



Rev 20200625

## Smärthanteringsprogram – Intensivt (SHP I)

Det råder enighet, internationellt och nationellt, om att såväl analys som behandling av patienter med långvariga icke maligna smärttillstånd bör ske interdisciplinärt (med representanter från ett flertal discipliner med gemensamma målsättningar), då långvarig smärta på ett komplex sätt drabbar individen fysiskt, mentalt, socialt och ekonomiskt. Vid Smärtrehabilitering i Lund har därför en särskild interdisciplinär verksamhet byggts upp. Personalen har hög kompetens och lång erfarenhet av arbete med människor med olika smärttillstånd.

### FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH MÄNNISKOSYN

Genom smärtforskningen har vi fått ökade kunskaper om mekanismerna bakom långvariga smärttillstånd. Idag vet vi att smärta orsakad av enbart psykiska faktorer, s.k. psykogen smärta, är mycket ovanlig. Långvarig smärta har som regel en fysiologisk förklaring, och patienternas upplevelser skall tas på största allvar, även om det i de flesta fall inte finns någon farlig bakomliggande sjukdom.

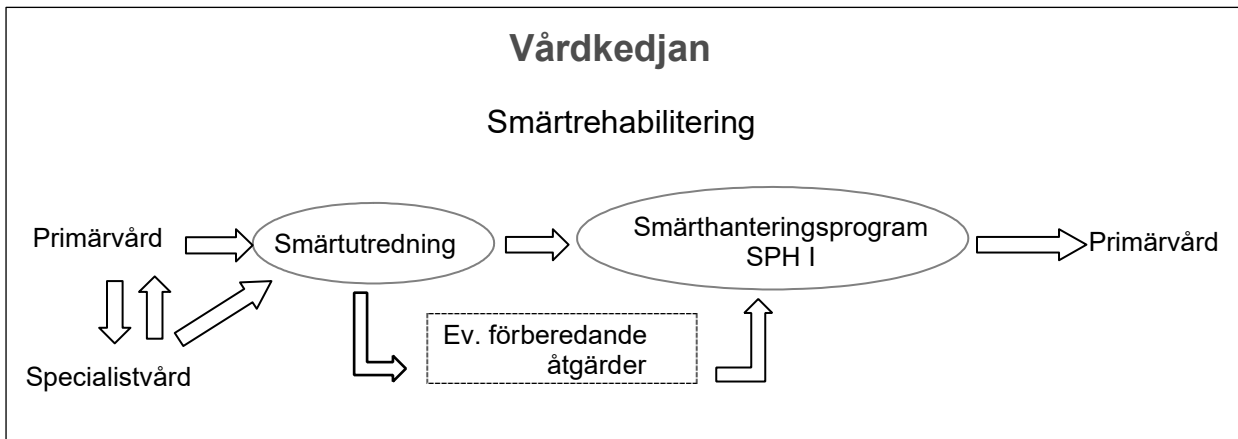
Patienter med långvarig smärta bör först genomgå en noggrann medicinsk utredning i primärvården, vid behov även av organspecialist såsom till exempel ortoped eller reumatolog, för att behandla eventuellt bakomliggande sjukdom. När patienterna kommer till Smärtrehabilitering är sådana undersökningar i allmänhet redan gjorda. Många patienter har varit hos flera olika läkare, utan att man har funnit någon förklaring till smärttillståndet.

Vi som arbetar med **specialiserad smärtrehabilitering** utgår från att såväl biologiska, psykologiska, sociala som existentiella faktorer i olika grad samverkar vid uppkomsten och vidmakthållandet av ett långvarigt smärttillstånd. Vår människosyn präglas av respekt för individen och vår utgångspunkt är att de flesta patienterna är kapabla att själva ta ansvar för sin situation och att göra självständiga val. Denna människosyn har flera praktiska konsekvenser för såväl vårt förhållningssätt till patienterna, som för innehållet i smärtutredning och de olika program som finns vid enheten. Genom SHP I får patienterna hjälp till självhjälp, de får lära sig hur de kan hantera sitt smärttillstånd och sin livssituation.

### ROLL OCH PLATS I VÅRDKEDJAN

Av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapport "Metoder för behandling av långvarig smärta" från 2010, framgår att förekomsten av svår långvarig smärta i befolkningen är 20 % och att åtminstone en fjärdedel av de drabbade har svårigheter att leva med sin smärta. Detta är inte bara ett medicinskt och ett mänskligt problem. Det är dessutom ett stort samhällsproblem i form av enorma kostnader för sjukpenning, sjukersättning, sjukvård, produktionsbortfall mm.

Vår ambition är att patienter med långvariga icke maligna smärttillstånd ska genomgå lämplig utredning vid Smärtrehabilitering så tidigt som möjligt, om man inte inom den övriga sjukvården kommit fram till en klar diagnos eller om behandlingen av smärttillståndet inte varit framgångsrik.



## Remisshantering

Remisser tas emot från externa och interna remitter, främst primärvården. Remissbekräftelse skickas hem till patienten tillsammans med frågeformulär och skriftlig information. Bedömning och prioritering sker utifrån angivna kriterier i en remissgrupp där överläkare, sjuksköterska och psykolog ingår. Vid den bedömningen har remissgruppen, förutom remiss, även tillgång till frågeformulär ifyllda av patienten som underlag. Om remissen accepteras får remittenten besked om att remissen är mottagen och om beräknad väntetid till nybesök för smärtutredning. Kallelse skickas till patienten fyra till sex veckor före smärtutredning. Vid remissretur ges förklaring till retur och eventuellt förslag till medicinska åtgärder. Målsättningen avseende väntetiden är att hålla vårdgarantin.

## SYFTE

Syftet med utredning och rehabilitering vid Smärtrehabilitering, är att patienten utifrån dennes behov och förutsättningar, ska uppnå bästa möjliga funktionsförmåga samt optimal aktivitet och delaktighet i olika livssituationer samt förbättra livskvalitet och hälsa.

## MÅLGRUPP

Målgruppen för Smärtrehabilitering är patienter med långvarig icke malign smärta som utvecklat eller riskerar att utveckla ett tillstånd som innebär att smärtan till stor del styr patientens livsföring.

## SMÄRTUTREDNING:

### Målsättning

1. Smärt- och funktionsanalys samt utredning/bedömning av medicinska, psykologiska och struktur/funktions-och aktivitetsmässiga konsekvenserna av långvarig smärta.
2. Ökad kunskap om individens smärttillstånd och dess konsekvenser med förankring hos patient, inremitterande och vid behov närstående.
3. Strukturerad planering/rekommendationer för fortsatt utredning/behandling/rehabilitering inklusive egen smärthantering.

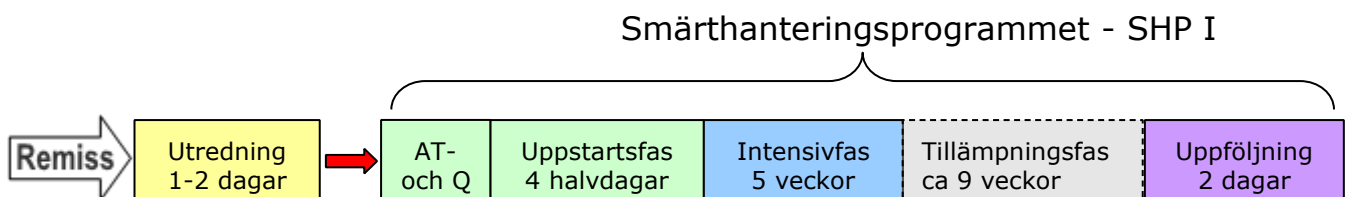
### Innehåll

Vid smärtutredning träffar patienten läkare, psykolog och fysioterapeut. Teamet informerar sig, med patientens samtycke om tidigare sjukvårdskontakter och behandlingar genom att gå igenom tidigare journaler, röntgenutlåtanden, laboratorielistor med mera. Som grund för utredningen finns även patientifyllt frågeformulär samt valida och reliabla självskattningsinstrument.

Utredningen syftar till en medicinsk- och funktionsinriktad smärtanalys samt en kartläggning av smärtans konsekvenser fysiskt, socialt, psykologiskt och arbets-/studiemässigt. Teamet sammanfattar sina förslag avseende vidare hantering vid en gemensam konferens. Tillsammans med patient och eventuellt närstående skrivs en individuell planering för fortsatt utredning, behandling, rehabilitering och/eller egen smärthantering. En del av åtgärderna ska vara genomförda före programstart, t ex röntgenundersökning och medicinjustering. Stor hänsyn tas till patientens egna förväntningar, behov och intressen.

För de patienter, där teamet rekommenderar smärthanteringsprogram – intensivt SHP I, följer sjuksköterska vid mottagningen per telefon upp den individuella planeringen från utredningarna och de åtgärder som ska vara klara före programstart. Därefter ger sjuksköterskan klartecken till programkoordinator som kontaktar patienten/deltagaren för att boka in tid för utredning av arbetsterapeut samt kurator och kalla till lämplig programperiod.

## Flödesbeskrivning



## F. SMÄRTHANTERINGSPROGRAM

### Målsättning

1. Höja aktivitet och delaktighet i för individen värdefulla delar av livet.
2. Ökad förmåga att delta i vardagliga aktiviteter, till exempel i arbete/studier, på fritiden, i hemmet
3. Ökad fysisk aktivitet
4. Förbättrad upplevelse av hälsorelaterad livskvalité
5. Förbättrad hantering av den långvariga smärtan och dess konsekvenser
6. Ökad kunskap och förståelse av smärtupplevelsen vid långvarig smärta
7. Ökad kunskap hos närstående om långvarig smärta, dess konsekvenser samt hanteringsstrategier genom att erbjuda möjlighet att närvara i rehabiliteringen

### Inklusionskriterier:

Deltagarna i smärthanteringsprogrammet ska:

1. Vara medicinskt färdigutredd för sitt smärttillstånd, ha förstått sin diagnos och inte ha annan medicinsk utredning eller pågående sjukdom som utgör ett hinder.
2. Företrädesvis vara i åldern 18-67 år eller undantagsvis äldre individer som bedöms kunna tillvarata programinnehållet (individuellt bedömning görs på enheten).
3. Kunna förstå och göra sig förstådd på svenska
4. Kunna fungera i och lära sig färdigheter i grupp
5. En eventuellt insatt smärtmodulerande behandling med läkemedel eller annan metod bör vara utvärderad och stabil och inte innebära ett hinder för ett aktivt deltagande i programmet.
6. I de fall patienten medicinerar med opioida läkemedel skall nedtrappningsplan initieras vid utredning så patienten före programstart har en dos som inte innebär medicinskt allvarliga risker eller är ett hinder för deltagande. (Bedöms av programansvarig läkare)

7. Vara bosatt inom förvaltningens gränser eller enligt överenskommelser mellan de specialiserade enheterna
8. Ha en målsättning och motivation till eget förändringsarbete som är adekvat i förhållande till det SHP I kan erbjuda
9. Kunna delta i dagvårdsverksamhet, enligt programmets schema ca 5-7 h/dag i 5veckor
10. Kunna vara aktiv och delaktig i rehabiliteringsprocessen för att kunna återta en meningsfull tillvaro i livets olika situationer såsom familjeliv, samhällsliv, arbete eller studier.
11. Kunna vara aktiv i rehabiliteringsprocessen för att kunna uppnå sina mål samt vara delaktig i att sätta relevanta mål.

### Exklusionskriterier

1. Akut psykiatrisk sjukdom eller akut kris
2. Svårigheter att härbärgera och hantera starka känslor som kan leda till känslomässiga utbrott eller självskadebeteende.
3. Svårigheter med interpersonella relationer
4. Hälsorisker av andra medicinska skäl.
5. Substansberoende av alkohol, narkotika och narkotikaklassade läkemedel.
6. Sociala och/eller ekonomiska svårigheter eller bristande omgivande stöd som hindrar patienten från att fokusera på eget förändringsarbete.
7. Om adekvata åtgärder tidigare har givits i stor omfattning utan hållbar förbättring är deltagande i SHP I i regel ej indicerad.

### Överflyttningskriterier:

Överflyttning sker om teamet under SHP I bedömer att patienten inte kan tillgodogöra sig programmet på grund av behov av behandling på annan vårdenheter, till exempel psykiatri. Beslut om överflyttning fattas av medicinskt ansvarig som remitterar till lämplig vårdenheter. Det är lämpligt att teamet erbjuder uppföljande återbesök för vidare planering efter att sådan vård har genomförts.

### Utskrivning/avslut/avbrytande av SHP I

Utskrivning sker när intensivfasen i SHP-I (5 veckor) är fullföljd. Programmet som helhet avslutas vid uppföljning som sker ca 9 veckor efter intensivfasen. Här avslutas patienten i regel också på kliniken. Vid behov av fortsatt stöd från vården remitteras patienten till primärvården eller annan remittent i enlighet med epikrisen. Kortvarigt kan programdeltagaren ha enstaka kontakter med någon i teamet. Detta bedöms individuellt.

Utskrivning kan även ske om rehabiliteringen avbryts på deltagarens eller teamets begäran.

1. På deltagarens egen begäran:

All behandling är frivillig. Innan deltagaren skrivs ut är det av största vikt att utreda orsaken till önskan om utskrivning, så att eventuella missförstånd eller missförhållanden kan rättas till

2. På teamets begäran:

Deltagaren kan mot sin vilja skrivas ut vid följande omständigheter:

a) Missbruk av narkotikaklassade läkemedel, alkohol eller narkotika

b) Deltagaren medverkar inte aktivt i utformningen eller genomförandet av den individuella rehabiliteringsplanen (IRP)

c) Frånvaro hela första veckan av programmet eller frånvaro som är så frekvent att deltagaren inte bedöms tillgodogöra sig programmets innehåll. Teamet bedömer om ny rehabperiod skall erbjudas.

d) Deltagaren uppvisar ett uppenbart störande beteende i gruppen, exempelvis kan ej hantera/härbärgera starka känslor eller uppvisar stora svårigheter i interpersonella kontakter.

Teamet ansvarar för att patienten snarast informeras om teamets beslut. Om osäkerhet råder, informerar teamet om vilket beteende som upplevts problematiskt och vad som, vid upprepning, kommer att leda till utskrivning. Vid behov av att patienten remitteras för annan typ av vård ansvarar teamets läkare för att detta sker.

### **Programmets bakgrund**

Inom behandling av långvarig smärta vill man kartlägga vilka konsekvenser olika sätt att bemöta smärtupplevelsen får för livsföringen och försöka påverka dessa. Olika sätt att bemästra smärta får olika konsekvenser. Vissa människor anpassar sig till nya förutsättningar så att smärtan inte allvarligt hindrar dem i deras livsföring. Andra blir avsevärt begränsade inom olika områden i livet.

I studier av personer med långvariga smärttillstånd har man funnit att rehabiliteringen med fördel sker i grupp. Detta innebär att deltagarna kan lära sig av varandras erfarenheter. Man kan utnyttja skilda synsätt för att nå alternativa tolkningar av olika situationer samtidigt som gruppen kan användas till att åskådliggöra ett flertal sätt att reagera och kommunicera. Möte med andra i samma situation skapar också en igenkänning, bekräftelse och normalisering av den enskildes reaktioner.

Våra team arbetar interdisciplinärt, dvs. mot gemensamma mål och med samordnad strategi. I teamet ingår arbetsterapeut, kurator, läkare, fysioterapeut och psykolog.

Smärthanteringsprogrammet har sin grund i kognitiv beteendeterapi (KBT) och i Acceptance Commitment Therapy (ACT). Teamets arbetssätt är kognitivt - beteendeterapeutiskt inriktat, med tonvikt på hur deltagaren fungerar "här och nu" i vardagssituationer.

### **Uppstartsfas**

Uppstartsfasen innehåller fyra träffar under tre veckor. En grupp om 8-10 deltagare börjar samtidigt och följs åt under resten av programmet. Rehabiliteringen kräver deltagarnas aktiva medverkan. Vid första tillfället informeras deltagarna om programmets mål och innehåll, om vem i teamet som är teamledare samt praktisk information om schema, lokaler, resor etcetera. Deltagarna får även information om sina rättigheter och vart de kan vända sig vid problem eller klagomål. Läkaren har en föreläsning om skillnad mellan akut och långvarig smärta samt uppkomstmekanismer till långvarig smärta. De övriga tre tillfällena får deltagarna aktivt arbeta med bland annat avspänning, målformulering och utifrån egen aktivitetsdagbok, börja reflektera över sin aktivitetsstruktur.

### **Intensivfas**

Intensivfasen innebär dagvård två till fyra dagar i veckan, cirka sex timmar per dag, med 18 dagar på kliniken samt sju tillämpningsdagar i hemmet under fem veckor.

Under första veckan lägger deltagaren tillsammans med delar av teamet upp en individualiserad rehabiliteringsplan (IRP), utifrån det målformuleringsarbete som påbörjats under uppstartsfasen. Rehabiliteringsplanen anpassas efter deltagarens förutsättningar, behov och rehabteamets resurser. Den innehåller såväl långsiktiga mål som delmål för den aktuella rehabiliteringsperioden. Programmet har tonvikt på ökad kunskap, hjälp till självhjälp och har ett salutogent förhållningssätt, det vill säga ser till deltagarens friska sidor förmågor och resurser. Den fysiska och aktivitetsbaserade träningen är individualiserad.

### De olika teammedlemmarna:

- **Kuratorn** träffar deltagaren individuellt och i grupp med fokus på psykosocial situation, arbete, relationer, socialrättsliga frågor, ekonomi och försäkringsfrågor. Samtalet förbereder även inför avslutande individuell rehabplanering där en hållbar planering framöver avseende arbete/studier/sysselsättning sker.
- Med **arbetsterapeuten** är fokus ökat utförande av värdefulla aktiviteter i vardagen. Det kan handla om att få en ökad medvetenhet om det egna aktivitetsmönstret eller att ta bort hinder och öka stöttande faktorer i relation till aktivitet, arbete och studier. Upplevelsebaserad inlärning är en del av programmet där deltagaren får träna på att uppmärksamma och utmana invanda beteenden i aktivitet.
- **Läkaren** träffar deltagaren läkare vid ett par tillfällen under programmet, dels vid föreläsningar om långvarig smärta och individuellt. Läkarens uppgift är att ge en ökad förståelse för den komplexa smärtupplevelsen samt hur långvarig smärta uppstår. Vidare kan läkaren hjälpa till att se över och vid behov fasa ut olämplig medicin samt lägga upp en plan för bättre sömn. Målet är en långsiktig plan för arbete/studier.
- **Psykologens** arbete baseras på Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vilket är en form av Kognitiv beteendeterapi (KBT). Det övergripande syftet är att deltagaren ska få ökad förmåga att aktivt kunna välja hur hen agerar i olika situationer för att leva i enlighet med sina värden och mål. Genom upplevelsebaserade övningar och hemuppgifter prövar deltagaren olika förhållningssätt till tankar och känslor och tränar på att förändra sitt beteende.
- Med **fysioterapeuten** tränar deltagaren tillit till att belasta kroppen, att kunna använda sin kropp och vara aktiv i vardagen. Målet är att optimera fysisk aktivitet utifrån patientens värderade riktning, att få ökad medvetenhet och flexibilitet runt hållnings- och rörelsemönster. Deltagaren arbetar med att återta kroppsliga funktioner: rörlighet, symmetri, balans och stabilitet.

Teamkonferens hålls regelbundet. Där diskuteras och redovisas förloppet för varje deltagare.

De närståendes engagemang och medverkan är en viktig förutsättning för rehabiliteringen. Närstående kan av deltagaren inbjudas till närståendeträff med information och diskussion om hur de på bästa sätt kan bidra till deltagarens rehabilitering.

Vid behov kan rekommendation om psykologisk, social och/eller själavårdande rådgivning ges. I intensivfasen utvärderar deltagaren tillsammans med teamet rehabiliteringsperioden och sina mål vid IRP sista veckan. Handläggare från försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsgivare, företagshälsovård, fack, juridiskt ombud och eventuell närstående kan närvara vid behov om deltagaren samtycker. En ny individuell rehabiliteringsplan för tillämpningsfasen upprättas.

En sammanfattande epikris skrivs och skickas inremitterande läkare samt i vissa fall till Försäkringskassan. Patienten kan läsa epikrisen via Mina sidor på 1177.se.

### Tillämpningsfas

Under tillämpningsfasen (9 veckor) förväntas deltagaren att aktivt tillämpa nya kunskaper och strategier utifrån sin plan i sin vardag, i hemmiljön, arbetet och fritiden.



## 9-veckorsuppföljning och avslutning

Tillämpningsfasen avslutas med två uppföljningsdagar efter 9 veckor.

I samband med uppföljning och avslut av programmet gör teamet tillsammans med deltagaren en samlad bedömning av rehabiliteringsperioden; vilka mål som uppnåtts, vilka som inte uppnåtts och hur man kan nå ökad måluppfyllelse. För deltagare som återgått till arbete eller arbetsträning läggs stor vikt vid uppföljning av hur detta fungerat. Även vid uppföljningen kan handläggare från försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsgivare, företagshälsovård och eventuell närstående närvara om deltagaren samtycker. Resurser och förmågor, liksom hinder och besvär sammanvägs rörande deltagarens arbetsförmåga på kort och lång sikt. En avslutande plan, som innehåller teamets rekommendationer och vad som är viktigt att gå vidare med, upprättas i samråd med deltagaren.

Remiss skickas till den läkare som har ansvar för patientens fortsatta uppföljning.

## 1-årsuppföljning

Ytterligare en uppföljning sker ett år efter avslutat program i form av ett brev till med frågeformulär samt valida och reliabla självskattningsinstrument.

## UTVÄRDERING

Åtta mätbara målfaktorer registreras vid inskrivning och utskrivning i programmet samt vid 1-årsuppföljningen. Resultaten databearbetas, utvärderas och återförs till teamen och ledning, möjlighet till nationella jämförelser finns. Härigenom sker kontinuerligt förbättringar av programmet i syfte att öka graden av måluppfyllelse. Effektiviteten bedöms som graden av måluppfyllelse ställt i relation till vårdprogrammets behandlingsintensitet och längd. Mått av effektivitet vad gäller optimal utnyttjande av resurser bedöms som graden av måluppfyllelse ställt i relation till kostnaden per vårdtillfälle. Patientenkät angående tillfredsställelse med programmet besvaras, skriftligt i programvecka 2 (anonymt) och vid programavslut, vecka 5. Synpunkterna från patienterna är värdefulla och påverkar programmets utformning. Resultatmåttan kan också användas för förbättringsåtgärder avseende programmets utformning.

### Mätbara målfaktorer

1. Återgång till arbete, arbetsträning eller studier (NRS; frågor och cirka vart 3:e år data från Försäkringskassans register)
2. Öka upplevd aktivitet och delaktighet (NRS; SF-36, MPI-S, EQ-5D, CPAQ)
3. Minska störningar i livsföring p.g.a. smärta (NRS; MPI-S)
4. Förbättrad upplevd hälsa (NRS; SF-36, EQ5D)
5. Minskad användning av narkotikaklassade läkemedel (Läkemedelsregistret)
6. Optimera sjukvårdskonsumtion (NRS fråga)
7. Minska Smärtintensitet (NRS; Numeric Rating Scale och MPI-S)
8. Öka Acceptans (NRS; CPAQ=villighet att känna smärta och engagemang i aktivitet)

## FORSKNING OCH UTVECKLING

Vårt program ingår i ett nationellt kvalitetsregister över smärtrehabilitering (NRS) och vi deltar aktivt i den samordnande analysgrupp som leder utvecklingen av registret. Vi bedriver forskning inriktad på följande områden: förekomst av narkotiska läkemedel och arbetssätt för att minska intaget i denna patientgrupp, relevans av utvärderingsinstrument avseende rörelsekvalitet, hur upplevelse och tillfredsställelse med aktivitetsmål, psykosocial funktion och funktionshinder skattas av olika subgrupper till exempel avseende kön och ålder. Dessutom analyseras viktiga delkomponenter i smärtrehabiliteringen. Åtgärder avseende förbättringar

görs kontinuerligt enligt förbättringsplaner. Dessa består av problembeskrivningar, åtgärdsförslag och uppföljning av åtgärder. Förändringar i programmet diskuteras på gemensamma möten och beslut fattas av enhetschefen. I frågor som rör medicinska överväganden fattas beslut i samråd med programmets medicinskt ansvarige läkare. I frågor som påverkar organisationen i sin helhet, eller berör andra enheter i organisationen, tas beslut av verksamhetschefen efter diskussion med enhetschef och (vid behov) diskussion i ledningsgruppen.

Förändringar i programmet baseras på utvärderingsresultat, forskningstillämpningar, olika intressenters åsikter, ekonomiska omständigheter och andra strategiska överväganden på enhets- och organisationsnivå. Vi tar aktiv del i att utveckla och utvärdera nya rehabiliteringsprogram. Vårdprogram för nya grupper av patienter med identifierade rehabiliteringsbehov utarbetas successivt.

## RESULTAT

### Snabbfakta

År 2019 genomförde Smärtrehabilitering i Lund 875 utredningar.  
Av dessa gjordes 561 utredningar i team med läkare, sjukgymnast och psykolog.

### Statistik baserat på vårt kvalitetsregister (NRS) visar att:

79 % av patienterna som genomgick teamutredning remitterades till enheten från Primärvården.

14 % remitterades från sjukhuset.

Andel kvinnor som fullföljde ett rehabiliteringsprogram var 79 %

Andel män som fullföljde ett rehabiliteringsprogram var 21 %

Andel kvinnor som enbart utreds eller hade enstaka återbesök var 73 %

Andel män som enbart utreds eller hade enstaka återbesök var 27 %

Andel patienter som p.g.a. smärta träffat läkare vid 4 eller fler tillfällen under året innan besök på vår enhet var 71 %

Medelålder för de som fullföljde något av våra rehabiliteringsprogram var 43 år.

Av de som avslutade rehabilitering år 2018 hade som första diagnos:

36 % Fibromyalgi

20 % Nackrelaterad smärta

38 % Långvarig smärta

7 % Ländryggsmärta

14 % Andra smärtrelaterade diagnoser

### Resultat vid avslut

### Resultat vid avslut av rehabilitering (2019)

92 % uppger att deras sätt att hantera livet har förbättrats efter rehabilitering

43 % uppger att deras smärtupplevelse har minskat efter rehabilitering

48 % uppger mindre eller ingen oro/ängslan efter rehabilitering

76 % uppger mindre eller ingen nedstämdhet efter rehabilitering



## Patienttillfredsställelse

Andel som uppger att de:

Varit <b>mycket</b> nöjd med personalens bemötande	86 %
Varit <b>mycket</b> nöjd med eget inflytande i planeringen av sin rehabilitering	54 %
Tyckte att rehabteamet samarbetade <b>mycket</b> bra	74 %

## Resultat efter 1 år

### Resultat ett år efter avslut av rehabilitering (2018), jämförelse med den tidpunkt de kom i kontakt med enheten

92 %	uppger att deras förmåga att hantera sin livssituation har förbättrats
54 %	uppger att deras smärtupplevelse har minskat
25 %	uppger att den fysiska funktionen har förbättrats
22 %	uppger att de haft 4 eller fler läkarbesök året
66 %	uppger mindre oro/ängslan
45 %	uppger mindre nedstämdhet

Fullständig rapport går att läsa på:

<http://www.ucr.uu.se/nrs/nrs-specialistvard/arsrapporter-specialistvard>