

Granskning av behandling av patienter med långvarig smärta

Granskningsrapport till revisionen i Region Jämtland Härjedalen

Mars 2019

Capire

Dag Boman

Thomas Karte

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	3
2	GENOMFÖRANDE OCH UPPDRAG	4
2.1	BAKGRUND OCH UPPDRAG	4
2.2	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	6
3	ALLMÄNT OM LÅNGVARIG SMÄRTA	6
4	VÅRDEN AV PATIENTER MED LÅNGVARIG SMÄRTA I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	8
4.1	NULÄGE OMFATTNING	8
4.2	PLANERING OCH GENOMFÖRANDE	10
4.3	UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING	14
4.4	ANSVARIG ORGANISATION	16
4.5	POLITISKA STYRSIGNALER	18
5	SLUTSATSER OCH BEDÖMNINGAR	19
5.1	IAKTTAGELSER I SAMMANFATTNING	19
5.2	BEDÖMNING AV ÖVERGRIPANDE FRÅGA	19
5.3	REKOMMENDATIONER	20

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen har uppdragit till Capire att göra en granskning av behandling av patienter med långvarig smärta. Granskningen har genomförts genom dokumentanalys samt djupintervjuer med företrädare för hälso- och sjukvårdens ledning, primärvård och specialistvård. Granskningen har genomförts under perioden januari till februari 2021.

Det övergripande syftet med granskningen är att svara på om hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillfredsställande planering, uppföljning och kontroll av att den vård som erbjuds patienter med långvarig smärtproblematik är ändamålsenlig.

Bedömning av övergripande fråga

Vår samlade bedömning är att Region Jämtland Härjedalen inte bedriver ett systematiskt och ändamålsenligt arbete gentemot patienter med långvarig smärta. Resurserna har totalt sett inte avvägts mot patientgruppens behov. Det saknas också, särskilt inom primärvården, en aktiv uppföljning av vilka insatser som vidtas och vilka resultat som uppnås. Förutsättningarna för en adekvat vård varierar mellan hälsocentralerna vilket medför risker för att vården av patientgruppen inte är jämlik.

Vi bedömer samtidigt att den uppgradering av kunskapsläget som är aktuell nationellt och regionalt kan lägga grunden för ett ökad fokus på den samlade vården för denna målgrupp. Detta har även uppmärksammats av hälso- och sjukvårdsnämnden som beslutat att organisation, uppdrag, arbetsuppgifter och kompetenskrav ska ses över.

Bedömning av delfrågor

Våra bedömningen avseende ställda revisionsfrågor är följande:

1. *Har en behovsanalys genomförts för denna patientgrupp?*
 - a. *Finns en samlad bild över hur tillgängligheten ser ut, till exempel väntetider till smärtmottagning?*
 - b. *Sker en tillfredsställande kunskapsinhämtning om evidensbaserade behandlingsmetoder?*

Vår bedömning är att regionen hittills inte systematiskt har vinnlagt som om att tillskapa en samlad bild av patientgruppens behov och tillgänglighet till adekvat vård. Tillbudsstående kunskapsunderlag, som dock bedöms ha brister, används i hög utsträckning.

2. *Finns en planering av hur behovet ska tillgodoses?*
 - a. *Finns utarbetade vårdprogram eller behandlingsriktlinjer som utgår från evidensbaserad kunskap?*
 - b. *Genomförs utbildningsinsatser?*
 - c. *Har en resursplanering genomförts med koppling till en behovsanalys?*

Vår bedömning är att det tillsvidare inte sker någon regiongemensamt strukturerad eller målmedveten planering av resurser och utbildning som säkerställer en adekvat vård till målgruppen. Positivt är att nya vårdprogram och behandlingsriktlinjer är under utveckling nationellt och regionalt.

3. *Sker någon uppföljning och kontroll över att verksamheten bedrivs i enlighet med fastställda vårdprogram?*

Vår bedömning är att tillämpningen av fastställda vårdprogram inte säkerställs från regionens sida genom särskilda uppföljningsinsatser. Uppgiften är ett ansvar för berörda professioner.

4. *Har behovet av fast vårdkontakt säkerställts i de fall sådant behov finns?*

Det finns regelverk i regionen som tydliggör att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen liksom patientlagen om fast läkar- respektive vårdkontakt ska tillämpas i verksamheten. Det är vår bedömning att det inte är möjligt, med nuvarande uppföljning, att fastställa i vilken omfattning kraven på fastvårdkontakt tillgodoses.

5. *Sker någon utvärdering och analys av de behandlingsresultat som uppnås?*

a. *Tillvaratas erfarenheter från patientföreningar och/eller patientnämnden i utvärdering och analys?*

Vår bedömning är att den sjukhusanslutna vården för patienter med långvarig smärta genomför en aktiv uppföljning av sina behandlingsresultat. Någon sådan samlad uppföljning inom primärvården existerar ej.

Erfarenheter från patienter har hittills inte strukturerat tagits tillvara, men HSN har fattat beslut om att patientrepresentanter ska inkluderas i det lokala programområdet -smärta.

6. *Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad vård?*

Vår bedömning är att upprätthållandet av den relativt tydliga ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialiserad vård försvåras genom kapacitetsbrister inom den sjukhusanslutna vården och genom att vårdkedjan för patienter med samsjuklighet inte tydliggjorts.

Rekommendationer

Som ett resultat av granskningen föreslår vi följande förbättringsåtgärder:

- Uppdaterade vårdprogram för vården av patienter med långvarig smärta är att vänta under en nära framtid. Dessa bör utgöra underlag för en kraftsamling med strukturerade insatser, kartläggning av målgruppens behov samt resurs- och produktionsplanering.
- En mer målmedveten och strategisk utbildningsinsats inom området långvarig smärta bör planeras och genomföras. Det kan ske inom ramen för ovan nämnda kraftsamling.
- Uppföljning av behandlingsresultat inom den aktuella vården i primärvården bör genomföras kopplat till nya vårdprogram. Det kan ske genom deltagande i register och/eller framtagande av regiongemensamma uppföljningsindikatorer.
- Samverkan mellan primärvård och sjukhusanslutna vård behöver förstärkas, exempelvis i form av gemensamma patientkonferenser.
- Vårdkedjan och ansvarsfördelningen för patienter som lider av samsjuklighet, exempelvis beroende, bör förtydligas så att flera patienter aktivt och framgångsrikt kan delta i program för smärtrehabilitering.

2 Genomförande och uppdrag

2.1 Bakgrund och uppdrag

2.1.1 Bakgrund

Med långvarig smärta menas att den varat i minst tre månader och ofta medfört inskränkningar i det dagliga livet. Den samhällsekonomiska kostnaden för långvarig smärta beräknades nationellt till 87,5 miljarder kronor (2003). Av dessa kostnader var 7,5 miljarder kronor vårdrelaterade kostnader och resterande indirekta kostnader i form av produktionsbortfall till följd av arbetsfrånvaro.

Det finns också en hög grad av samsjuklighet mellan långvarig smärta och psykiska problem, ofta att depression följer av smärtan. Långvarig smärta medför också sociala inskränkningar.

Patientnämnden har noterat brister i vården vid långvarig smärta. Bland annat upplever patienterna att deras smärta ifrågasätts, att de "bollas" mellan olika verksamheter samt brister i läkemedelsbehandlingen. Det finns även synpunkter på brister i tillgänglighet och långa väntetider till vård och behandling.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har tagit fram en rapport om långvarig smärta där slutsatser dras om vilka metoder för behandling av långvarig smärta som har evidensbaserat stöd, bland annat framhålls vikten av multiprofessionella team.

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av att regionen erbjuder patienter med långvarig smärta en evidensbaserad vård.

2.1.2 Syfte

Det övergripande syftet med granskningen är att svara på om hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillfredsställande planering, uppföljning och kontroll av att den vård som erbjuds patienter med långvarig smärtproblematik är ändamålsenlig.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor

1. Har en behovsanalys genomförts för denna patientgrupp?
 - a. Finns en samlad bild över hur tillgängligheten ser ut, till exempel väntetider till smärtmottagning?
 - b. Sker en tillfredsställande kunskapsinhämtning om evidensbaserade behandlingsmetoder?
2. Finns en planering av hur behovet ska tillgodoses?
 - a. Finns utarbetade vårdprogram eller behandlingsriktlinjer som utgår från evidensbaserad kunskap?
 - b. Genomförs utbildningsinsatser?
 - c. Har en resursplanering genomförts med koppling till en behovsanalys?
3. Sker någon uppföljning och kontroll över att verksamheten bedrivs i enlighet med fastställda vårdprogram?
4. Har behovet av fast vårdkontakt säkerställts i de fall sådant behov finns?
5. Sker någon utvärdering och analys av de behandlingsresultat som uppnås?
 - a. Tillvaratas erfarenheter från patientföreningar och/eller patientnämnden i utvärdering och analys?
6. Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad vård?

2.1.3 Avgränsning

Granskningen är avgränsad till primärvården.

2.1.4 Revisionskriterier

Avstämning av krav i nedanstående regelverk har skett:

- Kommunallagen (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Socialstyrelsens föreskrifter om ett systematiskt kvalitetsarbete
- Av regionfullmäktige beslutade uppdrag och policy

2.1.5 Ansvarig nämnd/styrelse

Ansvarig nämnd är hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN).

2.2 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen har omfattat analys av möteshandlingar, utredningar, rapporter, statistik och andra dokument. Djupintervjuer har genomförts med personer på lednings- och strategisk nivå inom hälso- och sjukvården samt med företrädare för närvårdsområden och hälsocentraler. Därutöver har intervjuer skett med representanter för område Hjärta, Neuro och Rehabilitering (HNR) inklusive smärtenheten vid Östersunds lasarett.

Sammanlagt har djupintervjuer genomförts med och/eller sakuppgifter inhämtats från 17 personer. Rapportens faktaavsnitt har varit föremål för granskning från berörda verksamheter.

Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden januari 2021 till februari 2021. Granskare är Dag Boman, uppdragsledare samt Thomas Karte, läkare, specialist i invärtesmedicin. Kontaktperson från regionrevisorerna har varit Jan-Olov Undvall.

3 Allmänt om långvarig smärta

Långvarig smärta - omfattning

Med långvarig smärta menas smärta som pågått längre än tre månader¹. Långvarig smärta kan bland annat förorsakas av vävnadsskador (nociceptiv smärta) och sjukdomar i nervsystemet (neuropatisk smärta). Sådan smärta kan över tid förorsaka förändringar i smärtsystemet (nociplastisk smärta). Det brukar i det senare fallet beskrivas som att smärtupplevelsorna sprids och vrids upp och även förorsakar ökad smärtekänslighet².

Samsjuklighet är vanligt förekommande bland patienter med långvarig smärta. Många drabbas av nedstämdhet och ångest. Patienterna riskerar att fastna i beteenden såsom undvikande av specifika rörelser, aktiviteter och sammanhang. Trötthet och upplevelse av försämrad förmåga till koncentration och minne är vanligt vilket kan dominera sjukdomsbilden vid långvarig smärta och påverka funktionsnivån negativt³. Många av patienterna är sjukskrivna.

Många kunskapsöversikter beskriver att smärttillstånd kan vara diffusa, svårlokaliserade och svårbehandlade. Detta har även bekräftats av intervjuer som genomförts inom ramen för denna granskning.

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kan vägen till effektiv hjälp vara lång. Långdragna besvär och misslyckade behandlingsförsök får också, enligt SBU, sociala och psykologiska följder, som en känsla av maktlöshet och förlorad värdighet⁴.

SBU beskriver att det existerar ett stort lidande och höga kostnader. Långvarig smärta beräknades för drygt tio år sedan, varje år kosta samhället 7,5 miljarder kronor i direkta vårdkostnader

¹ SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010.

² <https://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/dokument/f8e8a2e8-3e66-4280-87ba-2e31ce8a8ef9>. Nationellt kliniskt kunskapsstöd är regionernas gemensamma infrastruktur för att ta fram, kvalitetssäkra, lagra och distribuera kunskapsinnehåll. Nationellt kliniskt kunskapsstöd ägs av Sveriges regioner, och är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård.

³ Samma källa som föregående.

⁴ <https://www.sbu.se/sv/pressmeddelanden/tidigare-pressmeddelanden/pressmeddelanden/samordnad-behandling-bast-vid-langvarig-smarta/>

och 80 miljarder kronor i indirekta kostnader främst på grund av sjukskrivning och produktionsbortfall⁵.

Uppgifter gör gällande att av den vuxna befolkningen lever 20–35 procent, och kvinnor i högre grad, med långvarig smärta⁶. Analyser har visat att upp emot tio procent av personerna med långvarig smärta uppger att smärtan har betydande påverkan på deras livskvalitet. Många uppger att de inte har tillgång till den vård de behöver⁷.

Kunskapsstöd för omhändertagande av patienter med långvarig smärta

SBU har genomfört en granskning av metoder mot långvarig smärta⁸. Den visar bland annat att behandlingsprogram som kombinerar flera åtgärder ger både bättre smärtlindring och kortare sjukskrivning än enstaka, mindre omfattande insatser. Vidare har det framgått att breda och samordnade behandlingsprogram, så kallad multimodal rehabilitering (MMR), visat sig vara effektiva. Sådana program kan omfatta både psykologiska metoder som kognitiv beteendeterapi eller annan beteendepåverkande behandling och strukturerad fysisk träning eller sjukgymnastik. Patientutbildning ingår också. Medicinska indikationer, kompetenser och uppgifter vid multimodal rehabilitering har beskrivits av Sveriges kommuner och landsting i två särskilda rapporter⁹.

Tillgången till kunskapsstöd inom området är föremål för diskussioner. I Läkartidningen anförs i en debattartikel att (citrat) *”Sjukvården kan i de flesta fall behandla akut smärta med bra resultat, men när smärtan övergår i en mer kronisk eller långvarig fas är kunskaperna generellt mycket dåliga. Alltför många människor med långvarig smärta får aldrig en bedömning hos smärtiläkare, smärtsjuksköterska, smärtspecialiserad fysioterapeut eller psykolog”*¹⁰.

Inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård¹¹ har problematiken uppmärksammats både för vuxna och barn och ungdomar. Kartläggningar har visat på tydliga brister och omotiverade skillnader i vård och behandling inom smärtområdet. Smärta noterades vara en av de vanligaste orsakerna till kontakter med sjukvården¹².

En nationell arbetsgrupp (NAG) Smärta bildades under 2019 med den övergripande målsättningen att öka kompetensen inom smärtområdet, utarbeta kunskapsstöd och modeller för handläggning av smärta och samverkan mellan olika vårdnivåer. Uppdraget är att ta fram en modell för ett strukturerat omhändertagande av patienter som bidrar till kontinuitet och trygghet samt att förebygga osammanhängande vårdkontakter och mångbesökande. Uppdraget till NAG Smärta är treårigt och sträcker sig fram till 2022.

Inom nationellt programområde för barn och ungdomars hälsa har ett särskilt insatsområde – Långvarig smärta hos barn och ungdomar – utpekats och en nationell arbetsgrupp (NAG) bildats. Som utgångspunkt för detta arbete har konstaterats att (citrat): *”Handläggningen och vården av barn och ungdomar med långvarig smärta har uppenbara brister i både primärvården och den specialiserade vården. Vården är ojämlig och de flesta regioner saknar vårdprogram för långvarig smärta hos barn och ungdomar”*¹³. NAG Långvarig smärta hos barn och ungdomar ska bland annat föreslå en modell för vårdprogram utifrån en sammanhållen vårdkedja inklusive uppföljning, utvärdering och beslutsstöd anpassade för barn och ungdomar med långvarig smärta.

⁵ Samma källa som föregående.

⁶ <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/dokument/f8e8a2e8-3e66-4280-87ba-2e31ce8a8ef9>.

⁷ Sammanfattning av planerade insatser 2020 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper, Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård; 2020-03-10

⁸ SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010.

⁹ Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta kompetenser och uppgifter, Sveriges kommuner och landsting; 2013.

¹⁰ Lakartidningen.se 2019-05-22

¹¹ Sveriges regioners gemensamma system för kunskapsstyrning.

¹² Sammanfattning av planerade insatser 2020 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper, Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård; 2020-03-10

¹³ Samma källa som föregående.

4 Vården av patienter med långvarig smärta i Region Jämtland Härjedalen

4.1 Nuläge omfattning

4.1.1 Inledning

I detta avsnitt redogörs för iakttagelser och bedömning avseende revisionsfråga 1. Den lyder: "Har en behovsanalys genomförts för denna patientgrupp?". Även följande underfrågor ingår: "Finns en samlad bild över hur tillgängligheten ser ut, till exempel väntetider till smärtmottagning?" och "Sker en tillfredsställande kunskapsinhämtning om evidensbaserade behandlingsmetoder?"

4.1.2 Iakttagelser

Patienter med långvarig smärta omhändertas såväl inom primärvården som specialistvården. Tyngdpunkten ligger enligt de personer som intervjuats tydligt i primärvården. Det är vid regionens hälsocentraler som flertalet av patientgruppen utreds och erhåller sin vård och har sina viktigaste vårdkontakter. Organisation och ansvarsfördelning beskrivs närmare i avsnitt 4.4 *Ansvarig organisation*.

Primärvården

Av intervjuerna har det framgått att patientgruppen är välkänd i primärvården. Det hävdas att det på individnivå finns en god kännedom om patientgruppen, båda bland läkare och andra professioner som är berörda. Dessa professioner kan vara sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer, kuratorer och rehabkoordinatorer. Det finns, enligt vad som framkommit, en uttalad målsättning att arbeta teambaserat med målgruppen enligt de rekommendationer som tagits fram nationellt rörande multimodal rehabilitering.

Lokala riktlinjer eller kunskapsstöd inom detta område finns tillsvidare inte i Region Jämtland Härjedalen, men berörda läkare hänvisar till de rekommendationer som existerar nationellt och i andra regioner. Regionen har ett abonnemang på Medibas¹⁴, som gör att den kunskap som finns att tillgå nationellt är tillgänglig för all berörd personal. Det hävdas enligt intervjupersonerna att det finns en allmän och ökande vilja att hitta och ta till sig den senaste evaluerade kunskapen, men att det i praktiken kan variera beroende på kompetens, engagemang och framförallt tillgång till fast personal.

Det har också framförts synpunkten att kunskapsnivån rörande patienter med långvarig smärta i generellt i landet är otillräcklig, vilket är ett hinder för att erbjuda de berörda patienterna ett optimalt omhändertagande.

Vid intervjuerna har det samtidigt framkommit kritik mot existerande vård. Det har bland annat hävdats att gruppen är otillräckligt diagnosticerad och får för lite information. (citat) "Målgruppen är väldigt underbehandlad. Gruppen har skötts på felaktigt sätt under lång tid".

Det har framkommit att förutsättningarna att åstadkomma den vård som eftersträvas varierar mellan vårdcentralerna. Tillgång till fasta läkare beskrivs som en central förutsättning för att upprätthålla den kontinuitet som är nödvändig. Inte heller har samtliga hälsocentraler möjligheter att erbjuda patienterna strukturerade och långsiktiga insatser, exempelvis i form av smärtkola eller liknande. Problem som kan finnas är brister på vissa kompetenser och ekonomiska

¹⁴ Medibas AB är ett aktiebolag som utger medicinska handböcker och informationsprodukter och bedriver utbildning för hälso- och sjukvården.

resurser. Antalet vakanser i primärvården i regionen har minskat under senare år, vilket beskrivs som positivt för den aktuella målgruppen.

Långvarig smärta hanteras normalt som en kronisk sjukdom. Det betyder att patienterna i allmänhet behandlas vid planerade besök och undantagsvis vid akuta besök. Det har framkommit att riktmärket för ett sådant planerat besök är 40 minuter jämfört med 20 minuter vid vanliga oplanerade eller akuta besök.

Samtliga berörda intervjuade inom primärvården har uppgett att tillgängligheten för denna patientgrupp i allmänhet är tillfredsställande. I regionen saknas däremot en samlad bild av vilken tillgänglighet är för den berörda gruppen. Inte heller finns några samlade uppgifter om hur stor gruppen är och vilka bakomliggande medicinska behov som föreligger.

Sjukhusansluten vård

Patienter med långvarig smärta kan vara "hemmahörande" inom ett flertal specialiteter, med ortopedi, kirurgi och kvinnosjukvården som några av de vanligen förekommande.

Smärtmottagning och rehabilitering bedrivs inom område Hjärta, Neuro, Rehabilitering (HNR). Av vad som framkommit beskrivs tillgängligheten både till smärtmottagning och smärtrehabilitering som otillfredsställande. Svårigheter att rekrytera läkare har under en längre tid utgjort ett problem för verksamheten.

Smärtmottagningen arbetar i huvudsak i team med medicinska åtgärder mot smärta i syfte att öka funktion och livskvalitet.

Smärtrehabiliteringen erbjuder KBT-baserat multimodal rehabilitering i behandlingsprogram i syfte att uppnå beteendeförändring/funktionsstödjande strategier för ökad livskvalitet. Inkluderingskriterier för denna rehabilitering är framtagna utifrån evidens.

Smärtrehabiliteringen har för närvarande¹⁵ kapacitet att behandla cirka 27 patienter årligen. Denna verksamhet har beskrivits hålla hög kvalitet. Kön till dessa program uppges idag bestå av cirka 35 personer. Väntetiden uppgår i dagsläget till cirka 18 månader.

Patientnämndens rapport

I uppföljningen från patientnämndens sida framkommer synpunkter på brister i tillgängligheten och långa väntetider till vård och behandling (ej uppdelad mellan primärvård och annan vård). Patienter beskriver bland annat att de behandlas för symtomen men inte den bakomliggande orsaken. Det beskrivs som frustrerande och som psykiskt påfrestande att behöva vänta på vård och behandling. Synpunkter har, enligt patientnämnden, även framförts på att patienter inte erbjuds smärtrehabilitering.

Patientnämnden har undersökt inkomna skrivelser från patienter eller vårdverksamheter under perioden 2018-01-01 till 2020-02-05¹⁶. Nämnden har därvid noterat 58 ärenden som rör omhändertagandet av patienter med långvarig smärta. Av dessa berör 34 (59 procent) kvinnor och 24 (41 procent) män. Medelåldern hos de som vänt sig till patientnämnden är 52 år.

Vårdgivare i 19 (33 procent) av de 58 fallen är primärvården. Totalt är det i 6 (10 procent) ärenden som uppger bristande tillgänglighet som grund för kontakten med patientnämnden. Denna siffra är dock inte uppdelad mellan primär- och sjukhusansluten vård.

Andra faktorer som kommer fram i patientnämndens inkomna skrivelser är att ett antal patienter upplever sig vara misstrodda och att deras smärta ifrågasätts. Flera patienter beskriver känslan av att vara (citrat) "*klassad som en missbrukare*", och att man (citrat) "*är ute efter morfin*". Några patienter anför att de "bollas" mellan olika verksamheter. Det upplevs som att ingen vill ta ansvar över deras vård och behandling.

¹⁵ Avser ej de speciella förutsättningarna i samband med Covid-19-pandemin.

¹⁶ Långvarig smärta: patienters synpunkter på vården. Patientnämnden i Jämtlands län; Rapport 2020:1

I patientberättelserna framkommer också synpunkter på läkemedelsbehandlingen. Det finns patienter som inte är nöjda med receptförnyelse och upplever bristande delaktighet i medicineringen. Exempel som anförts är att patienter nekats smärtlindrande läkemedel eller att läkemedel satts ut eller bytts ut utan att patienten varit delaktig eller informerats.

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) behandlade patientnämndens rapport vid sitt sammanträde den 11 juni 2020¹⁷. I ärendet framgår att det med hänsyn till primärvårdens breda uppdrag kan uppstå (citrat) *”svårigheter för den enskilde patienten att få möta professioner med specifik kompetens för sina behov. En enstaka hälsocentral, eller en enstaka person/profession på en hälsocentral kan omöjligt inneha full kompetens för alla sjukdomar. Smärta som ett påtagligt och svårt hindrande symptom i en ofta komplex sjukdomsbild kan vara än svårare att möta med rätt kompetens både för bedömning, utredning, behandling och rehabilitering”*¹⁸.

I ärendet framgår vidare att det inom primärvården i Region Jämtland Härjedalen inte finns (citrat) *”kompleta team såsom rekommenderat från SKR. Begränsat patientunderlag per utförare samt endast ett fåtal arbetsterapeuter gör det svårt att möta behovet av denna typ av specifik smärtrehabilitering inom primärvård”*¹⁹.

Samtidigt konstaterar HSN att många delar är väl fungerande. Det sker ett samarbete mellan olika professioner där rehabkoordinatorer ofta har en central roll.

4.1.3 Sammanfattning och bedömning

I relation till ställda revisionsfrågor är det vår slutsats att det inte har genomförts någon regionalt samlad *behovsanalys* för patienter med långvarig smärta. Det hindrar inte att det på enskilda hälsocentraler finns en god kännedom om denna patientgrupp vad gäller listade patienter. Vidare kan vi konstatera att det inte inom primärvården finns en samlad bild över hur *tillgängligheten* ser ut för patienter med långvarig smärta. Däremot vad gäller den sjukhusanslutna vården, det vill säga Smärtmottagningen och Smärtrehab, finns en relativt tydlig bild av antalet väntande patienter. Väntetiden till specialiserad smärtrehabilitering är för närvarande otillfredsställande 18 månader.

Ansvar för *kunskapsinhämtning* är ett individuellt ansvar för vårdande personal. Vår slutsats är att det finns en strävan att baseras insatserna på evidensbaserade metoder. Det finns också flera nationella källor som är tillgängliga för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Problematiskt, även på nationell nivå, är att kunskapsnivån om vården generellt den för aktuella patientgruppen anges vara otillräcklig.

Vår *bedömning* är att regionen hittills inte systematiskt har vinnlagt som om att tillskapa en samlad bild av patientgruppens behov och tillgänglighet till adekvat vård. Tillbudsstående kunskapsunderlag, som dock bedöms ha brister, används i hög utsträckning.

4.2 Planering och genomförande

I detta avsnitt redogörs för iakttagelser och bedömning avseende revisionsfråga 2. Den lyder: *”Finns en planering av hur behovet ska tillgodoses?”* Följande underfrågor ingår: *”Finns utarbetade vårdprogram eller behandlingsriktlinjer som utgår från evidensbaserad kunskap?”, ”Genomförs utbildningsinsatser?”* och *”Har en resursplanering genomförts med koppling till en behovsanalys?”*

I avsnittet behandlas även revisionsfråga 4: *”Har behovet av fast vårdkontakt säkerställts i de fall sådant behov finns?”*

¹⁷ Protokoll, Hälso- och sjukvårdsnämnden:2020-06-11; §60.

¹⁸ Samma källa som föregående

¹⁹ Samma källa som föregående

4.2.1 Iakttagelser

Planering

Såsom framgår i föregående avsnitt finns inte en samlad bild av målgruppen och i vilken grad dess behov tillgodoses i *primärvården*. Inte heller finns någon planering eller projektverksamhet som uttryckligen riktar sig till gruppen patienter med långvarig smärta. Den medicinskt ansvariga personalen förväntas omhänderta målgruppen enligt gängse principer.

Inom den *sjukhusanslutna vården* för patienter med långvarig smärta dimensioneras rehabilitering och annan verksamhet utifrån befintliga personella och ekonomiska resurser.

Staten har, efter överenskommelser med Sveriges kommuner och regioner (SKR), under åren 2006 – 2020 tillskjutit medel till regionerna för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Medel har förmedlats till regionerna bland annat för att säkerställa kompetensutveckling och rehabiliteringskoordinering. Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta ingick i satsningen under de senaste åren.

Av den återredovisning till SKR²⁰ som skett från Region Jämtland Härjedalen framgår att det är knappt en person (0,9) per 1 000 invånare som erhöll multimodal rehabilitering (MMR) under 2019²¹. Det är exakt samma tal som genomsnittet för hela landet. Uppgifter har även lämnats rörande beteendemedicinsk behandling och aktiv specifik träning samt träning under ledning av fysioterapeut. Enligt insamlad statistik var det under samma år 76 individer som erhöll MMR och 118 som erhöll specifik fysisk träning. Drygt 80 procent var kvinnor. Av den statistik som SKR upprättat har antalet individer som rapporterats erhålla MMR halverats under de senaste åren i regionen. Enligt SKR:s insamlade uppgifter har bland annat Region Jämtland Härjedalen uppgett att resurserna för verksamheten troligen kommer att minska när stimulansmedlen försvinner²².

Evidensbaserad kunskap

Inledningsvis har beskrivits att det på många håll i landet uppfattas att kunskapsstöden inom området inte är tillfyllest. Problematiken har även uppmärksamats i Region Jämtland Härjedalen. 2019 bildades därför en arbetsgrupp – Lokalt programområde smärta – som verkar inom ramen för den struktur för kunskapsstöd som håller på att byggas upp i regionen²³. Syftet med arbetet är att utarbeta ett vårdförlopp för långvarig, icke-malign smärta genom att anpassa de nationella kunskapsstöden till regionens lokala förhållanden. Representanter både från specialistvården och primärvården deltar i arbetsgruppen. Den initiala målsättningen är att detta arbete ska slutföras under 2021, men en försening bedöms vara sannolik med hänsyn till den pågående Covid-19-pandemin. Patientrepresentanter har hitintills inte medverkat i arbetet²⁴.

Hälso- och sjukvårdsnämnden konstaterade vid sitt sammanträde den 11 juni 2020 att patientnämndens rapport indikerar att kunskaper och kompetensen om långvarig smärta behöver utvecklas. HSN uttalar även att det behövs ett tydliggjort ansvar för att möta dessa patienters

²⁰ Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta. Resultat villor 3, överenskommelsen inom sjukskrivning och rehabilitering 2018, SKR 2019.

²¹ Enligt vad som framkommit i intervjuer har det inte skett en fullständig rapportering från regionen och rapporteringen från enskilda hälsocentraler har varit ojämn.

²² Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta. Resultat villor 3, överenskommelsen inom sjukskrivning och rehabilitering 2018, SKR 2019.

²³ Tillsammans med Sveriges övriga regioner har Region Jämtland Härjedalen etablerat ett gemensamt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Syftet är att skapa god vård som är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Systemet omfattar nationell, sjukvårdsregional samt lokal nivå och sker i samverkan med patient- och professionsföreningar, kommunerna och staten. (Se: <https://www.regionih.se/kunskapsstyrning.4.5f5c9bfc175c13efeba9783c.html>)

²⁴ Vid intervjuer har nämnts avsikten att tillskapa ett så kallat levande bibliotek. Avsikten med levande bibliotek är att hjälpa verksamheter att få kontakt med patienter eller närstående som kan vara med i utvecklingsarbeten av olika slag.

behov²⁵. Patientnämndens rapport föreslås involveras i det lokala arbetet kring kunskapsstyrning och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. HSN tog följande beslut (citrat):

- *”Regiondirektören uppdras att involvera patienternas upplevelse av vården av långvarig smärta i arbetet med kunskapsstyrning, Lokalt programområde Smärta, personcentrerade vårdförlopp och patientkontrakt.*
- *Regiondirektören uppdras att i arbetet med att involvera patienternas upplevelse av vården av långvarig smärta i Lokalt programområde Smärta inkludera en beskrivning/förtydligande av organisation, uppdrag, arbetsuppgifter och kompetenskrav för att utifrån evidens möta patienter med långvarig smärta och deras behov av bedömning, utredning, behandling och rehabilitering”*

I granskningen har det inte varit möjligt att verifiera vilka åtgärder som kommer att vidtas i anledning av HSN:s beslut.

Läkemedel

Det är både ett nationellt och internationellt fenomen att det bland patienter med långvarig smärta finns många personer som utvecklat ett läkemedelsberoende. Opioider²⁶ brukar därvid anges som särskilt problematiska.

Av Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd (NKK) framgår att evidensen för effekt av långvarig läkemedelsbehandling för patienter med långvarig smärta är svag²⁷. Avseende opioider anges av NKK att det finns risker för beroendeutveckling. Särskilda förhållningsregler vid förskrivning ska därför iakttas.

I samband med granskningen har det framgått att det har skett en tydlig åtstramning i regionen vad gäller förskrivning av läkemedel för långvarig smärta. Exempelvis anges i Z-läkemedel²⁸ att opioider endast undantagsvis har en plats vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta och i övrigt inte bör förskrivas i samband med långvarig smärta.

Enligt vad som framkommit åvilar det respektive hälsocentral att arbeta med denna problematik och förändra förskrivningsmönstret.

Sedan 2006 i samband med införande av decentraliserad läkemedelsbudget i Region Jämtland Härjedalen har det skett en uppföljning av förskrivning av beroendeframkallande läkemedel²⁹ till personer under 50 år avseende varje hälsocentral. Vid uppföljningarna har det kunnat konstateras att det inledningsvis skedde en relativt hög förskrivning av sådana preparat i vissa delar av regionen. Det har nu över åren skett en minskning i hela länet, men den har inte varit lika påtaglig som i riket i övrigt. Minskning av sådan förskrivning har skett i lägre utsträckning vid privata hälsocentraler än vid de offentligt drivna.

Flera intervjuade har noterat att hälsocentralerna möter patienter som är missnöjda när sådana mindre lämpliga läkemedel inte längre skrivs ut. Det händer att patienter byter hälsocentral av denna anledning.

Det har också framkommit att det inte upplevs vara tydligt vilka resurser som finns för att erbjuda de berörda patienterna avgiftning. Avgiftning anges även vara en förutsättning för att framgångsrikt kunna delta i de smärtrehabprogram som erbjuds vid Smärtenheten.

²⁵ Protokoll, Hälsa- och sjukvårdsnämnden:2020-06-11; §60.

²⁶ Opioider är ett samlingsnamn för läkemedel och droger som verkar på opioidreceptorer för att uppnå morfinliknande verkan. Opioiderna är narkotikaklassade. (Wikipedia)

²⁷ <https://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/dokument/f8e8a2e8-3e66-4280-87ba-2e31ce8a8ef9>

²⁸ Z-läkemedel är en lista över rekommenderade läkemedel som fastställs av Läkemedelskommittén i Region Jämtland Härjedalen.

²⁹ Förskrivning sker inte bara vid smärta utan även vid sömnsvårigheter, oro med mera.

Utbildning

Inom primärvården erbjuds fem utbildningsdagar per år för läkare och fyra för övrig personal. Dessa utbildningstillfällen planeras efter uppkomna behov och inspel från personalen.

Särskilda utbildningsinsatser kopplade till omhändertagande av personer med långvarig smärta har, enligt vad som uttalats, inte genomförts under de senaste åren, men har tidigare varit aktuella. Vid primärvårdens utbildningsdagar har Smärtrehabiliteringen deltagit med utbildningsinsatser men även olika externa utbildare har använts. Utbildning i smärta ingår även i den regionaliserade läkarutbildningen.

Utbildning som riktar sig till patienten erbjuds inom Smärtrehabiliteringens strukturerade program. Utbildning erbjuds även in viss utsträckning av hälsocentralerna inom ramen för så kallade smärtskolor. Smärtskolor är lokalt genomförda program som genomförs enligt principen om multimodal rehabilitering (MMR). I granskningen har det framgått att inte alla hälsocentraler har förutsättningar att erbjuda sådana smärtskolor; detta som nämnts på grund av brist på kompetenser och ekonomiska resurser. Denna verksamhet har upphört eller pausats i vissa fall.

Fast vårdkontakt

Av förfrågningsunderlag för hälsovalet³⁰ framgår att regionen enligt hälso- och sjukvårdslagen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Alla ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Vidare ska enligt patientlagen en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Hälsocentralernas förmåga att leva upp till de ställda kraven avseende fast läkarkontakt anges hänga samman med tillgången till fast anställd personal. Detta varierar mellan regionens hälsocentraler. Det uppges vid intervjuerna att den här aktuella målgruppen normalt har en fast vårdkontakt. Denna är dock inte alla gånger i första hand en läkare utan kan utgöras av andra professioner. Vid hälsocentraler med vakanta läkartjänster uppges arbetet struktureras så att patientgruppen i första hand hänvisas till återkommande stafettläkare. Detta är möjligt eftersom patientgruppens besök oftast är planerade.

Enligt vad som framkommit finns ingen samlad bild av och ingen enhetlig registrering i vilken omfattning kraven på fast läkar- respektive vårdkontakt är tillgodosedda. Det uppges vara varierande mellan hälsocentralerna.

4.2.2 Sammanfattning och bedömning

Vår iakttagelse är att det inte finns en samlad planering för hur behovet hos denna patientgrupp ska tillgodoses. Snarare finns indikationer att de riktade rehabiliteringsinsatserna kommer att minska i och med att den statliga så kallade rehabiliteringsgarantin avslutades under föregående år. Tillsvidare har det inte genomförts någon resursplanering med koppling till en behovsanalys.

Det kan konstateras att det tillsvidare inte finns något lokalt vårdprogram som avser den här aktuella vården. Däremot startades ett sådant arbete 2019 parallellt med att det nationellt har startats kunskapsutvecklingsarbeten både för vuxna och barn och ungdomar. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har i anledning av patientnämndens rapport beslutat att det lokala arbetet ska utvidgas eller kompletteras med en översyn av organisation, uppdrag, arbetsuppgifter och kompetenskrav.

Utbildningsinsatser inom området har genomförts, men sker inte utifrån tydliga mål och strategier. Utbildning till patienter sker lokalt inom ramen för så kallade smärtskolor. Tillgängligheten till sådana insatser varierar avsevärt i olika delar av regionen.

³⁰ Förfrågningsunderlag 2021, Hälsoval Region Jämtland Härjedalen, Beslutad 2020-06-17, av: Regionfullmäktige

Vår bedömning är att det tillsvidare inte sker någon regiongemensamt strukturerad eller målmedveten planering av resurser och utbildning som säkerställer en adekvat vård till målgruppen. Positivt är att nya vårdprogram och behandlingsriktlinjer är under utveckling nationellt och regionalt.

Det finns regelverk i regionen som tydliggör att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen liksom patientlagen om fast läkar- respektive vårdkontakt ska tillämpas i verksamheten. Det är vår bedömning att det inte är möjligt, med nuvarande uppföljning, att fastställa i vilken omfattning kraven på fastvårdkontakt tillgodoses.

4.3 Uppföljning och utvärdering

I detta avsnitt redogörs för iakttagelser och bedömning avseende revisionsfrågorna 3 och 5. De lyder:

- "Sker någon uppföljning och kontroll över att verksamheten bedrivs i enlighet med fastställda vårdprogram?"
- Sker någon utvärdering och analys av de behandlingsresultat som uppnås?" med följande underfråga "Tillvaratas erfarenheter från patientföreningar och/eller patientnämnden i utvärdering och analys?"

4.3.1 Iakttagelser

Enligt vad som framkommit i granskningen sker det inte någon regional eller områdesbaserad uppföljning av i vilken utsträckning verksamheten utförs i enlighet med vårdprogram eller riktlinjer. Detta rör inte endast området långvarig smärta, utan är ett allmänt förhållningssätt i regionen. Samtidigt är det tydligt krav i regionens hälso- och sjukvård att verksamheten ska vara evidensbaserad. Ansvaret ligger på den professionella behandlande personalen. Förankring och implementering av nya eller ändrade program sker i särskild ordning eller i samband med utbildningstillfällen.

I granskningen har det framkommit att det inte sker något strukturerat tillvaratagande av erfarenheter från patienter eller patientföreningar. Det har noterats att det inte finns någon aktiv patientförening som är avgränsad till gruppen med långvarig smärta. Patienter med långvarig smärta kan dock vara aktiva i andra föreningar.

Primärvården

Det förekommer, enligt vad som uppgetts, få avvikelserapporter inom det aktuella området. I den utsträckning som det sker hanteras detta vid respektive hälsocentral eller annan vårdande enhet.

Hälsovalet följs generellt upp via en strukturerad plan som anges i förfrågningsunderlaget. Vårdgivaren ska bland annat medverka med faktaunderlag för regionens uppföljning av verksamheten i form av månads, tertial- och årsrapportering enligt regionens riktlinjer. Uppföljning i dialogform sker minst en gång per år. Regionen har rätt att hos vårdgivaren följa upp och inspektera verksamheten för att säkerställa att vårdgivaren uppfyller överenskomna krav och specifikationer.

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen använder vid uppföljning tillämpliga delar i SKR:s "Basmodell för uppföljning av primärvård" samt "Modell för fördjupad uppföljning". Inget av dessa dokument har indikatorer som specifikt rör långvarig smärta. Indikatorer som nyttjas vid uppföljning följer hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan. Planen för 2021³¹ omfattar

³¹ Verksamhetsplan 2021, Hälso- och sjukvårdsnämnden; 2020-11-11

narkotikakontroller avseende "Effektiv och säker läkemedelsanvändning", men i övrigt inga indikatorer som specifikt avser patientgruppen långvarig smärta.

Primärvårdens kvalitetsregister – "Primärvårdskvalitet³²" - är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande. Registret innehåller bland annat indikatorn: *Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation*.

Region Jämtland Härjedalen anslöt sig till registret under hösten 2020. Alla chefer har fått utbildning om detta och det har i viss mån börjat att tillämpas. Registret kommer vid sidan av de uppgifter som kan hämtas från det egna journalsystemet bli ett verktyg för analys och jämförelser.

Sjukhusansluten vård

Den sjukhusanslutna smärtverksamheten är ansluten till Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS). NRS är ett av de officiella kvalitetsregister som tillämpas i svensk hälso- och sjukvård.

NRS svarar för insamling av data, för beskrivning av patienter i behov av smärtrehabilitering och för beskrivning av resultat efter rehabilitering. Registret samlar in data på flera vårdnivåer, bland annat:

- Primärvårdsnivå: enheter som bedriver utredning och multimodal smärtrehabilitering (MMR).
- Specialistvårdsnivå: Smärtutredning och multimodal smärtrehabilitering på specialistnivå (MMR) (nationella analyser)

Smärtenhetens smärtrehabilitering utvärderas kontinuerligt genom NRS. Enheten erhåller därvid kunskap om vårdprocesser och patientgruppers hälsa över tid för att förbättra förutsättningarna för rehabilitering.

Registret omfattar hittills 55 patienter som deltagit i smärtrehabprogram i Östersund mellan 2017 och 2021. Verksamheten i Östersund uppvisar påtagligt förbättring för deltagarna avseende de hälsodimensioner som följs upp både vid programmets avslutning och vid uppföljning ett år senare. Resultaten ligger väl i paritet med de resultat som uppnåtts i riket som helhet och i många fall bättre. Bland annat kan noteras att det var 44 procent av patienterna i Region Jämtland Härjedalen som vid uppföljning sex månader efter programmets avslut som rapporterar att deras tillstånd "i hög grad förbättrats". Motsvarande siffra för hela riket var 29 procent.

Primärvården har jobbat med NRS i projektform vid enstaka enheter under 2017. Erfarenheterna därifrån var att det var ett uppföljningssystem som tog mer tid från vård och behandling än det gav effekt i form av förbättrad verksamhet och behandlingseffekt. Någon fortsättning med NRS bedömdes därför inte aktuell.

Avvikelsehantering

Vid intervjuer har det uppgetts att det inte är vanligt med avvikelser som kan hänföras till patienter med långvarig smärta.

Regionen avvikelssystem är uppbyggt så att det finns avvikelsekoordinatorer som ska analysera flödet av avvikelser. Alla avvikelser som kan utgöra risk för vårdskada läggs till respektive chef för uppföljning lokalt. Allvarigare händelser eller mönster med återkommande problematik anmäls till chefläkaren. Systemet är det samma för primärvård och sjukhusansluten vård. Regionen har dock sedan flera år tillbaka i tiden saknat möjlighet att ta ut statistiskt avseende inrapporterade avvikelser vilket medfört svårigheter att kunna se olika mönster och tendenser. En upphandling om modul för statistikuttag pågår, men för närvarande finns ingen sådan.

³² <http://primarvardskvalitet.skl.se/index.html>

Patientsäkerhetsberättelsen för 2019 innehåller inga uppgifter om problematik eller vårdskador som inträffats inom vården av patienter med långvarig smärta. En viktig källa för patientsäkerhetsberättelsen är strukturerade granskningar av ett slumpvis urval av journaler. Dessa utförs i slutenvården. Primärvården har inte omfattats av dessa journalgranskningar.

4.3.2 Sammanfattning och bedömning

Ansvar för att följa fastställda vårdprogram åvilar berörd hälso- och sjukvårdspersonal. Det sker inte någon samlad kontroll eller uppföljning av så är fallet. Inom läkemedelsområdet existerar tydligare riktlinjer och en kontinuerlig uppföljning.

Vår bedömning är att tillämpningen av fastställda vårdprogram inte säkerställs från regionens sida genom särskilda uppföljningsinsatser. Uppgiften är ett ansvar för berörda professioner.

Inom primärvården har det hittills inte bedrivits någon samlad utvärdering eller analys av vilka behandlingsresultat som uppnås. Däremot uppges att regionen nyligen har erhållit bättre uppföljningsredskap, bland annat i form av ett analysverktyg som är kopplat till journalsystemet och medverkan i det nationella primärvårdsregistret. Den sjukhusanslutna vården för målgruppen bedriver en aktiv uppföljning av sina behandlingsresultat. Enligt det nationella kvalitetsregister som används, är insatserna framgångsrika i en jämförelse med riket i övrigt.

Vår bedömning är att den sjukhusanslutna vården för patienter med långvarig smärta genomför en aktiv uppföljning av sina behandlingsresultat. Någon sådan samlad uppföljning inom primärvården existerar ej.

Vår bedömning är att erfarenheter från patienter har hittills inte strukturerat tagits tillvara, men HSN har fattat beslut om att patientrepresentanter ska inkluderas i det lokala programområdet smärta.

4.4 Ansvarig organisation

I detta avsnitt redogörs för iakttagelser och bedömning avseende revisionsfråga 6. Den lyder: *"Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad vård?"*

4.4.1 Iakttagelser

Vad gäller multimodal rehabilitering MMR brukar skiljas mellan MMR1 och MMR2. MMR2 är en mer specialiserad form av rehabilitering för "mycket komplexa" sjukdomstillstånd. MMR1 bedrivs normalt i landet av primärvården medan MMR2 faller inom specialistvården.

Primärvården

Vid genomförda intervjuer har det framgått att det är tydligt att primärvården har ett huvudansvar för patienter med långvarig smärta och ska erbjuda multimodal rehabilitering.

Enligt hälsocentralernas förfrågningsunderlag³³ ska hälsocentralerna svara för rehabilitering, habilitering och rehabiliteringskoordinering. Patienten ska bland annat erbjudas undersökning, teambedömning, planering, behandling och rehabilitering. Vårdgivaren ska säkerställa en jämlik sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Citat: *"En bred kompetens för rehabiliterande insatser ska finnas att tillgå på vårdenheten med möjlighet till teambaserade insatser. För patienter med längre sjukskrivningar eller med risk för detta ska sk Multimodal rehabilitering erbjudas. Rehabiliteringsinsatser ska utvärderas och dokumenteras"*³⁴.

³³ Förfrågningsunderlag 2021, Hälsoval Region Jämtland Härjedalen, Beslutad 2020-06-17, av: Regionfullmäktige

³⁴ Hänvisning sker till följande styrande dokument: Nationell indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta (SKR), Uppgifter och kompetensbehov vid multimodal rehabilitering (SKR) och Rehabilitering vid långvarig smärta (SBU)

Samtliga hälsocentraler, inklusive de privata, har rapporterat att de har MMR-team. Viktiga resurser i dessa team förutom läkare är sjuksköterska, rehabkoordinator och sjukgymnast. Medverkar gör även psykolog och kurator. De senare professionerna återfinns normalt i hälsocentralernas psykosociala enheter.

Sjukhusanslutnen verksamhet inom smärtområdet

När primärvårdens resurser inte är tillräckliga för att möta patientens behov remitteras patienten vidare till smärtenheten eller till upphandlad vårdgivare.

Smärtenheten tillhör område Hjärta, Neuro och Rehabilitering (HNR).

Smärtenheten arbetar med patienter i grupp och individuellt. Smärtenheten består av två verksamheter som båda arbetar i multimodala team:

- Smärtrehabiliteringen erbjuder KBT-baserat behandlingsprogram i syfte att uppnå beteendeförändring/funktionsstödjande strategier för ökad livskvalitet.
- Smärtmottagningen arbetar i huvudsak med medicinska åtgärder mot smärta i syfte att öka funktion och livskvalitet.

Bemanningen vid smärtrehabilitering består av psykolog, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Den senare är delad med Reumatologen och smärtmottagningen. Bemanningen vid smärtmottagning omfattar två sjuksköterskor, psykolog, fysioterapeut, kurator (delad med Reumatologen) samt läkare (20 procent).

Det smärtrehabiliteringsprogram som Smärtrehab erbjuder pågår under tolv behandlingsveckor med ett avslut efter sex månader och en avslutande träff för deltagarna efter tolv månader. Rehabiliteringen sker i grupp med cirka nio deltagare. Programmet genomförs tre gånger per år.

Smärtenheten medverkar i Norra sjukvårdsregionens chefsråd för rehabilitering.

Extern vård

I Region Jämtland Härjedalen finns även ett externt upphandlat avtal med Rygginstitutet i Sundsvall för att kunna erbjuda MMR2. Remisser till Rygginstitutet kan skickas från primärvården. Rehabperioden är på heltid i fyra veckor. Boende med helpension kostar inget för patienten.

Den upphandlade resursen är utifrån upphandlingen skyldig att bland annat verka med MMR-team och i enighet med SBU-rapporterna om metoder för behandling av långvarig smärta. Uppföljningar visar på god följsamhet till kraven i upphandlingen och god behandlingseffekt³⁵.

I granskningen har det anförts att det är ovanligt förekommande att patienter remitteras till andra regioner i landet. Enligt vad som framkommit är det också sällan som vårdgarantin åberopas. Samma sak gäller fritt vårdsökande. Det har sagts att många i målgruppen har svag ekonomi och är oroliga för eventuella kostnader för resa och logi.

Synpunkter på samverkan och ansvarsfördelning

Enligt vad som framkommit i intervjuerna är ansvarsfördelningen mellan primärvården och specialistvården tydlig. Likaså bedöms Smärtrehab's inklusionsregler vara rimliga. Likväl förekommer att patienter återremitteras. En återkommande synpunkt är vidare att smärtrehabverksamheten inte är dimensionerad för att motsvara befolkningens behov. Det innebär att patienter som väntar på att få delta i smärtrehabprogrammet ska vårdas i primärvården under väntetiden.

Intervjuade inom primärvården efterlyser en mer kontinuerlig kontakt med Smärtenheten. Det uppges att det bland annat saknas gemensamma patientkonferenser. Detta behov har även lyfts från den sjukhusanslutna vården (citrat) "vi behöver ha en större samsyn". Insatser görs från

³⁵ Hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-12-17, Protokoll §130; Svar på motion om långvarig smärta (HSN/1232/2020)

Smärtenhetens sida att förmedla information till hälsocentralerna. Information sker även inom ramen för läkarnas allmäntjänstgöring (AT) och andra rullande program.

Det har också anförts att det finns ett hinder för patienter som utvecklat ett beroende. Många intervjuade har framfört att det kan vara problematiskt med kapaciteten för den avgiftning som krävs för att patienten ska kunna tillgodogöra sig smärtrehabilitering. Det uppges finnas en upp- arbetad kontakt med beroendeverksamheten från Smärtenhetens sida. Dock finns inte någon rutinmässig vårdkedja för personer som behöver avgiftning. Det har också framförts synpunkten att det borde finnas en kombinerad beroende- och smärtmottagning på primärvårdsnivå.

För många patienter med långvarig smärta är målet att återgå till eller öka sitt deltagande i arbetslivet. Den samverkan som bedrivs gentemot Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen menar flera intervjuade har försämrats under senare år. Detta medverkar till att försvåra rehabiliteringsprocessen för många individer.

4.4.2 Sammanfattning och bedömning

Vår slutsats är att den tänkta ansvarsfördelningen mellan primärvården och den specialiserade vården är tydlig. Det är tydligt att primärvården har ett huvudansvar för patienter med långvarig smärta och ska erbjuda multimodal rehabilitering. Däremot existerar ett antal problem. Ett sådant är att kapaciteten i den sjukhusanslutna vården för mera specialiserade insatser är otillräcklig. Inte heller är vårdkedjan för patienter med samsjuklighet såsom beroende, bland annat av smärtstillande läkemedel, inte tydligt klarlagd. Detta innebär att bördan för primärvården blir större än den optimalt borde vara.

Vår *bedömning* är att upprätthållandet av den relativt tydliga ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialiserad vård försvåras genom kapacitetsbrister inom den sjukhusanslutna vården och genom att vårdkedjan för patienter med samsjuklighet inte tydliggjorts.

4.5 Politiska styr signaler

I regionens *Regionplan och budget*³⁶ noteras allmänt avseende "Digitalisering och nya arbetsmetoder" att (citrat): "*Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp som ska kunna omfatta en hel vårdkedja, inklusive utredning, uppföljning och rehabilitering där patienten är i fokus... Koordinatorer i primärvård och specialistvård har en viktig roll i sammanhanget*".

Det framgår vidare av regionplanen att resurser omfördelas för rehabkoordinatorer och behandlingar som tidigare finansierats av sjukskrivnings- och rehabmiljarden.

HSN:s verksamhetsplan anger som övergripande mål att (citrat) "*Region Jämtland Härjedalen ska vidta aktiviteter för att ge jämlik vård med effektivitet och god kvalitet som ska göra skillnad i mötet med patienten*". Planen beskriver inga specifika mål avseende smärta eller rehabområdena³⁷.

Årsredovisning 2020 och *Årsredovisning 2019*, Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar inga uppgifter som omfattar vården för patienter med långvarig smärta.

Samtliga protokoll från hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträden från och med 2019 till och med februari 2021 har gått igenom i granskningen. Ärenden som berör vården av patienter med långvarig smärta har behandlats vid tre tillfällen:

- 2019-02-27 (§19) HSN lade information om "Statlig överenskommelse inom sjukskrivning och rehabilitering" till handlingarna. Av ärendet framgår att resurser tillskjutits från staten

³⁶ Regionplan och budget 2021-2023

³⁷ Verksamhetsplan 2021, Hälso- och sjukvårdsnämnden

för bland annat rehabkoordinatorer med målgruppen patienter med psykisk ohälsa och långvarig smärta.

- 2020-06-11 (§60) Patientnämndens rapport om långvarig smärta (HSN/643/2020). HSN:s beslut har refererats ovan.
- 2020-12-17 (§130) Svar på motion om långvarig smärta

5 Övergripande slutsatser och bedömningar

5.1 Iakttagelser i sammanfattning

Långvarig smärta utgör ett stort lidande för många individer och utgör också ett betydande samhällsproblem, i minst i form av sjukfrånvaro från arbete. Långvariga smärtor beskrivs som svårbehandlade och kräver omfattande insatser från ett flertal professioner. Patienter med smärta är också en de mest frekvent förekommande i sjukvården. Vården för denna grupp är en utmaning i Region Jämtland Härjedalen och i hela landet.

Det har framkommit i flera nationella analyser att kunskapsläget inom detta vårdområde är otillfredsställande. Positivt är dock att det både nationellt och regionalt riktas fokus på denna problematik inom strukturen för kunskapsutveckling.

Bristen på kunskaper och tydliga behandlingsriktlinjer är sannolikt en starkt bidragande orsak till att denna grupp har beskrivits som "underbehandlad" i Region Jämtland Härjedalen. Samtidigt har vi kunnat notera att det inte finns någon samlad kartläggning av målgruppen och dess behov i regionen. Av det följer att det inte heller existerar någon samlad resursplanering som är ägnad att möta målgruppens behov. Den sjukhusanslutna verksamheten är tydligt underdimensionerad. Det har också framkommit att vissa av primärvårdens insatser för denna grupp, till exempel smärtskolor, riskerar att minska i omfattning när de riktade statliga medlen för rehabilitering uteblir från och med innevarande år.

Det saknas således i dagsläget ett samlat regionalt grepp inom detta vårdområde. Det bör dock understrykas att vid hälsocentralerna och på individuell nivå är de berörda patienterna i allmänhet välkända. I granskningen har det också framgått att vården av denna och andra patientgrupper, där kontinuitet är en central faktor, har gynnats av ett bättre bemanningsläge i primärvården vad gäller allmänläkare. Även de psykosociala enheterna och tillgången till rehabkoordinatorer har beskrivits som viktiga kompetenser i denna vård som enligt styrdokumentet ska bedrivas i multimodala former.

Vakansgraden och andra förutsättningar varierar dock mellan hälsocentralerna, vilket medför uppenbara risker för att vården för denna målgrupp inte är jämlik över länet.

Ett tidigare vanligt förekommande problem i denna vårdgrupp har varit, i många fall omotiverad, förskrivning av opiater som smärtstillande medel. Detta har skapat ett läkemedelsberoende hos många patienter. Riktlinjerna inom detta område har tydliggjorts och förskrivningen av sådana preparat har minskat i betydande omfattning.

5.2 Bedömning av övergripande fråga

Det övergripande syftet med granskningen är att svara på om hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillfredsställande planering, uppföljning och kontroll av att den vård som erbjuds patienter med långvarig smärtproblematik är ändamålsenlig.

Vår samlade bedömning är att Region Jämtland Härjedalen inte bedriver ett systematiskt och ändamålsenligt arbete gentemot patienter med långvarig smärta. Resurserna har totalt sett inte avvägts mot patientgruppens behov. Det saknas också, särskilt inom primärvården, en aktiv

uppföljning av vilka insatser som vidtas och vilka resultat som uppnås. Förutsättningarna för en adekvat vård varierar mellan hälsocentralerna vilket medför risker för att vården av patientgruppen inte är jämlik.

Vi bedömer samtidigt att den uppgradering av kunskapsläget som är aktuell nationellt och regionalt kan lägga grunden för ett ökad fokus på den samlade vården för denna målgrupp. Detta har även uppmärksammats av hälso- och sjukvårdsnämnden som beslutat att organisation, uppdrag, arbetsuppgifter och kompetenskrav ska ses över.

5.3 Rekommendationer

Granskningen har föranlett följande rekommendationer till förbättringar:

- Uppdaterade vårdprogram för vården av patienter med långvarig smärta är att vänta under en nära framtid. Dessa bör utgöra underlag för en kraftsamling med strukturerade insatser, kartläggning av målgruppens behov samt resurs- och produktionsplanering.
- En mer målmedveten och strategisk utbildningsinsats inom området långvarig smärta bör planeras och genomföras. Det kan ske inom ramen för ovan nämnda kraftsamling.
- Uppföljning av behandlingsresultat inom den aktuella vården i primärvården bör genomföras kopplat till nya vårdprogram. Det kan ske genom deltagande i register och/eller framtagande av regiongemensamma uppföljningsindikatorer.
- Samverkan mellan primärvård och sjukhusansluten vård behöver förstärkas, exempelvis i form av gemensamma patientkonferenser.
- Vårdkedjan och ansvarsfördelningen för patienter som lider av samsjuklighet, exempelvis beroende, bör förtydligas så att flera patienter aktivt och framgångsrikt kan delta i program för smärtrehabilitering.

2021-03-11

Capire Consulting AB

Dag Boman