremitterande om ansvar, återgå till (A).</p> <p>Nej: Fortsätt till (R).</p>	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(R) Beslut: Behov insatser inom högspecialiserad vård?</p> <p>Ja: Vid bedömning/ställningstagande för remiss till sjukvårdsregionens specialiserade vård för åtgärder såsom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neuromodulering • smärtrehabilitering för patienter där det finns ett stort behov av regionövergripande samverkan • svårigheter av medicinbyte från beroendeframkallande till annan eller ingen läkemedelsbehandling • andra specialiserade interventioner som utförs av enheter som förser hela sjukvårdsregionen: Fortsätt till (T). <p>Nej: Om åtgärder kan ske i den specialiserade vården, fortsätt till (S).</p>	
<p>(S) Åtgärder på enheten</p> <p>S1. Läkemedelshantering:</p> <p>I samråd med patienten, genomför utsättning och vid behov byte av läkemedel med uppföljning i specialiserad vård eller primärvård om överenskommelse finns. Efter behandling, överväg återgång till (E) eller till (S2), (S3) eller (T).</p> <p>S2. Riktade åtgärder:</p> <p>Utför riktade åtgärder vid behov avseende</p> <ul style="list-style-type: none"> • smärtlindring • fysisk funktion och förmåga • dagliga aktiviteter • psykologiskt mående • sociala faktorer. <p>Efter behandling, överväg fortsättning till (L) om patienten kan hantera sin situation efter behandlingar och/eller åtgärder enligt rehabiliteringsplanen, eller fortsätt till (S3) om patienten kan och vill medverka i multimodal smärtrehabilitering.</p> <p>S3. Specialiserad multimodal smärtrehabilitering (MMRsv)</p> <p>Genomför MMRsv (för mer information se Appendix B).</p> <p>Utför riktade, koordinerade och samordnade teaminsatser och åtgärder av vårdpersonal som har specialistkunskap om smärtfysiologi, utbildning i rehabiliteringsmetodik samt huvudsakligen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medverka aktivt i utsättning och/eller byte av läkemedel, riktade åtgärder och/eller multimodal smärtrehabilitering • Medverka aktivt i behandling • Medverka aktivt i multimodal smärtrehabilitering (MMRsv).

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>arbetar med denna patientgrupp utifrån ett biopsykosocialt synsätt. Detta innebär inkluderande av fysisk aktivitet och funktion, utförande av aktiviteter, delaktighet i samhälle, omgivningsfaktorer, psykologiska och sociala konsekvenser av långvarig smärta, återgång till arbete eller studier om lämpligt, annars återgång till för patienten tillfredsställande livsföring.</p> <p>Åtgärderna inkluderar</p> <ul style="list-style-type: none"> • revidering av rehabiliteringsplan vad gäller målsättningar, åtgärder, ansvar och uppföljning • samordnade behandlingar och/eller åtgärder • vid behov revidering av målsättningar och åtgärder under behandling • avslutande konferens med patient och om möjligt närstående för utvärdering av målsättningar. <p>Ge stöd till patienten med information och hänvisa till kunskapskällor som är trovärdiga och evidensbaserade.</p> <p>Överväg att ansluta till och registrera patientdata i registret för multimodal smärtrehabilitering, Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS).</p> <p>Vid avslut av åtgärder inom specialiserad vård, fortsatt till (L) för avstämning med primärvården.</p>	
<p>(T) Bedömning, dialog och behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utför bedömning enligt frågeställning. • Ha dialog med patienten om bedömning och eventuellt revidering av tidigare rehabiliteringsplan samt om behandlingar och/eller åtgärder. • Genomför behandling och/eller åtgärder och/eller rekommendationer inom sjukvårdsregionens högspecialiserade vård med information till remittent • Ha dialog med remittenten angående ansvar för uppföljning. <p>Vid avslut av åtgärder inom högspecialiserad vård, fortsatt till (L).</p>	

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

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

Personer med långvarig smärta har unik kompetens om sig själva och sina behov, förväntningar och resurser samt om det egna sjukdomsförloppet. Vården blir därför säkrare om patienten är välinformerad och aktivt medverkar i sin behandling och uppföljning. Relationen mellan patient och vårdpersonal behöver präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Patientens delaktighet utgår alltid ifrån patientens förmåga och möjligheter och det finns många olika sätt att vara delaktig på.

I rehabiliteringsplanen ska det tydliggöras vem som ansvarar för de olika åtgärderna och när eventuella uppföljningar sker. Närstående kan påverka patientens behandling och egenvård på ett positivt sätt. Därför ska deras deltagande främjas, med patientens samtycke. Nedan sammanfattas viktiga aspekter som förstärker ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt vad gäller vård för patienter med långvarig smärta [6].

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

De första mötena är inriktade på att etablera en konstruktiv tvåvägskommunikation som underlättar kartläggningen och möjliggör att patient och vårdpersonal får information om varandras förväntningar och roller. Det är viktigt att, så långt det är möjligt, nå en förklaring till besvären. Forskning har visat att patienten vill få en förklaring som på ett pedagogiskt sätt belyser skillnaderna mellan akut och långvarig smärta med hjälp av en neurobiologisk förklaringsmodell samt påverkan av andra faktorer (biopsykosocialt perspektiv) [11].

Patienten och vårdpersonalen är experter som möts. Tidigt i förloppet kommer man överens om att båda är experter på olika saker, patienten på sin egen upplevelse och vårdpersonalen på olika strategier som finns tillgängliga för att möta problemet. Kunskap om långvarig smärta och dialog mellan vårdpersonal och patienten minimerar risken för att sätta igång "icke-göra"-åtgärder.

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

Rehabiliteringsplanen erbjuder en struktur som patienten kan följa och som hen är delaktig i att skapa. Den strukturerade rehabiliteringsplanen innehåller konkreta och mätbara mål och åtgärder.

Patienten erbjuds stöd under behandling. Stödet syftar till att bibehålla nya sätt att hantera smärta och förebygga återgång till eventuellt tidigare ogynnsamt beteende. Åtgärderna följs upp. Patienten och vårdpersonal kommer överens om uppföljning av åtgärder för eventuell revidering av rehabiliteringsplanen.

2. Uppföljning av vårdförlopp

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

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

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

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

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

Vidare finns det i nuläget bara delvis förslag om åtgärds-koder som speglar vårdförloppets åtgärder. MMR kan idag vare sig registreras via åtgärds-kod eller på annat vis fångas via den ordinarie vårddokumentationen eftersom MMR handlar om ett antal insatser i samverkan och exakt vilka aktiviteter som ingår kan skilja sig från patient till patient.

Resultatindikatorerna som föreslås knyter an till de domäner som rekommenderas för vetenskaplig uppföljning av denna patientgrupp, som IMMPACT's [12, 13] och VAPAIN's [14]. Det finns formulär för uppföljning för flera av dessa. Viktiga domäner i kliniska sammanhang är bland annat smärtintensitet, fysisk funktion, sömnstörning, ångest, depression, trötthet och förmåga att delta i sociala aktiviteter samt ha sociala roller [1].

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

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

2.2 Indikatorer för uppföljning

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

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

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

Tabell 3. Resultatmått

Indikatorformulering	Prioritet
Andel patienter med diagnos långvarig smärta och genomgången multimodal smärtrehabilitering (MMR) som skattar sin hälsa enligt EQ VAS högre vid ettårsuppföljningen än vid första mätning	
Andel patienter med diagnos långvarig smärta och genomgången multimodal smärtrehabilitering (MMR) som skattar depression enligt The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) lägre efter MMR	
Andel patienter med diagnos långvarig smärta och genomgången multimodal smärtrehabilitering (MMR) som utövar fysisk träning	

Tabell 4. Processmått

Indikatorformulering	Prioritet
Andel patienter med förstagsdiagnos långvarig smärta som har fått en rehabiliteringsplan upprättad inom en månad efter diagnos	Hög
Andel patienter med förstagsdiagnos långvarig smärta som en månad efter diagnos har en fast vårdkontakt i primärvården	

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

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

Patienters erfarenheter om vården vid långvarig smärta finns väldokumenterade i vetenskapliga publikationer och i kartläggningar med medverkan av patientorganisationer. Flera patientorganisationer rapporterar att smärtvården uppfattas som ojämlig [3]. De viktigaste områdena som anmärks är bemötande, kunskap och behandling. Både tillgänglighet och bemötande skattas som dåligt eller mycket dåligt av patientorganisationerna. Följande problem lyfts fram:

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

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



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

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

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

- [Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta 2011](#)
- [Nationellt uppdrag smärta 2016](#)
- [Multimodal rehabilitering uppgifter och metoder 2013](#)
- [Riktlinjer nationellt kunskapsstöd långvarig smärta](#)
- [SBU Behandlingsmetoder vid långvarig smärta 2010](#)
- [Fokusrapport smärta 2006](#)
- [Nationellt register över smärtrehabilitering \(NRS\) årsrapporter](#)
- [International Association for the Study of Pain \(IASP\) definitioner](#)
- FYSS 2021 [15, 16]
- Långvarig smärta. Smärtmedicin Vol 2 [17].
- [Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor](#)
- [Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#)

3.3 Arbetsprocess

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

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

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

Vårdförloppet är godkänt av Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar och styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) som rekommenderar regionerna att besluta om dem och därefter påbörja införandet.

Tabell 5. Arbetsgruppens medlemmar

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

4. Referenser

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
3. Sveriges Kommuner och Landsting. Rivano Fischer M, Stålnacke BM, Gordh T, et al. Nationellt uppdrag: Smärta. På uppdrag av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning. Stockholm, Sweden; 2016.
4. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm Sweden; 2006.
5. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm Sweden; 2010.
6. Rivano Fischer M. Rehabilitering vid långvarig smärta. In: Magnusson S, Mannheimer C, editors. *Långvarig smärta Behandling och rehabilitering*. 2nd ed. Stockholm: Studentlitteratur; 2015.
7. Bäckryd E, Werner M. Den långvariga smärtans fysiologi. In: Bäckryd E, Werner M, editors. *Långvarig smärta Smärtmedicin*. 2. Stockholm: Liber; 2021.
8. Linton SJ, Halldén K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain*. 1998;14(3):209-15.
9. Stenberg G, Stålnacke BM, Enthoven P. Implementing multimodal pain rehabilitation in primary care - a health care professional perspective. *Disabil Rehabil*. 2017;39(21):2173-81.
10. Gerdle B, Stålnacke B-M, Larsson B. Evidensbaserad multimodal rehabilitering vid långvariga smärttillstånd. In: Bäckryd E, Werner M, editors. *Långvarig smärta Smärtmedicin 2*. Stockholm: Lieber; 2021.
11. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):332-355.
12. Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB, et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2003;106(3):337-45.
13. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2005;113(1-2):9-19.
14. Kaiser U, Treede RD, Sabatowski R. Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain-gold standard or need for further clarification? *Pain*. 2017;158(10):1853-9.
15. Löfgren M, Jensen K, Varkey E, Andrell P, Kosek E. Fysisk aktivitet och smärta. I *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)*. Stockholm, Sverige: Läkartidningen Förlag AB. 2021.
16. Emtner M, Mannerkorpi K, Kosek E. Fysisk aktivitet vid fibromyalgi. *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)* Stockholm, Sverige.: Läkartidningen Förlag AB.; 2021.
17. Bäckryd E, Werner M. Långvarig smärta. I *Smärtmedicin*. Stockholm, Sverige Liber; 2021.
18. Butler D, Moseley L. *Explain Pain Super Charged*. Adelaide City West, Australia: Neuro Orthopaedic Institute; 2017.
19. Nijs J, Lahousse A, Kapreli E, Bilika P, Saraçoğlu İ, Malfliet A, et al. Nociceptive Pain Criteria or Recognition of Central Sensitization? Pain Phenotyping in the Past, Present and Future. *J Clin Med*. 2021;10(15).

20. Becker S, Navratilova E, Nees F, Van Damme S. Emotional and Motivational Pain Processing: Current State of Knowledge and Perspectives in Translational Research. *Pain Res Manag*. 2018;2018:5457870.
21. Morelli S, Lieberman M, Zaki J. The Emerging Study of Positive Empathy. *Social and Personality Psychology Compass*. 2015;9:57–68.
22. Rivano Fischer M. Smärtpsychologi. In: Bäckryd E, Werner M, editors. Akut och cancerrelaterad smärta Smärtmedicin 1. Stockholm, Sverige: Liber; 2015.
23. Gerdle B, Bäckryd E, Novo M, Roeck-Hanse E, Rothman M, Stålnacke B-M, et al. Smärtanalys: diagnos, smärtmekanismer, psykologisk och social bedömning. Stockholm, Sverige.: Studentlitteratur; 2020.
24. Wångdahl J, Lau M, Nordström P, Samulowitz A, Karlsson L. Hälsolitteracitet – en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift* 2017; 2: 12.13.
25. Delpierre C, Côté P, Salmi LR, Cedraschi C, Taylor-Vaisey A, et al. Determinants of clinical practice guidelines' utilization for the management of musculoskeletal disorders: a scoping review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1):507.
26. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. [cited 2022 March 10th]. Available from: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmbsok?search>
27. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta. Stockholm Sweden; 2021
28. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Behandling och rehabilitering vid fibromyalgi. Stockholm Sweden; 2021.
29. Westergren H, Rivano Fischer M, Brodda Jansen G, Gerdle B. Långvarig smärta kräver teambaserad rehabilitering *Läkartidningen* 2021 [cited 2021 January 29]. Available from: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2021/09/langvarig-smarta-kraver-teambaserad-rehabilitering/>
30. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020 [cited 2022 January 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
31. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 11th Edition American College of Sports Medicine: American College of Sports Medicine; 2020 [cited 2022 January 29]. Available from: <https://www.acsm.org/read-research/books/acsm-guidelines-for-exercise-testing-and-prescription>
32. FYSS. FY SS nya Rekommendationer om Fysisk Aktivitet och Stillasittande! 2021 [cited 2022 January 29]. Available from: www.fyss.se/yfas-nya-rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-och-stillasittande
33. Grooten W. Fysisk aktivitet vid långvariga rygg- och nackbesvär: FYSS; 2016 [cited 2022 January 29]. Available from: <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/L%C3%A5ngvariga-rygg-och-nackbesv%C3%A4r-1.pdf>
34. Emtner M, Mannerkorpi K, Kosek E. Fysisk aktivitet vid fibromyalgi. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) Stockholm, Sverige.: Läkartidningen Förlag AB.; 2021.
35. Löfgren M, Mannerkorpi K, Bergman S, Knardahl S. Fysisk aktivitet vid långvariga utbredda smärttillstånd FYSS: FYSS; 2016 [cited 2022 January 29]. Available from: <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Sm%C3%A4rttillst%C3%A5nd-l%C3%A5ngvariga-utbredda.pdf>
36. Åsenlöf P. Fysioterapeutiska behandlingsmetoder. In: Rhodin A, editor. Smärta i klinisk praxis. Stockholm, Sverige: Studentlitteratur; 2019.
37. Di Lernia D, Serino S, Riva G. Pain in the body. Altered interoception in chronic pain conditions: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;71:328-41.

38. Park YL, Hunter J, Sheldon BL, Sabourin S, DiMarzio M, Khazen O, et al. Pain and Interoceptive Awareness Outcomes of Chronic Pain Patients With Spinal Cord Stimulation. *Neuromodulation*. 2021;24(8):1357-62.
39. Linton SJ. Att förstå patienter med smärta: 3e upplagan. Stockholm, Sweden: Studentlitteratur; 2021.
40. Flink I, Boersma K, Linton S. Kognitiv beteendeterapi. In: I: Bäckryd E och Werner M r, editor. Långvarig smärta Smärtmedicin. 2. Stockholm, Sverige: Liber.
41. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2011;152(3):533-42.
42. Wideman TH, Adams H, Sullivan MJ. A prospective sequential analysis of the fear-avoidance model of pain. *Pain*. 2009;145(1-2):45-51.
43. Linton SJ. Att förstå patienter med smärta: 3e upplagan. Stockholm, Sweden: Studentlitteratur; 2021
44. Lagueux É, Dépelteau A, Masse J. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. *Pain Res Manag*. 2018 Nov 12;2018:5378451. doi: 10.1155/2018/5378451. PMID: 30538795; PMCID: PMC6260403.
45. Law M, Baptist S, Carswell A, McColl M.A, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM): 2020, (K. Samuelsson & A. Bergström, övers. och bearb., 5:e upplagan). Sveriges Arbetsterapeuter. (Originalt: Canadian Occupational Performance Measure (COPM), 5th ed. rev: 2019.
46. Ekbladh E, Haglund L. The Worker Role Interview (WRI-S) (Vol 4). 2012: Linköpings universitet, Inst. för samhälls- och välfärdsstudier.
47. Hesselstrand M, Samuelsson K, Liedberg G. Occupational Therapy Interventions in Chronic Pain-- A Systematic Review. *Occup Ther Int*. 2015 Dec;22(4):183-94. doi: 10.1002/oti.1396. Epub 2015 Jun 15. PMID: 26076994.
48. Guy L, McKinstry C, Bruce C. Effectiveness of Pacing as a Learned Strategy for People with Chronic Pain: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2019;73(3):7303205060p1-7303205060p10. doi: 10.5014/ajot.2019.028555. PMID: 31120836.
49. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007;133(4):581-624.
50. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain* 2017;158 Suppl 1:S11-S18.
51. Wiklund M, Fjellman-Wiklund A, Stålnacke BM, Hammarström A, Lehti A. Access to rehabilitation: patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective. *Glob Health Action*. 2016;9:31542.
52. Löfgren M, Schüldt Ekholm K, Schult M-L, Ekholm J. Qualitative Evidence in Pain. In: Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice. Olson K, Schutlz I, editors. New York, US: Springer; 2016.
53. Dow CM, Roche PA, Ziebland S. Talk of frustration in the narratives of people with chronic pain. *Chronic Illn*. 2012;8(3):176-91.
54. Hiort J, Lindau M, Löfgren M. Young pain patients' experience in primary care. A qualitative study. *Nordic Psychology* 2016;69:83-99.
55. Hållstam A, Stålnacke BM, Svensen C, Löfgren M. "Change is possible": Patients' experience of a multimodal chronic pain rehabilitation programme. *J Rehabil Med*. 2015;47(3):242-8.
56. Lavie-Ajayi M, Almog N, Krumer-Nevo M. Chronic pain as a narratological distress: a phenomenological study. *Chronic Illn*. 2012;8(3):192-200.

57. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med*. 2003;57(8):1409-19.
58. Gustafsson M, Ekholm J, Ohman A. From shame to respect: musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *J Rehabil Med*. 2004;36(3):97-103.
59. Biguet G, Nilsson Wikmar L, Bullington J, Flink B, Löfgren M. Meanings of "acceptance" for patients with long-term pain when starting rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2016;38(13):1257-67.
60. Sim J, Madden S. Illness experience in fibromyalgia syndrome: a metasynthesis of qualitative studies. *Soc Sci Med*. 2008;67(1):57-67.
61. Undeland M, Malterud K. The fibromyalgia diagnosis: hardly helpful for the patients? A qualitative focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(4):250-5.
62. Region Jönköpings län. M79, R52 Långvarig smärta i rörelseorganen inkl. fibromyalgi För dig som arbetar med Folkhälsa och Sjukvård i Jönköpings län. [cited 2022 29/01]. Available from: <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/569ce8cb-2589-448e-a773-fe057da72c25?pageId=33165>
63. Trott E. En reliabilitets- och validitetsstudie av den svenska versionen av självskattningsformuläret Insomnia Severity Index (ISI) [cited 2022 08/01] Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:224571/FULLTEXT01.pdf>
64. Lexell J & Rivano Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund, Sweden: Studentlitteratur; 2017.

Appendix

Appendix A. Kompletterande bakgrund om smärta och vårdförloppet

Om smärta

Långvarig smärta betraktas idag som ett eget separat tillstånd som inte ska ses som ett symptom tillhörande andra sjukdomar. Långvarig smärta föregås vanligen av ett annat tillstånd men kan även uppstå utan någon koppling till sjukdom eller skada. Att smärta kvarstår och blir långvarig har vanligen samband med en kombination av händelser och faktorer, såväl inom som omkring individen (fysiologiska, psykologiska och sociala). Även den långvariga smärtans duration, intensitet och effekter påverkas av en mängd faktorer, vilka kan skilja sig väsentligt mellan olika individer [7].

Smärta erfars (upplevs) efter en komplex bearbetning av nervsignaler i centrala nervsystemet. På vägen genom nervsystemet kan nervsignalen både hämmas och ökas i de smärtmodulerande systemen. Nervsystemet är plastiskt och förändringar som leder till ökad känslighet för smärta (sensitisering) anses spela en viktig roll vid utveckling och vidmakthållande av långvarig smärta. Nervsystemets plasticitet innebär att utvecklingen kan ske åt båda håll, långvariga smärttillstånd kan beroende på olika faktorer antingen försämrats eller förbättras och gå över [18].

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

- **Nociceptiv smärta** är smärta orsakad av vävnadsskada eller hotande vävnadsskada som aktiverar smärtreceptorer (nociceptorer). Artros eller inflammatoriska tillstånd som reumatiska sjukdomar är vanliga långvariga nociceptiva smärttillstånd.
- **Neuropatisk smärta** är smärta med ursprung i skada eller sjukdom i perifera eller centrala nervsystemet. Den neuropatiska smärtan kan uppstå akut eller utvecklas successivt i samband med skada eller sjukdom.
- **Nociplastisk smärta är** smärta som karaktäriseras av dysfunktionell smärtreglering utan närvaro av vävnadsskada som aktiverat nociceptorer eller skada i nervsystemet. Nociplastisk smärta är alltid långvarig och ses vid tillstånd som karaktäriseras av ökad känslighet för smärta i stora delar av kroppen, till exempel fibromyalgi.

Smärtklassifikationen reviderades 2021 och International Association in the Study of Pain (IASP) har lagt till begreppet ”nociplastisk” smärta [19].

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

Smärta fungerar som ett larmsystem som kräver uppmärksamhet, påverkar affekter, tankar och känslor och motiverar till handlingar [20]. Denna signalfunktion kan sägas vara biologiskt inpräntad. "Kroppen har helt enkelt inte råd att gå miste om information om vävnadsskada och enligt detta synsätt är vårt nervsystem därför "riggat" åt det smärtekänsliga hållet" (s 249) [7].

Då smärta signalerar fara är den kopplad till negativa affekter, mestadels rädsla. När smärta signalerar skada leder det till mer eller mindre automatiserade beteenden för att skydda kroppen och underlätta återhämtning. Smärta som en brådskande signal påkallar omedelbar uppmärksamhet, prioriteras och leder oftast till att avbryta all annan pågående aktivitet och till tankar/bedömningar kring smärtans orsak och verkan samt ökad uppmärksamhet på smärta. Om smärta uppfattas vara utanför ens kontroll, kan den leda till att signalen uppmärksammas oproportionerligt mycket och till negativa tankar kring framtida scenarier av mer eller mindre katastrofal karaktär.

Mindre uppmärksammat är smärtsignalens sociala implikationer. Smärta betraktat som en social signal verkar förstärka medkänslan med de vi känner positiv empati för och motiverar oss att hjälpa till [21, 22]. Dessa funktioner och de reaktioner som de påkallar är naturliga och ändamålsenliga vid akut smärta men kan dock vara dysfunktionella vid långvarig smärta då smärtan som larmsignal förlorar sin funktion. Vid akut smärta kan läkemedel och behandlingar inriktade på att stödja läkningsprocessen vara på plats men samma behandlingar kan motverka sitt syfte om smärtan blir långvarig och beskrivs som generaliserad.

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

Under förutsättning att adekvat smärtanalys har gjorts ger begreppet nociplastisk smärta i stället för smärtdiagnos en bättre förutsättning för en ändamålsenlig smärtbehandling för långvariga smärttillstånd, såväl farmakologiskt som icke farmakologiskt. Begreppet beskriver just att smärtnervsystemet är föränderligt beroende på vilken stimulering det utsätts för.

Om smärta kvarstår under längre tid förändras signalen från vävnad till ryggmärg och hjärna. Detta kan medföra att smärtan upplevs som starkare och mer utspridd än tidigare, trots att eventuell skada (som initialt definierades som nociceptiv smärta) sedan länge läkt ut. De kroppsegna smärtlindrande system, till exempel frisättning av kroppsegna opioider, fungerar också enligt många studier sämre om smärta kvarstår under längre tid. Idag finns det också belägg för att det finns genetiska faktorer som kan göra en individ mer sårbar för att utveckla ett långvarigt smärttillstånd.

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

underlättande och hindrande faktorer). ”Den biopsykosociala modellen med dess helhetssyn bildar basen för bedömning, behandling och rehabilitering i modern klinisk smärtvård.” [23].

Det finns patientgrupper med särskilda svårigheter som olika funktionsnedsättningar ger avseende tillgång till adekvat vård och som har hög förekomst av smärta och nedsatt förmåga att kommunicera smärta. Vårdförloppet bör vidareutvecklas och anpassas för att kunna möta till exempel individuella funktionsnedsättningar som då avser såväl de med flerfunktionshinder som de med neuropsykiatriska tillstånd. Vidare behövs anpassningar för andra patienter, till exempel vid kommunikationssvårigheter och för dem som saknar hälsolitteracitet, det vill säga förmåga att förvärva, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa [24].

Om bakgrund till vårdförloppet

Det finns nationella rekommendationer som initierades av Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning [3]. I rapporten redovisades att handläggning och vård av patienter med långvarig smärta har uppenbara brister och är ojämlik inom både primärvård och specialiserad vård. Dessa brister finns i alla regioner i landet i varierande grad. Riktlinjer för patientgruppen har tagits fram i flera länder, men det finns ett konstaterat glapp mellan evidensbaserad kunskap och klinisk praktik. En granskning av de publicerade riktlinjerna har identifierat både hindrande och underlättande faktorer [25]. Hindrande faktorer är:

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

Faktorer som underlättar användning av riktlinjerna är:

- vårdgivarnas intresse i evidensbaserad vård
- vårdgivarnas uppfattningar om att riktlinjerna förbättrar triagering, diagnossättning och hantering
- tidseffektivitet
- standardiserat språk [25].

[Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning vid långvarig smärta](#) finns men är under revidering. Den inledande allmänna delen av beslutsstödet för sjukskrivning är under revidering och beslutsstödet för vissa långvariga smärttillstånd såsom exempelvis fibromyalgi och nacksmärta efter trauma ska också revideras under hösten. Beslutsstödet bör följas men enligt såväl patientorganisationer som

vårdpersonal på alla nivåer återstår mycket arbete för att hantera långvarig smärta på ett ändamålsenligt sätt och inte "lösa" problemet med sjukskrivning [26].

Ersättningsmodellen med listning gör att den smärtintresserade läkaren i primärvården kan överbelastas genom att läkarens lista fylls med tids- och resurskrävande patienter, i stället för att dessa fördelas bland vårdcentralens samtliga läkare. Andra kompetenser inom primärvården nyttjas sällan i ett tidigt skede. Oklarheter om handläggningen gör att vårdpersonal ibland räds denna patientkategori.

Oavsett yrkeskategori (läkare, sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, psykolog, arbetsterapeut, socionom med flera) präglas arbetet av tidsbrist och bristfällig organisation för att identifiera och rehabilitera dessa patienter, med risk för långvarig sjukskrivning som följd.

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

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

Appendix B. Behandlingar och insatser vid långvarig smärta

Sammanfattning

Långvarig smärta ska bedömas utifrån ett biopsykosocialt synsätt. ”Den biopsykosociala modellen med dess helhetssyn bildar basen för bedömning, behandling och rehabilitering i modern klinisk smärtvård” [23]. Diagnostik av smärtan såväl mekanistiskt som förslag på ICD-diagnos ska ingå i ett behandlingsförlopp oavsett nivå. Det biopsykosociala synsättet ska genomsyra behandlingen tidigt i förloppet och på alla vårdnivåer. Rehabiliteringsplanens centrala roll och personcentrerad vård bör prägla vårdmöten och behandlingar. Det är viktigt med en pedagogisk ansats på alla nivåer.

För att minska eventuella negativa konsekvenser av långvarig smärta är det viktigt med ett adekvat bemötande med god förmedling av kunskap och information om tillståndet samt stöd under längre perioder. Det är arbetsgruppens gemensamma uppfattning, baserad på de samlade erfarenheter som den besitter, att det är väsentligt att all vårdpersonal under hela vårdförloppet har samsyn kring långvarig smärta och psykologiska påfrestningar då dessa två i princip är oskiljaktiga tillstånd. Inom primärvården är det viktigt att patienten har en utsedd fast vårdkontakt.

Det kan, beroende på problematik, till exempel vara en kompetent sjuksköterska som, i likhet med diabetessjuksköterskan, har möjlighet att ha en kontinuerlig kontakt med patienter med långvarig smärta, en rehabiliteringskoordinator som kan samordna olika insatser både inom och utanför sjukvården (något som oftast behövs vid behandling av patienter med långvarig smärta) eller annan legitimerad vårdpersonal som har kompetens inom området långvarig smärta.

Det behövs en kompetent och evidensbaserad smärtvård som har kunskap om

- sjukdomar och dess utredning och behandling
- nervsystemets plasticitet och föränderlighet vid långvariga smärttillstånd och stress
- identifiering av patienter som löper risk för långvarig smärta.

Under senare delen av arbetet med vårdförloppet har två SBU-rapporter tillkommit, som därför inte ingår i detta arbete [27, 28]. Nedan beskrivs behandlingar och insatser vid långvarig smärta. Dessa kan utföras av enskild vårdpersonal (unimodalt), av flera vid behov samverkande vårdpersonal (intermediärt) eller av vårdpersonal som arbetar i team med patienten som medlem (multimodalt).

- Unimodala insatser utförs av en vårdpersonal och omfattar yrkesspecifika åtgärder riktade mot specifika och relevanta problemområden inom den egna kompetensen.
- Intermediära insatser utförs av enskilda personer i vårdpersonalen som samarbetar eller samverkar, när behov uppstår, till exempel för att uppnå målsättningar som kräver åtgärder inom flera problemområden utöver den enskildes kompetensområdet.
- Multimodala insatser innebär riktade, koordinerade och samordnade teaminsatser av vårdpersonal som är utbildade för utförande av insatser utifrån ett biopsykosocialt synsätt inkluderande fysisk aktivitet och förmåga, psykologiska och sociala konsekvenser av långvarig smärta, återgång till arbete och/eller studier om lämpligt, annars återgång till för patienten tillfredsställande livsföring.

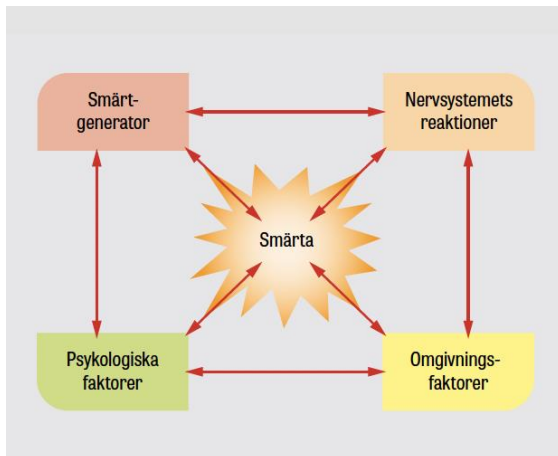
Konsensus råder om att ju mer smärta påverkar olika livsområden, desto mer lämpligt är att koordinera insatser. Vid omfattande smärtproblematik och konsekvenser som dominerar livets alla områden, desto viktigare är att erbjuda multimodal smärtrehabilitering.

Patientutbildning

Evidens pekar på att patientutbildning om smärta och förklaringsmodeller leder till förbättringar i tillståndet och kan användas som unimodal behandling eller som en integrerad del av multimodal behandling, beroende på grad av komplexitet i form av konsekvenser för livsföring, som långvarig smärta medför för individen [11]. Vidare finns det evidens för att den neurobiologiska förklaringsmodellen som skiljer på smärta och skada (smärtsystemets olika komponenter och deras interaktioner, sensitisering samt hämmat bromssystem), är att föredra över den ortopedisk-kirurgiska modell som i motsats till den neurobiologiska modellen förstärker koppling mellan smärta och skada.

Patientutbildningen börjar som ett komplement till smärtanalys. En modell har publicerats i landet och kan med fördel kommuniceras visuellt för patienten. I modellen, som presenteras i figur 3, sammanfattas olika nyckelområden som bygger upp patientens smärtupplevelse [29]:

- Primära smärtgenererande mekanismer/smärtgeneratorer (muskler, leder och nerver), det vill säga nociceptiv och/eller neuropatisk smärta. Det är viktigt att förklara för patienten vilka mekanismer som är inblandade.
- Nervsystemets reaktioner på långvarig nociceptiv och/eller neuropatisk smärta leder ibland till långvarig sensitisering (nociplastisk smärta). Denna kan vara lokal, regional eller generaliserad (fibromyalgi) och påverkar bland annat kognition, sömn och autonom balans.
- De psykologiska faktorerna - tankar, känslor och hantering av dessa. Nedstämdhet/depression och oro/ångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och generaliserat ångestsyndrom (GAD) är vanliga sådana psykologiska faktorer.
- Omgivningsfaktorer - förutsättningar och krav i den sociala situationen är avgörande för möjligheten att påverka sin vardagsaktivitet.



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

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

Fast vårdkontakt

Patienter med mer komplexa behov, där långvarig smärta ingår, ska ha en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt ska vara legitimerad och ska utbildas i smärta om utbildning saknas. Patienter med långvarig smärta utgör en heterogen grupp, med olika behov och förutsättningar. Den fasta vårdkontakten utses vid planering (rehabiliteringsplan, patientkontrakt) och ska vara den som följer upp det som planeras. Den fasta vårdkontakten ska ha ett tydligt samordnande uppdrag som inkluderar samordning mellan vårdnivåer samt andra rekommendationer som vården initierar och bör samordnas med verksamheter utanför vården.

Den som har en stor behandlande insats för patienten kan med fördel vara fast vårdkontakt. Om fokus för insatserna är medicinska frågor som till exempel läkemedelsbehandling, bör den fasta vårdkontakten vara en sjuksköterska eller en läkare. Där huvudfrågan är stöd i arbetet eller sjukskrivning så blir den fasta vårdkontakten med fördel en person utbildad i koordinering, det vill säga en rehabiliteringskoordinator, och så vidare.

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

Insatser kring fysisk aktivitet och funktion

År 2020 uppdaterade WHO de allmänna rekommendationerna för hälsofrämjande fysisk träning i syfte att minska risken för en rad olika sjukdomstillstånd samt risken för död i förtid [30].

Rekommendationerna angående regelbunden fysisk träning och begränsad tid i stillasittande gäller även vuxna patienter med långvarig smärta. Det är viktigt att göra en noggrann kartläggning utifrån funktionsförmåga och begränsningar och individualisera såväl träningen som träningsupplägg utifrån

varje patients målsättning och krav på aktiviteter. Träningsupplägget ska fungera i vardagen och bidra till livskvalitet. Vissa patienter fortsätter med aktiviteter trots intensiva smärtor. Man förtränger eller uthärdar smärtan, så kallat uthärdandebeteende, vilket leder till överbelastning av muskler och andra strukturer, och i förlängningen långvarig smärta. Dessa patienter kan behöva hjälp med att begränsa sina aktiviteter

Konditionsfrämjande och muskelstärkande fysisk träning är evidensbaserade behandlingar med förväntade positiva effekter på såväl fysisk som psykologisk funktion, förmågan att leva ett aktivt liv samt i viss mån även smärtans intensitet. Doseringsprinciperna följer vedertagna principer för träningslära [31, 32]. Detsamma gäller för långvariga rygg- och nackbesvär [33] och långvariga utbredda smärttillstånd [34, 35]. Många patienter behöver stöd av fysioterapeut för initiering av fysisk träning och för att på ett ändamålsenligt sätt öka belastning och intensitet.

Ett viktigt undantag från denna praxis är patienter med utbredd dysfunktionell smärthämning, så kallad nociplastisk smärta. Hos dessa patienter kan fysisk aktivitet orsaka en smärtökning, i stället för minskad känslighet för smärta som sker hos personer med normal smärthämning. Dessa patienter behöver en individuell utprovning och uppföljning av sin fysiska aktivitet där hänsyn tas både till vedertagna principer för träningslära och till smärtans utveckling. För att undvika försämring bör dosen ökas långsamt och även om smärtan ökar i samband med fysisk träning så bör den inte öka över tid [15].

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

Det kan dröja flera månader innan patienten upplever positiva effekter av träningen. Studier tyder på att de med långvarig smärta som kan träna på måttlig och hög intensitetsnivå har störst effekt, men det finns även studier som visar att träning på lägre nivå har effekt jämfört med ingen träning alls [31].

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

Det finns olika strategier för hur stegring kan ske. Vanligast är en progressiv stegring tills patientens målsättning är nådd, vilket kan fungera utmärkt om målen är tydliga och aktivitetsrelaterade och doseringen bygger på principer för träningslära snarare än upplevelse av smärta. Två andra modeller för stegring av fysisk funktion och förmåga är graderad aktivering och graderad exponering, vilka kortfattat beskrivs i relation till behandling här [36]. I kapitlet beskrivs även vikten av att integrera principer för beteendeläring vid fysisk träning samt tillämpning av det som uppnås genom träningen i dagliga aktiviteter.

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

Att leva med långvarig smärta påverkar rörelse kvaliteten, det vill säga hur vi använder våra kroppsliga resurser, och ger förändrat rörelsemönster. Den fysioterapeutiska behandlingen bör därför innehålla:

- stöd och guidning till patienten att öka medvetenheten om kroppen
- sina vane- och rörelsemönster
- uppfattningen av kroppsliga signaler.

Syftet är att återerövra det mest optimala och funktionella sättet att använda kroppen, det vill säga att öka förmågan att röra sig mer stabilt, balanserat och koordinerat [37, 38].

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

Insatser kring psykologiska aspekter

Psykologisk behandling vid långvarig smärta omfattar kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner och tekniker (kognitiv beteendeterapi, KBT), eftersom emotionella, kognitiva, och beteendefaktorer är centrala i utvecklingen av långvarig smärta. Målsättningen är att minska upplevelser av hjälplöshet och brist på kontroll, samt att främja beteenden som minskar smärtans inverkan på funktion och livskvalitet.

De senare årens forskning kring rädsla och undvikande har bidragit till att mer renodlade former av KBT som fokuserar på exponering har utvecklats. Även andra metoder som utvecklats ur KBT såsom "acceptance and commitment therapy" (ACT) och medveten närvarobaserad stressreduktion är vanligt förekommande [39].

Träning i hälsosamt beteende samt förmedling av kunskap kring hur människan tänker och handlar är grunden i all KBT-behandling. Utbildad personal i KBT kan arbeta med beteendeanalyser och interventioner, med kognitiva tekniker inriktade på förändring av hanteringsstrategier, med tekniker som påverkar medvetande för att modulera och/eller påverka själva smärtupplevelsen eller stressen, som ihållande smärta i det dagliga livet innebär. Många gånger arbetar utbildad personal i KBT med flera av dessa områden. Vanliga komponenter som ingår i en KBT-intervention för patienter med långvarig smärta är [40]:

- psykoedukation, för att öka kunskap om olika psykologiska och inlärningsmässiga faktorer som påverkar smärta
- beteendexperiment, för att uppmåna maladaptiva föreställningar och öka ett beteende genom att prova på och utvärdera resultat

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

ACT har under senare år seglat upp som en lika effektiv psykologisk metod som KBT vid långvarig smärta [41]. ACT inriktar sig på att få individer att möta smärta med acceptans, som en del av livet, i stället för att försöka kontrollera den samt leva sitt liv utifrån det som man värdesätter. Både kognitiva (restrukturering) och beteendemässiga (exponering) tekniker används inom ACT.

Modellen om rörelserädsla och undvikande av rörelse är en av de mest kända modellerna inom smärtforskning och har genererat både hypoteser och behandlingsmetoder [42]. Modellen utgår från att smärta får, för en mindre grupp människor, en katastrofal betydelse. Katastrofiering (i sin tur påverkad av negativa affekter och hotfull information om ohälsa) leder till rädsla för smärta och/eller för att skada sig igen. Detta permanentas i en ond spiral som befrämjar och bibehåller undvikande, aktivitetsbegränsningar, funktionshinder, mer smärta, katastrofiering och så vidare.

- Rörelserädsla behandlas med aktivitetsgradering, exponering och ACT. De två sistnämnda metoderna verkar påverka bäst i positiv riktning både rädsla och funktionshinder. Smärtekatastrofiering definieras som en överdriven negativ tendens att fokusera tankar på faktisk eller förväntad smärta och har ett starkt samband med ökad smärtupplevelse. Sambandet uppstår tidigt under utvecklingen och verkar kausalt: katastrofiering leder till ökad smärta [42]. I flera studier predicerar katastrofiering smärtnivåer hos smärtfria deltagare. Den korrelerar med ångest, rädsla och depression [43]. Acceptans, undvikande av rörelse på grund av smärtrelaterad rädsla och katastrofiering har på senare tid blivit lika viktiga föremål för psykologisk behandling som dysfunktionella hanteringsstrategier och föreställningar.
- Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser kring psykologiska aspekter bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

Insatser riktade mot utförande av aktiviteter

Personer med långvarig smärta kan ha problem att utföra aktiviteter inom olika livsområden som personlig vård, arbete, hemliv samt fritid och rekreation [4]. Det är viktigt att utifrån aktivitetsmodeller kartlägga och förstå patientens aktivitetsproblem följt av en fördjupad aktivitetsanalys av vardagen. En sådan kartläggning täcker patientens olika aktivitetsområden och ger svar på vilka svårigheter patienten upplever i aktivitet. Hänsyn tas till individuella faktorer likväl som aktivitet och miljöfaktorer [44].

I bedömningen ingår patientens engagemang, tilltron till den egna förmågan i aktivitet, värdering av olika aktiviteter samt vanor och rutiner. Instrumenten som används för kartläggning kan vara både intervju- och observationsinstrument. Exempel på bedömningsinstrument är Canadian Occupational Performance Measure (COPM) [45] och Worker Role Interview (WRI) [46]. För att bedöma aktivitetsförmågan kan även en strukturerad observationsbedömning av aktivitetsutförande i någon eller några viktiga aktiviteter vara värdefull.

Utifrån aktivitetskartläggningen identifieras interventioner baserade på individens mål, förmågor och hinder. Insatserna har ett tydligt aktivitetsinriktat fokus med upplägg utifrån forskningsevidens och nationella riktlinjer, och riktar sig till aktiviteten, individen eller miljön, eller kombinationer av dessa. Vanliga interventioner för patienter med långvarig smärta är att utarbeta och tillämpa strategier eller att i aktivitet träna på att genomföra de aktiviteter individen önskar, behöver, vill och förväntas göra [47].

Interventionerna kan även riktas mot att förbättra patientens aktivitetsbalans, där balansen mellan olika typer av aktiviteter som exempelvis fysiskt krävande och återhämtning ses över i en aktivitetsdagbok och förändras vid behov. Att ha kontroll över sin aktivitetsrepertoar stärker självförtroendet och ökar insikten om den egna förmågan att lösa vardagens problem och skapa en god livskvalitet trots smärta.

När patienter är aktiva och koncentrerar sig på meningsfulla aktiviteter kan smärtan upplevas mindre intensiv. Att arbeta i ett anpassat tempo (activity pacing) kan vara en viktig metod. Pacing innebär att aktiviteter bryts ner i mindre enheter och att en mindre omfattande aktivitet utförs vid flera tillfällen eller med varierande kroppspositionering i stället för mycket aktivitet vid ett och samma tillfälle [48].

Sammantaget är målet att uppnå en för patienten lämplig aktivitetsbalans mellan arbete, fritid och sociala aktiviteter samt mellan aktivitet, återhämtning och vila. Det innefattar att nå en optimal förmåga i för personen betydelsefulla aktiviteter utifrån dennes önskemål och behov och förhållande till omgivningens krav. Fokus ligger både på mängd och kvalitet i aktivitet med anpassning till energibesparande och ergonomiskt anpassade utförandestrategier vid behov.

Patienter stöds till en gradvis anpassning i de förändringar som krävs i vardagen. Att kunna acceptera smärtan, arbeta mot mer långsiktiga mål i stället för smärtlindring i det korta perspektivet och anpassa sitt liv kan ta olika lång tid. Att klara av och återta aktiviteter kräver tid och uthållighet, vilja till förändring, organisationsförmåga och aktiv träning. Genom att medvetandegöra vardagsrutiner kan man rikta åtgärder till det som behöver förändras eller anpassas [44, 48].

För patienter med långvarig smärta i arbetsför ålder riktas interventioner ofta mot arbete. Även i relation till arbetet görs en kartläggning av individens aktivitetsproblem också i relation till vilka krav

som såväl arbetsuppgifterna som arbetsmiljön ställer. Situationen och kartläggningen ser ofta olika ut beroende av om patienten är sjukskriven, i arbete eller arbetslös.

De efterföljande insatserna utformas utifrån individens behov, till exempel baserat på om individen tror sig kunna arbeta eller inte, om arbetet behöver anpassas eller om individen behöver utveckla någon förmåga för att kunna genomföra sina arbetsuppgifter. I samtycke med patienten sker tidig kontakt med arbetsgivare och andra aktuella samverkansaktörer. Insatserna innefattar förutom aktivitetsinriktade insatser beskrivna ovan, även ergonomiska insatser eller rådgivning i den fysiska miljön samt problemlösning utifrån hindrande faktorer i arbetssituationen [44].

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

Psykosociala insatser

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

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

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

Psykosocialt behandlingsarbete omfattar även samordning av kontakter med aktuella myndigheter och arbetsplatser, liksom samtalsstöd och hjälp att aktivera ett stödjande socialt nätverk. Patienten får en kort och för dem aktuell genomgång av regelverk kopplat till den socialförsäkringssituation hen kan befinna sig i. Syfte här är att få en ökad förståelse för regelverket och på så sätt en minskad upplevelse av orättvisa som ibland kan leda till en energikrävande kamp mot myndigheter.

Tydliggörande görs kring vad patienten kan påverka och inte i detta regelverk och i den situation hen befinner sig. Detta bidrar till en för patienten minskad upplevelse av maktlöshet och hjälplöshet över sin situation och en förmåga att lättare manövrera och förhålla sig till regelverket kopplat till socialförsäkringsfrågor.

Den viktigaste komponenten för framgångsrik behandling vid långvariga smärttillstånd är att teamet arbetar tillsammans med patienten för att uppnå en funktionsökning. Detta kräver att alla aktiviteter synkroniseras och att tydliga mål diskuteras tillsammans med patienten ur ett funktionshöjande

perspektiv snarare än ett smärtlindrande. I detta ska alltid arbetsåtergång (eller att närma sig arbete) vara ett självklart mål för patienter i arbetsför ålder (om möjligt).

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

Läkemedelsbehandling

Vid farmakologisk behandling av långvarig smärta ligger alltid en smärtanalys som grund och behandlingen ska ske i samverkan med behandlande team. Effekten av den farmakologiska behandlingen ska alltså bedömas ur ett funktions- och aktivitetsperspektiv, inte bara som smärtlindring.

Läkemedelsbehandling vid långvarig smärta måste alltid anpassas efter varje enskild patient och ofta behövs en kombination av läkemedel för bästa resultat. Det är inte ovanligt att samma patient har flera smärttyper samtidigt. Utvärdering av behandling ska vara vägledande för att väga effekt mot biverkningar. För mer detaljerad farmakologisk smärtbehandling hänvisas till [riktlinjer för långvarig smärta i Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#).

Sammanfattningsvis framgår där följande:

Vid nociceptiv smärta används:

- paracetamol
- NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drug).

Vid neuropatisk och nociplastisk smärta används:

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

Opioidbehandling

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

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

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

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

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

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

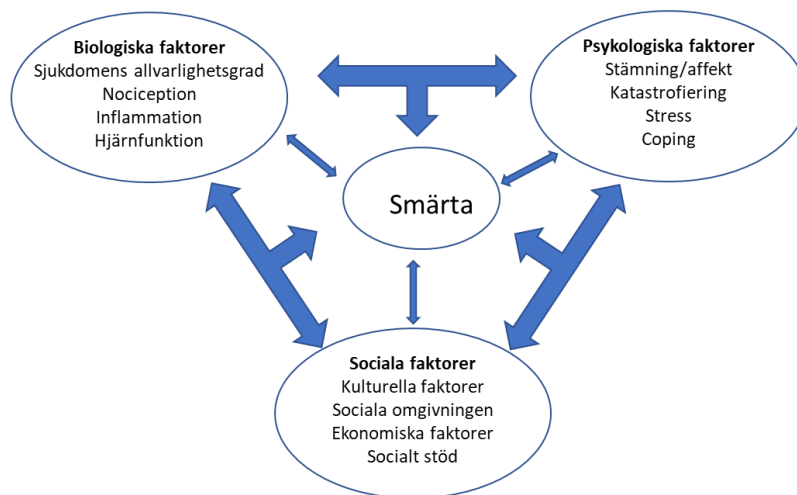
Effekten av nedtrappning ska inte utvärderas medan den pågår. Vanligen bör situationen stabiliseras två till tre månader efter avslutad nedtrappning.

Annan medicinsk behandling

Det finns ett antal andra medicinska behandlingar med varierande evidensgrad och där forskning pågår för flertalet av dessa. Exempel på behandlingar är ryggmärgsstimulering (Spinal Cord Stimulation och Dorsal Cord Stimulation), topikala behandlingar (capsaicin), kirurgiska interventioner, blockader, TENS, värme, ortoser, akupunktur, medicinsk laser med flera. Invasiva och kirurgiska interventioner sker oftast inom regionernas eller sjukvårdsregionernas specialiserade vård efter noggrann utredning och berör ett mindre antal patienter.

Multimodal smärtrehabilitering

Grunden för multimodal smärtrehabilitering är att flera professioner samverkar i behandlingen synkront. Även om enheter inte har fasta team, såsom ofta är fallet i primärvården, ska multimodalitet eftersträvas. Detta för att möjliggöra ett biopsykosocialt arbetssätt som präglar behandlingen [49]. Flera visualiseringar av den biopsykosociala modellen för smärta har gjorts, ett exempel visas här (Figur 4).



Figur 4. En möjlig modell att kommunicera smärtanalysens resultat till patienten, översatt från Fillingim [50]

Multimodal smärtrehabilitering innefattar många av de behandlingar som beskrivs ovan. Behandlingarna planeras och utförs dock utifrån ett teamsamarbete, där vårdpersonal med olika relevanta kompetenser samverkar sinsemellan samt med patienten och dennes närstående. Inom rehabiliteringen benämns detta arbetssätt som interdisciplinärt arbetssätt – de olika yrkeskategorierna samverkar tillsammans med patient och dennes närstående för att uppnå gemensamma mål.

Samordnad och aktiverande rehabilitering, med hjälp av tvärprofessionella insatser (multimodal rehabilitering) har bäst evidens – de ger bättre resultat än enstaka åtgärder vad gäller återgång till utförande av dagliga aktiviteter inklusive arbete eller studier om det är aktuellt [10].

Sjukskrivning

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

Sjukskrivning som behandling är en "stark insats" och ska liksom annan potent behandling användas med försiktighet och följas upp. Sjukskrivning kan ha effekter som inte är gynnsamma för återhämtning. Vid sjukskrivning är det lätt att den vanliga strukturen för dagen försvinner. Den sjukskrivne kan vända på dygnet, hindras att komma ut och/eller äta på oregelbundna tider.

En längre tids sjukskrivning kan leda till att den sjukskrivne blir isolerad och känner sig folkskygg. Patienten vågar eller kan inte röra på sig eller träna som hen brukar och oroar sig för hur det ska gå att komma tillbaka till jobbet. Patienten kan också känna obefogade skuld- och skamkänslor mot både arbetskamrater och familjemedlemmar.

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

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

En riktig, lagom, säker och jämställd sjukskrivning bidrar till en god och patientsäker vård. Med "riktig" förstås att sjukskrivningen ska vara på rätt indikationer och följa nationella vårdprogram och riktlinjer. Med "lagom" förstås att tidslängden och graden av sjukskrivning skall vara anpassad till person, funktionsstatus och arbetskrav. Sjukskrivning kan vara på heltid eller deltid (25—75%).

Med "säker" förstås att det inte ska finnas onödig väntan till besök eller behandling, att en tidig samverkan sker mellan vården, arbetsgivaren och Försäkringskassan samt att det tidigt ska finnas en plan för återgång till arbete, plan för rehabilitering eller annan lösning. Med "jämställd" förstås att patienter, oberoende av genus får likvärdig service inom vård, sjukskrivning och rehabilitering. Sjukskrivning ska alltid baseras på individuella behov och fokus bör vara att bibehållen fysisk och social aktivitet är viktigt i behandling av långvarig smärta.

Appendix C. Patientens perspektiv

Sammanfattning av kvalitativ forskning utifrån patientsamtal

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

Patienter har beskrivit vad de anser vara de viktigaste (sociala) faktorerna som påverkar deras tillgång till smärtrehabilitering. Faktorerna är kön, social status och diagnos. Patienter upplever till exempel att personer som får bättre bemötande är män (de är mer "gåpåiga"), personer som utstrålar status (slips och kostym verkar skapa respekt), smala personer, engagerade personer och personer som kan svenska.

Vidare rapporteras i forskningsartiklar att patienter upplever att personer som får sämre bemötande är kvinnor ("borde ha en karl med sig som kan tala för en"), invandrare som inte kan språket, samt personer med diffusa sjukdomar. Faktorer som patienter tar upp och som karakteriserar positiva möten med vården är att bli lyssnad till och att bli trodd, att möta ett team som är samordnat ("proffsigt"), att vara delaktiga i en dialog, att uppleva att teamet står på patientens sida och vill patientens bästa, att inte bli sviken och att bli respekterad [51].

Patienternas upplevelse av behandling och rehabilitering presenteras i en handbok om kvalitativ hälsorelaterad forskning. Evidens vad gäller patienter med långvarig smärta anges i kapitlet Qualitative evidence in pain [52] som baseras på 25 studier, med sammanlagt 370 informanter. Patienternas berättelser sträcker sig över tre områden: Patienters upplevelse av att leva med och hantera långvarig smärta, deras upplevelse av behandling och rehabilitering och deras upplevelse av att fortsätta att arbeta eller att inte kunna återgå i arbete. Återkommande kategorier i patienternas berättelser är:

- mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Patienterna önskar välutbildad, professionell, empatisk och uppmärksam personal, som ska vara villig att lyssna, tro på patienten och ta med patientens perspektiv i diskussioner om behandling. En diagnos är positiv eftersom den legitimerar smärtan och minskar upplevelsen av stigma. De flesta möten beskrivs som avvisande, jäktade, utan möjligheter att få information och tveksamma till patienten. Patienterna förbereder sig noga inför sina möten med vårdpersonal för att visa sig trovärdiga, inte för friska men inte som att de klagar. Positiva möten beskrivs som möten i vilka någon lyssnar och tar patienten på allvar.
- patientundervisning och information. Patienterna önskar klar och tydlig information om diagnos och om behandlingsalternativ, stödjande återkoppling och råd om smärthantering. Undervisning i grupp upplevs positivt, att vara i ett sammanhang och dela erfarenheter, tankar och information med andra i samma situation, att reflektera och relatera till andra ökar självförtroendet. Individuellt anpassad information till patienter med långvarig smärta underlättar att ta tillbaka kontrollen, bli ansvarig för att hantera sjukdomen och hitta en riktning i livet.

- patientens delaktighet och ansvar. Patienter som accepterar vikten av eget ansvar och engagemang är nöjdare och mindre benägna att söka snabba lösningar. För att bli del av en positiv rehabiliteringsprocess krävs att patienten känner sig mött med respekt och erkänsla. Att lära sig känna igen och respektera kroppsliga signaler ökar kroppslig, emotionell och social kompetens. Ju mer eget ansvar, desto viktigare med individuella, specifika instruktioner om livsstil och om anpassning av träning.
- interprofessionell rehabilitering och smärtrehabilitering. Personalen beskrivs som mycket kompetenta och kunniga avseende långvarig smärta och dess behandling. Patienter känner sig säkra, erkända, lyssnade till och förstådda. Psykologiska förklaringar kan mottas utan en känsla av att vara psykologiserad eller att smärtan är inbillad. Patienterna kan hitta en ny riktning i livet, återta kontrollen över livet, återfå självkänslan, relatera till andra och få tröst. Acceptera ”rehabkonceptet” är nödvändigt för att lyckas [52].

Patientens upplevelser

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

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

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

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

Kvalitativ forskning om patienternas upplevelser

Det finns ett antal återkommande, utmanande teman för patienterna som ingår i detta vårdförlopp som beskrivs i patientberättelser, i forskningsintervjuer med patienter, i samtal mellan vårdpersonal och patienter och i rapporter från patientorganisationer och expertgrupper.

Inom kvalitativ forskning har dessa berättelser analyserats och de återkommande teman som redovisas har lett forskare att lyfta dessa för att förbättra vård av patienter med långvarig smärta. Dessa är:

- grad av tillit i möte mellan patient och vårdpersonal [53-57]
- otydliga förväntningar från båda parter och olika grad av förförståelse
- patientens oro inför framtiden [54, 55] och den egna förmågan samt inför de krav som ställs av en själv och andra [58]
- bristande självständighet och beroendeförhållande [59]
- ostabil och varierande förmåga att fungera samt samsjuklighet [55, 59, 60], förhoppningar och begränsningar, socialt samspel och relationer [59, 60]
- sökande efter diagnos som källa till hopp och till oro [55, 59]
- bristande långsiktighet eller uppföljning och sökande utanför hälso- och sjukvård (alternativ vård).

En vetenskaplig sammanställning av patienters upplevelser och erfarenheter har publicerats [52]. Sammanfattningsvis beskrivs i boken att de flesta patienter känner sig misstrodda och ifrågasatta [54, 56, 57] när de kommer till vården och de flesta kämpar för att återupprätta sin värdighet som människa. För att komma i gång med en positiv rehabiliteringsprocess behöver patienten bemötas med respekt och erkännande [55, 58] samt få en förklaring till sitt tillstånd, men även vara beredd att ta eget ansvar och vara delaktig [55]. Att förstå och respektera kroppens signaler lyfts fram som en viktig början i rehabiliteringsprocessen [58, 59].

Utmaningar kring mötet med patienten

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

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

- Utmaningar i att få patientens förtroende. Misslyckande med kontakter inom vården när det gäller bemötande, förklaringar eller behandlingar kan leda till att patienten söker alternativa vägar och behandlingar. Tillgänglighet till information i sociala medier är mycket stor. Erfarenheter och upplevelser delas mellan okända personer och råd med varierande kvalitet finns att tillgå utan hinder. Det finns risker för minskat förtroende för svensk hälso- och sjukvård och ibland för behandlingar som kan motverka varandra.
- Diagnossättning. Patienter får ofta flera diagnoser. Symtom som patienten besväras av kan förklaras av en av dessa diagnoser, eller olika symtom kan relateras till olika diagnoser och symtom kan påverka varandra. Patienter vill ha en diagnos för att få legitimitet för sin smärta och som ett hjälpmedel för att strukturera hantering i form av behandling. Diagnoser kan också vara en källa till oro kring framtid och hälsa [60, 61].
- Samordning kring sjukskrivning. För en stor del av patienterna präglas tillvaron av oro kring framtiden, vad gäller den egna förmågan men också sysselsättningen och familjebilden som oftast är i förändring. Inte sällan lever patienten med ständig oro kring ekonomin, som försämras och upplevs som osäker, både kortsiktigt och långsiktigt. Den osäkra ekonomiska situationen accentueras av långdragna osäkra processer och besked från socialförsäkringssystem. Socialförsäkringsregler ändras och tolkas olika av olika handläggare och patienterna har bristande kunskap om dessa. Slutligen upplever patienten oro kring egna och andras krav, vad man ska orka med och vad som ska göras annorlunda.
- Uppföljning av läkemedel. Patienter kan ha ett långvarigt bruk av läkemedel, med eventuellt missbruk som följd. Många läkemedel förlorar sin effekt med tiden (avsedda för akut smärta) men patienter fortsätter att använda dem.
- Samordning och kompetens. Det är ofta otydligt vem inom vården som patienten ska söka kontakt med. Det saknas kompetens vad gäller smärtanalys inom vården och många patienter upplever att de inte blir undersökta, att deras smärta inte tas på allvar. Patienter inleder en "jakt" på rätt sorts hjälp som i sin tur bekräftar att vården saknar strukturer för att hantera deras problem. "Jakten" är många gånger osystematisk och påfrestande. Viljan till förändring och avsaknad av ork följer varandra.
- Information till närstående. Patienterna ingår i ett socialt sammanhang och det finns relationer i patientens närhet att ta hänsyn till. Det kan vara till exempel vilka behov och önskningar patienten och familjen (och andra närstående) har, vilka som är möjliga att uppnå. Information och kunskap hos närstående behövs med tanke på att deras stöd och förväntningar kommer att påverka patienterna.
- Långvarigt stöd i rehabiliteringen. Patienter uttrycker behov av kompetens som stödjer dem under resan i form av rehabiliteringskoordinator, kontaktsjuksköterska eller liknande med reell och formell kompetens och erfarenhet för samordning oavsett sjukskrivning eller inte. Det är viktigt att diskutera eventuell sysselsättning och sjukskrivning utifrån ett

hälsoperspektiv. Vissa situationer och insatser kan utgöra en sjukfaktor för några under en period, och en friskfaktor för andra.

- Utvärdering och uppföljning av behandlingar och rehabilitering. Patienterna tycker ofta att det finns brister i hur behandlingar eller rehabilitering utvärderas och följs upp. De kan önska ytterligare behandling eller rehabilitering eftersom vissa insatser kan vara viktiga vid en tidsperiod, och andra vid en annan. Vidare verkar det finnas behov av påfyllning vad gäller de strategier man skaffat eller de träningsråd man fått (boosters).
- Kvarstående funktionsnedsättning och symtom. Många patienter upplever fortsatta symtom som smärta och fatigue vilket leder till oro och fortsatt funktionsnedsättning trots insatser från vården. Patienterna möter bristande förståelse i vården för detta och de neurobiologiska förändringar som ligger till grund för symtomen. Den bristande förståelsen tar mycket energi för patienten. Många patienter upplever dessutom hälsomässiga följdproblem och samsjuklighet.

Appendix D. Stöd vid standardisering av dokumentation

Det finns ett stort behov av att standardisera viss information för varje patient genom att dokumentera i journalen de anledningar som föranleder att åtgärderna som beskrivs i vårdförloppet avslutas. Följande är förslag på standardiserad information:

- Patienten kan hantera sin situation med råd och information.
- Patienten kan hantera sin situation utan flera vårdåtgärder eller med planerade uppföljande insatser.
- Patienten är efter utförlig information och dialog med vårdpersonal om förväntad nytta av fortsatt vård inte intresserad av de behandlingsinsatser som erbjuds.
- Patienten kan efter utförlig information och dialog med vårdpersonal om förväntad nytta av fortsatt vård inte medverka i de föreslagna åtgärderna av sociala, ekonomiska eller andra skäl.
- Patienten bedöms inte kunna tillgodogöra sig ytterligare åtgärder.

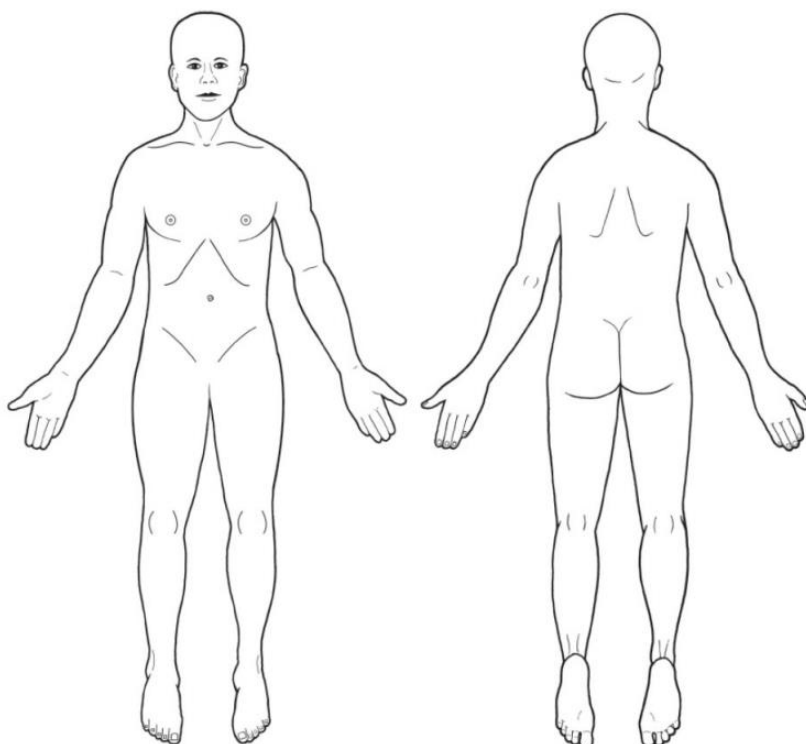
Appendix E. Exempel på verktyg

Smärtteckning

Personuppgifter

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Markera på teckningarna **var** du har smärta och **hur** smärtan känns.
Använd gärna symbolerna för att ange vilken **typ** av smärta det är.



Molande	M M M
Bultande	B B B
Brännande	X X X
Stickande	S S S
Tryckande	T T T
Krampartad	K K K
llande	i i i
Huggande/skärande	///
Domning	= = =
Annat	A A A

Markera hur stark din smärta är i **vila**:

Ingen smärta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara smärta
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Markera hur stark din smärta är i **rörelse**:

Ingen smärta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara smärta
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Från: Nationella vårdriktlinjer för primärvården avseende långvarig smärta [Långvarig smärta - vårdriktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

Exempel på rehabiliteringsplan

Namn	
Personnummer	

PLANERING – ÅTGÄRDER – UTVÄRDERING				
Huvudmål				
<i>På kort sikt</i>				
<i>På lång sikt</i>				
Delmål	Åtgärd	Tidsplan	Ansvarig	Utvärdering

Övriga åtgärder	Tidsplan	Ansvarig	Utvärdering

Från Lexell och Rivano Fischer [64]

Formulär som stöd för bedömning

Nedan presenteras på ett kortfattat sätt exempel på lämpliga formulär som vid behov kan användas, med patientens medgivande, för att komplettera den kliniska bedömningen och som stöd i samtal. Vidare information och referenser om dessa och andra formulär kan hämtas från det Nationella Registret över Smärtrehabilitering [Mätinstrument \(uu.se\)](https://www.uu.se).

- Vid frågor om arbetssituationen kan arbetsförmågeindex (Work ability index, WAI) användas som ett stöd i kartläggning av patientens uppskattade arbetsförmåga. Fråga 1 kan användas eftersom svaret ger en indikation på arbetsförmåga [8, 62].
- Vid frågor kring psykologiska påverkande faktorer finns det olika formulär som kan användas vid behov. Dessa formulär ersätter inte den kliniska bedömningen och kan enbart ge en bild på gruppnivå som måste nyanseras vid varje individuellt möte.
- Vid ångest och/eller depressivitet kan skattningsskalan Hospital Anxiety And Depression Scale HAD användas.
- Vid behov av kartläggning av uttalade negativa tankar om framtiden på grund av smärta kan skattningsskalan om katastrofiering (Pain Catastrophizing Scale, PCS) användas.
- Vid behov av kartläggning av uttalade rädsla för att rörelser kommer att leda till ökad smärta kan skala om rörelserädsla, TAMPA Scale, användas.
- För kartläggning av svårigheter med att sova på grund av smärta kan Insomnia Severity Index (ISI) användas [63].

Vid frågor om levnadsvanor kan Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor användas för kartläggning av riskfyllda levnadsvanor kring rökning och snus, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor [Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor](#).

Det finns ett stort behov att introducera användning av instrument som stödjer utvärdering av grad av framgång vad gäller uppfyllelse av målen som identifieras i rehabiliteringsplanen. Introduktion av Måluppfyllelse enligt Goal Attainment Scaling (GAS) bör prioriteras som ett utvecklingsområde för utvärdering av rehabiliteringsplanerna.