



Rev 20161125 CMo

Smärthanteringsprogram – Lågintensivt (SHP L)

Behandling av smärta och dess följder samt funktionsstörningar i rörelseapparaten har en lång tradition på lasarettet i Lund. Enheten för fysikalisk medicin skapades 1959 med anknytning till sjukgymnastutbildningen vid Lunds universitet. 1962 startade rehabiliteringskliniken sin verksamhet i Lund.

Det råder enighet, både internationellt och nationellt, om att såväl analys som behandling av patienter med långvariga ickemaligna smärttillstånd bör ske interdisciplinärt (med representanter från ett flertal discipliner med gemensamma målsättningar), då smärttillståndet i sig (smärtekärnan) endast är en del av problematiken. 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.

A. FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH MÄNNISKOSYN

Genom den moderna 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.

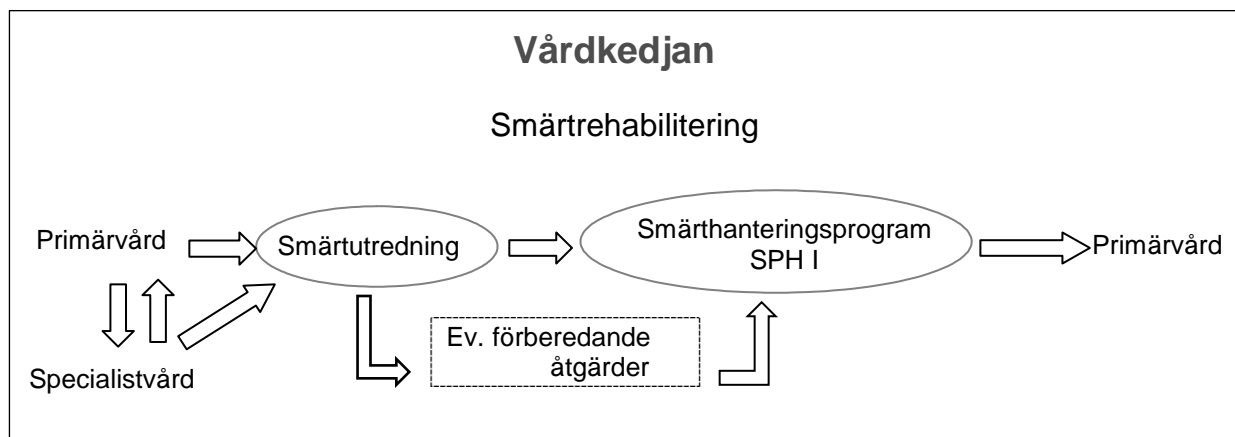
Patienter med långvarig smärta bör först genomgå en noggrann medicinsk utredning i primärvården, vid behov även av organspecialist såsom till exempel ortoped eller reumatolog, för att behandla eventuellt bakomliggande sjukdom. När patienterna kommer till smärtrehabilitering är sådana undersökningar i 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 L får patienterna hjälp till självhjälp, de får lära sig hur de kan öka sin aktivitet och delaktighet och förbättra sin livskvalitet och på olika sätt hantera den långvariga smärtans konsekvenser. Behandlingen i programmet bygger på kognitiv behandlingsterapi (KBT) och Acceptance Commitment Therapy (ACT).

B. ROLL OCH PLATS I VÅRDKEDJAN

Av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU's) rapport "Metoder för behandling av långvarig smärta" (2010) framgår att förekomsten av svår långvarig smärta i befolkningen är i storleksordningen 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 sjukskrivningar, förtidspensioneringar, sjukvård, produktionsbortfall mm.

Vår ambition är att patienter med långvariga icke-maligna smärttillstånd ska genomgå lämplig utredning på vår enhet för smärtherehabilitering 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 remittenter, 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 beteendevetare ingår. Vid denna bedömning 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 tre till sex veckor före smärtutredning. Vid remissretur ges förklaring till retur och eventuellt förslag till medicinska åtgärder. Målsättningen avseende väntetiden är att hålla vårdgarantin.

C. SYFTE

Syftet med utredning och rehabilitering vid Smärtherehabilitering i Lund 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. Dessutom är SHP L inriktat på att patienten skall kunna återta och/eller behålla arbete eller studier.

D. MÅLGRUPP

Målgruppen för lågintensiv smärtherehabilitering är patienter med långvarig icke-malign smärta som har eller riskerar att utveckla ett tillstånd som innebär att smärtan påverkar förmåga till arbete eller studier samt något annat för individen viktigt livsområde.

E. 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.

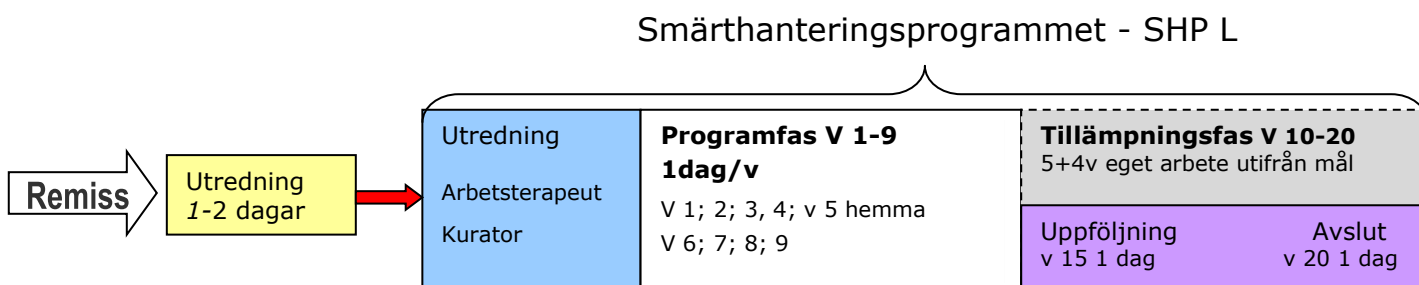
Innehåll

Smärtutredningen sker antingen genom en teamutredning där patienten under 1 dag träffar läkare, psykolog samt sjukgymnast eller genom sambedömning där patienten träffar en läkare - sjukgymnast som sedan kan kompletteras med psykologbedömning. Efter skriftligt medgivande från patienten inhämtar teamet information om tidigare sjukvårdskontakter och behandlingar genom att läsa journaler, röntgenutlåtanden, laboratorielistor mm. 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 en närstående skrivs en individuell planering för fortsatt utredning, behandling, rehabilitering och/eller egen smärthantering. Stor hänsyn tas till patientens egna förväntningar, behov och intressen.

För de patienter, där teamet rekommenderar smärthanteringsprogram-lågintensivt SHP L skall utredningsteamet se till att patienten sätts upp på avsedd väntelista. Utredningsteamet ansvarar för att alla åtgärder som skall vara klara före kallelse till program är utförda. Därefter ger sjuksköterskan klartecken till programkoordinator som ser till att skriftlig kallelse till lämplig programperiod skickas ut tillsammans med bokad tid för kompletterande utredning hos arbetsterapeut och kurator. Patienten som tackar ja erbjuds också hjälp med särskilt läkarintyg för förebyggande sjukpenning till beslutsunderlag för Försäkringskassan. Utredningen hos kurator och arbetsterapeut fokuserar särskilt på att utreda hinder och resurser vad gäller förmåga till arbete eller studier men utreder även aktivitet och delaktighet i andra livsområden. Sammanfattningar av teamutredning och kompletterande utredningar används som underlag för patientens målarbete under SHP L. Programmet räknas genomföras 5-6 gånger per år.

Flödesbeskrivning



F. SMÄRTHANTERINGSPROGRAM – Lågintensivt

Målsättning

1. Höja aktivitet och delaktighet i för individen värdefulla delar av livet.
2. Ökad förmåga att delta i olika vardagliga aktiviteter, t ex i arbete/studier, på fritid, i hemmet.
3. Förbättrade strategier för att vara fysiskt aktiv.
4. Förbättrad upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet.
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

Deltagare i smärthanteringsprogram ska:

1. Vara medicinskt färdigutredd för sitt smärttillstånd, ha förstått sin diagnos och inte ha annan medicinsk utredning eller pågående sjukdom eller funktionsnedsättning som utgör ett hinder.
2. Företrädesvis vara i åldern 18-67 år
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.

Deltagare i program SHP L ska:

1. Ha en målsättning och motivation till eget förändringsarbete som är adekvat i förhållande till det SHP L kan erbjuda.
2. Kunna delta i dagvårdsverksamhet, ca 5-7 timmar dagtid 1ggr/v 10 tillfällen under programperioden på ca 20 veckor.
3. Kunna vara aktiv i rehabiliteringsprocessen för att kunna återta och/eller behålla arbete eller studier samt vara delaktig i att sätta mål inom andra betydelsefulla livsområden.
4. Kunna närvara parallellt med behandlingsperioden i pågående arbete eller studier.
5. Ha förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig och självständigt tillämpa och utföra tekniker som lärs ut i programmet samt ta ansvar för daglig träning av dessa.

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. Pågående missbruk 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 L i regel ej indicerad.

Överflyttningskriterier

Överflyttning sker om teamet under SHP L bedömer att patienten inte kan tillgodogöra sig programmet på grund av behov av behandling på annan vårdenheter, t ex psykiatrisk enhet. 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 L

Utskrivning sker när programmet som helhet också avslutas d.v.s. då gruppträff 10 är fullföljd (cirka 20v efter start).

Här avslutas patienten i regel också på kliniken. Vid behov av fortsatt stöd från vården remitteras brukaren till primärvården eller annan remittent i enlighet med epikrisen. Kortvarigt kan brukaren 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 sessionerna eller i genomförandet av hemuppgifterna
- c) Vid frånvaro de första tre tillfällena, eller frånvaro som är så frekvent att deltagaren inte bedöms tillgodogöra sig programmets innehåll. Teamet bedömer om en ny rehabperiod skall erbjudas.
- d) Deltagaren har ett så störande beteende, svårigheter att härbergera och hantera starka känslor och/ eller uttalade svårigheter med interpersonella relationer.

Teamet ansvarar för att patienten snarast informeras om teamets beslut. Om osäkerhet råder, informerar teamet om vilket beteende som upplevs 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.

Vårt team arbetar interdisciplinärt, d.v.s. mot gemensamma mål och med samordnad strategi. I teamet ingår arbetsterapeut, kurator, sjukgymnast, psykolog och läkare.

Smärthanteringsprogrammet har sin grund i kognitiv beteendeterapi (KBT) och i Acceptance Commitment Therapy (ACT) och det består av en programfas, en tillämpningsfas med en uppföljningsträff och en avslutande träff. Varje grupp består av ca 10 deltagare. Individuella behov kan beaktas och innebära extra möten på arbetsplats, på kliniken tillsammans med andra samverkande aktörer såsom primärvårdsläkare eller företagshälsovård.

Programfasens innehåll:

Sjukgymnast och psykolog deltar i varje gruppträff. Kurator och arbetsterapeut deltar enligt schema vid gruppstillfällena eller med individuella insatser mellan träffarna enligt individuell rehabiliteringsplanering. Varje yrkesgrupp skriver journalanteckningar vid för rehabiliteringen avgörande händelser och bidrar tillsammans med en gemensam sammanfattning av rehabiliteringsperioden.

Arbetsterapeuten informerar om hanteringsstrategier för att förbättra agerandet i vardagens aktiviteter. Det finns även möjlighet till arbetsplatsbesök.

Kuratorn fokuserar på stöd och insatser för optimering av anställnings- eller studiesituationen; informerar om hur sjukförsäkringssystemet fungerar samt övrig samhällsinformation. Kuratorn arbetar också med frågor om smärtans sociala konsekvenser.

Sjukgymnasten arbetar med att genom träning i att vara närvarande och observera kroppen_lära ut ett varierat rörelsemönster och en ökad fysisk aktivitet som ger möjlighet att göra det som känns viktigt.

Psykologen redogör för hur tankar och känslor påverkar agerandet. Utifrån det jobbar man tillsammans för att styra agerandet i riktning mot ett mer värdefullt liv med smärtan.

Läkaren föreläser under första programveckan om smärtfysiologi, sömn och läkemedel samt vid anhörigträff. Enstaka kortare individuella samtal kan vid särskilt behov erbjudas. Dessutom ansvarar läkaren för den förebyggande sjukskrivningen, remisser vid avslutningen och för medicinska frågor under programmet.

Under programfasen kan också individuellt planerade avstämningsmöten eller arbetsplatsbesök enligt rehabiliteringsplanen ske med en eller flera medlemmar i teamet.

Avstämningsmöten med andra aktörer sker med patient och de aktuella yrkesgrupper som behövs vid tillfället. Läkare deltar endast undantagsvis i dessa möten. I största möjliga utsträckning sköts kontakterna från vårt team direkt med inremitterande läkare, arbetsgivare och/eller företagshälsovård när det gäller arbetsrelaterade frågor.

Teamkonferenser sker 1ggr/v utan patienter med teamets alla yrkesgrupper. Målplanering sker tillsammans med patienterna och sker i grupp.

Gruppträff 1:

Introduktion av programmet, presentation av team och av deltagarna. (PS, AT, Q, Sg)

Regler för träffarna och förväntningar på programmet.

Smärtfysiologi; läk

Kreativ hopplöshet ps

Livskompassen ps

Gruppträff 2:

Smarta mål

Livskompass Ps

Att sätta mål livsområde Sg, Ps

Att sätta mål arbete/studier AT; Q

Vardagsrevidering AT

Arbetsliv introduktion Q

Gruppträff 3:

Mindfulness- medveten närvaro Ps

Mål uppföljning arbete med de individuella förändringsmålen.

Medveten närvaro i fysisk aktivitet SG

Vardagsrevidering AT i aktivitet

Kurator individuellt 30 min 3 pat.

Gruppträff 4:

Acceptans Ps

Mål uppföljning Arbete med de individuella förändringsmålen.

Kroppsscanning i fysisk aktivitet SG träning halvgrupp

Filmning i aktivitet och reflektion AT halvgrupp

Kurator individuellt 30 min 3 pat.

1-2 hemmaveckor: tillämpa specifika hemuppgifter

Gruppträff 5:

Kognitiv defusion Ps

Mål uppföljning Arbete med de individuella förändringsmålen.

Flexibilitet och Variation i fysisk aktivitet SG träning halvgrupp

Filmning i aktivitet och reflektion AT halvgrupp

Kurator individuellt 30 min 2 pat.

Gruppträff 6:

Anhörigträff

Kort presentation av programmet och kliniken.

Läkare förmedlar kunskap om långvarig smärta, smärtfysiologi och dess konsekvenser och behandling samt svarar på frågor från anhöriga.

ACT teori/byta riktning värdefullt liv

Hur har smärtan påverkat er som familj? Anhöriga och deltagare samtalar i separata grupper.

Diskussion familjevis och i gruppen om vad man tillsammans kan göra för att byta riktning mot ett värdefullt liv.

Gruppträff 7:

Engagerad handling; Ps

Mål uppföljning Arbete med de individuella förändringsmålen.

Utmaning i fysisk aktivitet SG träning i halvgrupp

Utmaning i arbete och vardagsaktivitet AT halvgrupp

Kurator individuellt 30 min 2 pat.

Gruppträff 8:

Engagerad handling forts Ps

Mål uppföljning Arbete med de individuella förändringsmålen; stegring

Utmaning i fysisk aktivitet forts SG träning i halvgrupp

Vardagsrevidering och utmaningar i arbetsituationen AT halvgrupp

Tillämpningsfas

Under tillämpningsfasen som är cirka 9 veckor tillämpar deltagarna det de lärt sig under programfasen och följer sin målplanering avseende de förändringsmål de arbetat med. En gruppträff à 7 timmar sker efter 5 veckor cirka v15. Under tillämpningsfasen kan också individuellt planerade avstämningsmöten med Försäkringskassan eller andra relevanta aktörer eller vid behov arbetsplatsbesök.

Gruppträff 9:

Vidmakthållande av nya färdigheter och återfallsprevention.

Vilka risksituationer finns och vad jag kan göra om jag får ett återfall.

Mål uppföljning Arbete med de individuella förändringsmålen.

Uppföljning av utmaningar och stegring i vardag, arbete och fysisk aktivitet SG; AT; Q

Uppföljning och AvslutGruppträff 10:

Den sista träffen har vi cirka v 20 som följer upp och avslutar tillämpningsfasen och hela programmet. Vi diskuterar eventuella svårigheter samt hur var och en kan gå vidare.

Vidmakthållande av nya färdigheter och återfallsprevention.

Mål uppföljning Utvärdering av de individuella förändringsmålen.

Nya mål på längre sikt?

Utvärdering/avstämningsmöten

Avslut

Gruppdeltagarna fyller i självskattningsformulär. Vi informerar om att vi gör en sammanfattning om hur det gått i programmet, var de står nu och hur de planerar att gå vidare. Vi tar också reda på vem deltagarna vill att vi skickar en journalkopia till förutom till dem själva. Deltagarna informeras om att de avslutas på kliniken, att remiss skickas till den läkare som har ansvar för deltagarens fortsatta uppföljning och att utredande läkare får besked på att deltagaren nu avslutat programmet.

1-årsuppföljning

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

G. UTVÄRDERING

Åtta mätbara målfaktorer registreras vid inskrivning och utskrivning i programmet samt vid ettårsuppföljningen. 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 optimalt utnyttjande av resurser bedöms som graden av måluppfyllelse ställt i relation till kostnaden per vårdtillfälle. Patientenkät angående tillfredsställelse med programmet besvaras skriftligt i vecka 2 (anonymt) och vid utskrivningen. Åtgärder som utförs i samband med patientenkäter noteras av teamledaren i dagboksanteckningar. Synpunkterna från patienterna är värdefulla och påverkar programmets utformning, resultatmåttan bör också användas för förbättringsåtgärder avseende programmets utformning.

Mätbara målfaktorer

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

H. FORSKNING OCH UTVECKLING

Det har länge varit önskvärt att beskriva smärtrehabiliteringens olika verksamhetsformer i landet och att hitta kvalitetsindikatorer som gör det möjligt att fastställa standards och jämförelser mellan olika program. Vårt program ingår numera 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: relevans av utvärderingsinstrument avseende rörelsekvalitet, hur upplevelse och tillfredsställelse med aktivitetsmål, psykosocial funktion och funktionshinder skattas av olika subgrupper t ex 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 sektionschefen (programchef). 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 sektioner i organisationen, tas beslut av verksamhetschefen efter diskussion med sektionschef och (vid behov) diskussion i ledningsgruppen.

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

I. RESULTAT

Visas separat