

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta – långvarig, hos vuxna

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

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

SVRIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning för
Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta – Långvarig, hos vuxna

Datum	Version/beskrivning av förändring
22-10-20	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen	6
2. Konsekvenser	6
2.1 Omfattning	6
2.2 Nyttan eller risker för individen	13
2.3 Etiska aspekter	15
2.4 Verksamhet och organisation	15
2.5 Kostnader	16
2.6 Kompetensförsörjning.....	18
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöds.....	19
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	19
2.9 Uppföljning.....	19
2.10 Övriga konsekvenser	19
3. Bilagor	20
3.1 Hälsoekonomi.....	20
3.2 Gradering av långvarig smärta och vårdssökande	26
4. Referenser	27

Sammanfattning

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för långvarig smärta hos vuxna, utgör ett strukturerat försök att fånga patientgruppen för vilka smärta blivit en sjukdom i sig. Vårdförloppet omfattar åtgärder från att det konstateras förekomst av långvarig smärta när det inte finns misstanke om bakomliggande sjukdom eller tillstånd som orsakar smärttillståndet, tills att patienten fått adekvat diagnos, utredning och behandling och kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdinsatser. Vårdförloppet avser vuxna.

Förekomsten av svår och medelsvår långvarig smärta hos den vuxna befolkningen i Sverige uppskattats till cirka 20 procent. Samsjuklighet är vanligt förekommande, till exempel i form av depression, oro och även hjärt- och kärleksbesvär. Totala samhällsliga kostnader för svåra långvariga smärtor beräknades till 85 miljarder kronor år 2003. Av dessa var 10% vårdkostnader och 90% var indirekta kostnader. De föreslagna åtgärderna i vårdförloppet och ökningen de medför i patientnytta totalt sett, förväntas öka vårdkostnaderna på kort sikt. Detta eftersom fler patienter får en utökad och bättre vård. Däremot förväntas vårdförloppets införande innebära stora besparingar av indirekta kostnader eftersom åtgärderna leder till återgång i normal aktivitet inklusive arbete i större utsträckning. På längre sikt (inom en femårsperiod) förväntas de tidiga insatser och bättre struktur leda till mindre vårdsökande och minskade kostnader för individen, hälso- och sjukvården och samhället.

Beräkningarna i konsekvensbeskrivningen tar inte hänsyn till flera lovande projekt som pågår i Sverige om digitalisering av valda delar av vårdförloppet. I nuläget saknar vi underlag för att beräkna de digitala insatsernas påverkan på kostnaderna.

Konsekvensbeskrivningen innehåller beräkningar av förväntade förändringar i vårdkonsumtion och kostnader vid införande av vårdförloppet. Dessa har använt befolkningsstatistik och antaganden baserade på studier om hur många som under ett år söker vård för långvarig smärta, smärtans svårighetsgrad samt observerad vårdkonsumtion i grupper med långvarig smärta. Resultat visas för vuxna personer 18 till 65 år eftersom äldre som också kan ingå i vårdförloppet har andra behov som kräver särskilda åtgärder och förmodligen ett eget vårdförlopp. Vårdsökande vuxna personer 18 till 65 år med långvarig smärta skulle med vårdförloppets antaganden totalt utgöra 437 000 personer motsvarande 7 procent i befolkningen. Dessa har fördelats på tre grupper med olika funktionspåverkan och vårdkonsumtion i nuläget:

1. Personer med smärta med övergående funktionspåverkan (65 procent eller 284 000 personer, färre än tio vårdkontakter per år).
2. Personer med smärta med betydande funktionspåverkan (mellan 10 och 20 procent eller mellan 44 000 och 88 000 personer, färre än tio vårdkontakter per år)
3. Personer med smärta med hög funktionspåverkan och mycket högt vårdsökande (mellan 15 och 25 procent eller mellan 66 000 och 110 000 personer, minst tio vårdkontakter per år och i genomsnitt 20 till 25 vårdkontakter).

Vårdförloppet förväntas leda till bättre kontinuitet, vård på rätt nivå och ett bättre val av åtgärder för den första gruppen. Dessa ändringar bedöms inte öka den totala vårdkonsumtionen på kort sikt.

Detta förutsätter dock ett aktivt arbete för att införa vårdförloppets arbetssätt inklusive koordinering och tillgång till multimodala team i primärvården.

För den andra gruppen förväntas vårdförloppet ha stor betydelse genom att tidigt ge en strukturerad behandling som kan förebygga betydligt större framtida vårdbehov. Detta genom tidiga och riktade åtgärder som ökar antalet personer som får rätt unimodala (en behandlare), intermediära (två eller fler behandlare som kommunicerar med varandra kring patientens behov) och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar (samordnade insatser från flera behandlare med en gemensam plan för sina patientinsatser) inom primärvården, som är tillräckliga för att möta behovet.

Den tredje gruppen har i nuläget mycket högt vårdsökande. Det är en viktig målgrupp där regionerna särskilt behöver säkerställa att patienterna får vård i enlighet med vårdförloppet i ett tidigare skede än vad som sker idag. Upprepade vårdkontakter kan vara en signal på att personen behöver andra typer av vårdåtgärder, som även är anpassade efter dennes behov. Vårdförloppets nulägesbeskrivning pekar till exempel på brister vad gäller kontinuitet och strukturerat omhändertagande såsom upprättande och uppföljning av rehabiliteringsplaner och att detta leder till upprepat vårdsökande utan att rätt åtgärder sätts in.

Vårdförloppet för långvarig smärta hos vuxna beräknas öka kostnaderna för hälso- och sjukvården i regionerna. Detta särskilt för den andra gruppen med betydande smärta som inte är övergående. Beräkningarna pekar på att ett systematiskt införande av vårdförloppet kan innebära fler tidiga insatser och bättre struktur vilket på kort sikt kan öka kostnaderna mellan 277 miljoner kronor och 511 miljoner kronor. Kostnaderna för multimodal behandling i primärvården bedöms också kunna öka på kort sikt med omkring 25 miljoner kronor genom att fler personer får större insatser tidigt. Det förväntas också innebära behov av satsning på kompetensutveckling om smärta inklusive särskilda satsningar inom primärvården för att tidigare möta behov hos personer med långvarig smärta.

En förbättrad handläggning och ökad ambition att erbjuda fler personer tidig utredning och strukturerad behandling inom primärvården förväntas på kort sikt öka behovet av insatser från hälso- och sjukvården. Detta eftersom primärvården behöver öka antalet personer som utreds strukturerat enligt vårdförloppet och som erbjuds unimodala, intermediära och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar utifrån personens behov.

Personer som idag har en högt vårdsökande utan att få rätt insatser, förväntas minska sin vårdkonsumtion utifrån att vårdförloppet ger stöd och vägledning för att identifiera de åtgärder som ger bäst patientnytta.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) nervsystemets sjukdomar ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) vårdförlopp långvarig smärta hos vuxna har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetsgruppen inkluderade experter med klinisk erfarenhet av primärvården så väl som specialiserad vård, inom områden medicin (smärtlindring, allmän medicin, rehabiliteringsmedicin, anestesi och intensivvård), omvårdnad, psykologi, fysioterapi och arbetsterapi. Konsekvensbeskrivningen färdigställdes under våren 2022.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

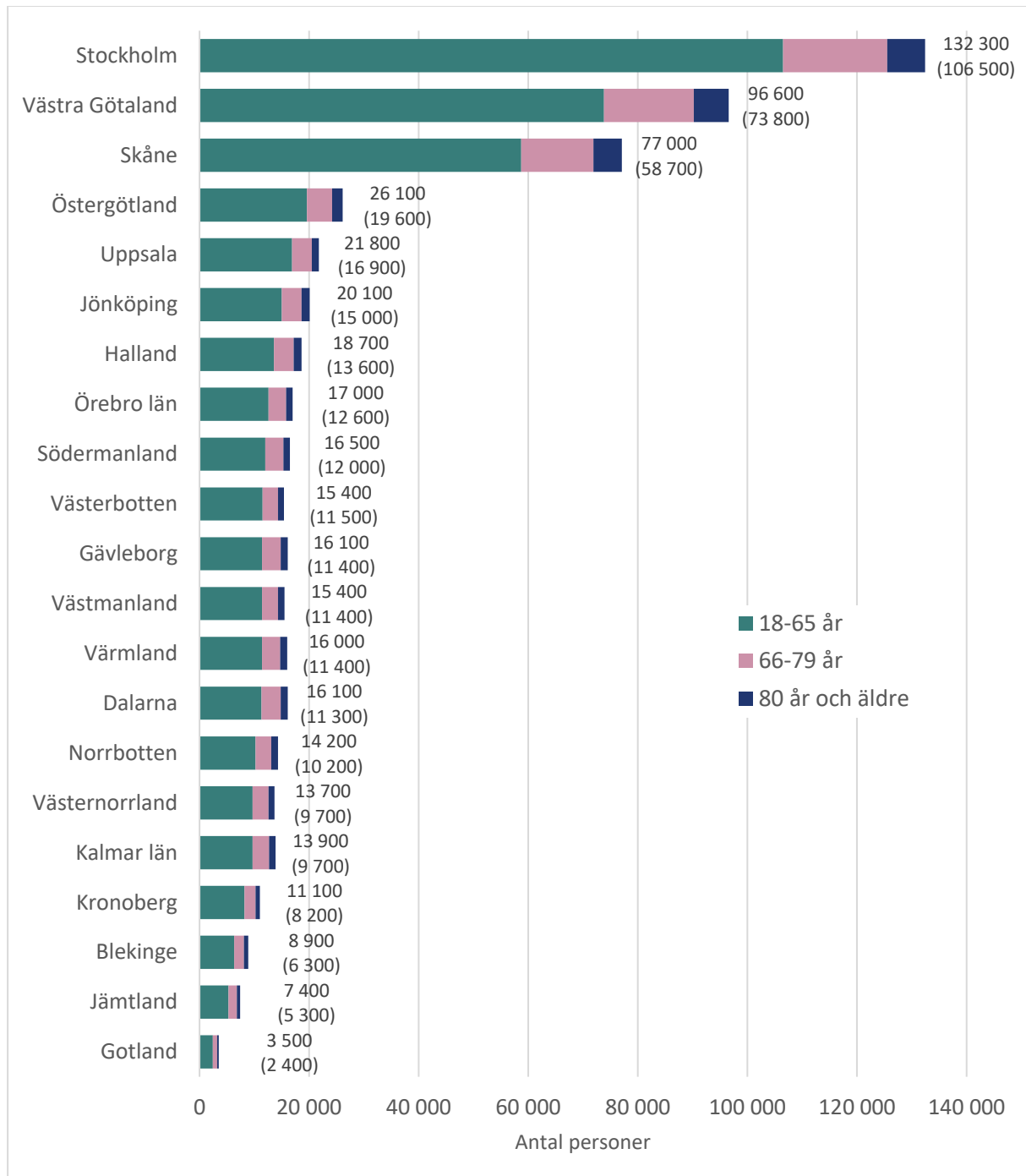
Långvarig smärta beskrivs i dag som ett tillstånd som skiljer sig från akut smärta i dess orsak och konsekvenser. Men både behandlare och patienter betraktar ofta långvarig smärta som om det vore akut smärta, vilket inte så sällan leder till felaktiga orsaksförklaringar och behandlingar samt till negativa upplevelser hos både patienter och vårdpersonal [1, 2]. I vårdförloppet definieras långvarig smärta i termer av tid (minst tre månader) i brist på en mer precis definition. ”Ju längre en smärta pågår, desto mindre blir den endast ett symptom på en underliggande patologi och desto mer blir den ett eget problem. Det finns goda skäl att kalla långvarig smärta för en egen sjukdom i sig” (s 43) [2]. Vårdförloppet utgör ett strukturerat försök att fånga patientgruppen för vilka smärta blivit en sjukdom i sig.

Vårdförloppet inleds vid vårdkontakt för smärta i minst tre månader, för risk för långvarig smärta, om patienten har kvarstående långvarig smärta efter avslutad behandling för bakomliggande sjukdom eller tillstånd, eller om det finns ett vård- och rehabiliteringsbehov trots att flera utredningar/åtgärder för den långvariga smärtan har genomförts. Vårdförloppet avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare vårdinsatser.

I en stor europeisk undersökning har förekomsten av svår och medelsvår långvarig smärta hos den vuxna befolkningen i Sverige uppskattats till cirka 20 procent [3]. Samsjuklighet är vanligt förekommande, till exempel i form av depression, oro och även hjärt- och kärlbesvär [4-7]. Ungefär sju procent av befolkningen är vårdsökande på grund av långvarig smärta [8]. Det saknas mätningar på regional nivå och därför baseras regionala beräkningar i konsekvensbeskrivningen på nationella data och befolkningsmängd per region. Det finns data som pekar på att ju fler gånger smärtan upplevs i en tidsperiod, desto större sannolikhet att vårdsökande, och därmed kostnader, ökar [9].

Figur 1 nedan illustrerar hur många personer med långvarig smärta som är vårdsökande per region enligt antagandet att det är sju procent av den vuxna befolkningen. I riket motsvarade det år 2021 totalt cirka 578 000 personer, varav 76 procent (437 000 personer) var i förvärvsaktiv ålder 18 till 65 år, 18 procent (101 000 personer) tillhörde gruppen 66 till 79 år och resterande, drygt sju procent, var 80 år och äldre. De tre storstadsregionerna kan tillsammans svara för drygt hälften av dessa (18 till 65 år 239 000 personer av 437 000 personer i förvärvsaktiv ålder, 55 procent; 18 år och äldre

306 000 personer av 578 000 vuxna, 53 procent) om alla regioner kan antas ha cirka sju procent av den vuxna befolkningen som är vårdsökande för långvarig smärta.



Figur 1. Beräknat antal vuxna personer per region som är vårdsökande för långvarig smärta, samt beräknat antal av dessa som är i förvärsaktiv ålder (siffra inom parentes). Beräkningen utgår från antagandet att dessa utgör 7 procent av den vuxna befolkningen. Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik år 2021 och beräkningar inom arbetsgruppen.

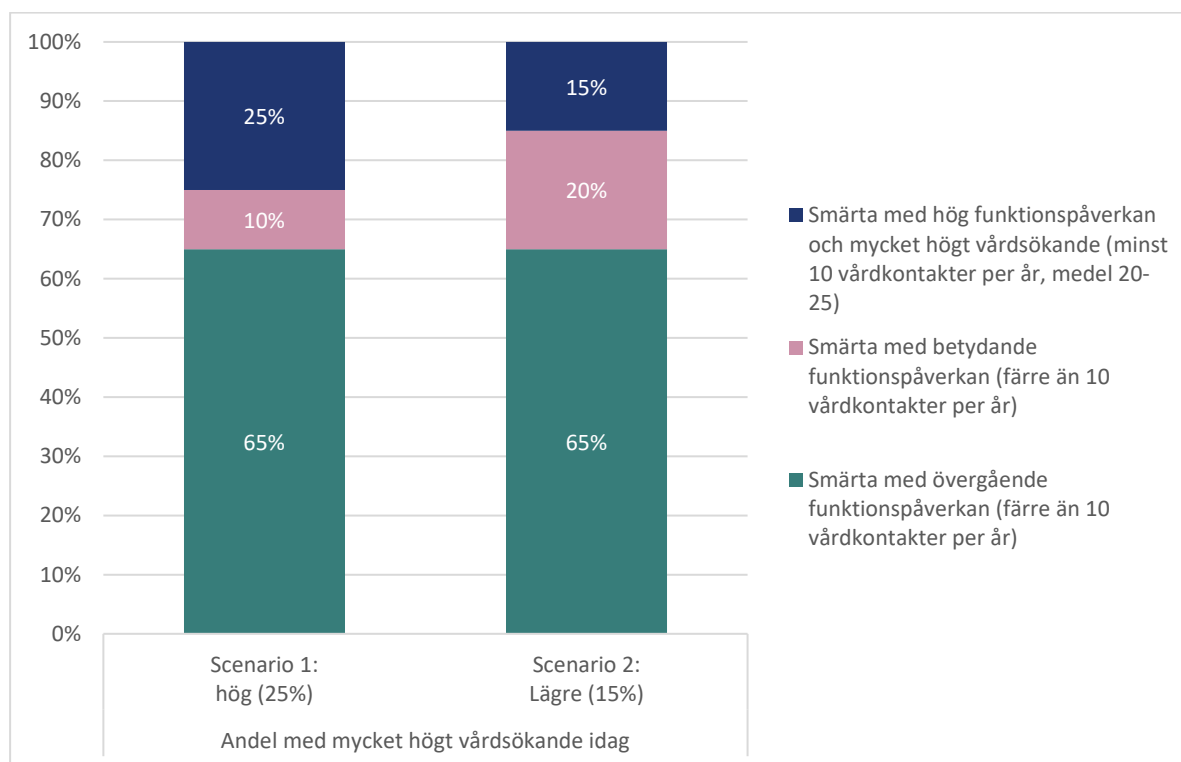
Det saknas säkra data på hur många personer bland de som söker vård för långvarig smärta som är aktuella för vårdförloppet. Denna konsekvensbeskrivning innehåller därför antaganden om hur många personer med långvarig smärta som är aktuella för vårdförloppet och för vilka delar av vårdförloppet de är aktuella.

Baserat på uppgifter i tre publicerade studier [9-11], en hälsoekonomisk kalkyl i en nyligen publicerad svensk systematisk översikt [12] och arbetsgruppens bedömning utifrån beprövad erfarenhet kan nuläget vårdkonsumtion i relation till svårighetsgraden av långvarig smärta i befolkningen uppskattas.

Figur 2 visar två scenarier för hur personer 18 till 65 år, som söker vård för långvarig smärta, fördelar sig utifrån tre grader av funktionspåverkan

- i. Smärta med övergående funktionspåverkan (färre än tio vårdkontakter per år);
- ii. Smärta med betydande funktionspåverkan (färre än tio vårdkontakter per år); samt
- iii. Smärta med hög funktionspåverkan och mycket högt vårdsökande (minst tio vårdkontakter per år).

I de två scenarierna varierar andelen vårdsökande med mycket högt vårdsökande (minst tio vårdkontakter per år) så att de i scenario 1 utgör 25 procent av de vårdsökande och i scenario 2 är det 15 procent.



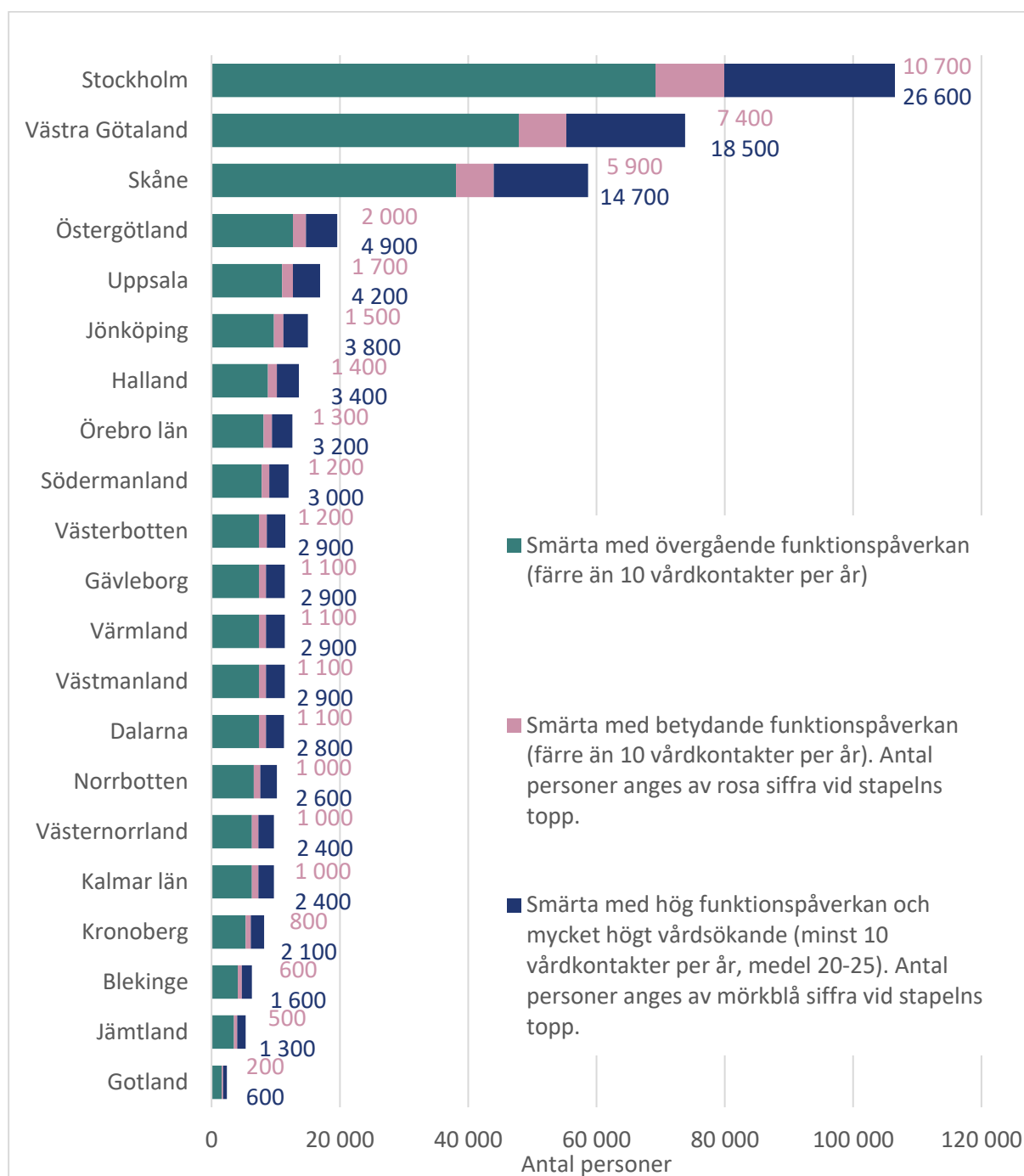
Figur 2. Smärta med olika grad av funktionspåverkan och vårdkonsumtion i nuläget. Andel med mycket högt vårdsökande (20-25 vårdkontakter per år i genomsnitt) respektive färre än 10 vårdkontakter per år med betydande eller övergående funktionspåverkan. Konsekvensbeskrivningens alternativa antaganden i två scenarier utifrån publicerade studier [10, 11].

Utifrån dessa antaganden och svensk befolkningsstatistik fördelas de totalt 437 000 vårdsökande i åldrarna 18 till 65 år i båda scenarierna så att 284 000 personer har en övergående funktionspåverkan med vårdens nuvarande åtgärder. Vårdförloppet innebär troligen inte en ökning av vårdkonsumtionen för denna grupp men däremot förväntas vårdförloppet leda till bättre kontinuitet, vård på rätt nivå och ett bättre val av åtgärder.

Den grupp som söker vård för långvarig smärta som har betydande funktionspåverkan och som enligt vårdförloppet behöver fler åtgärder från hälso- och sjukvården än vad de får idag, omfattar i scenario 1 nästan 44 000 personer. För denna grupp förväntas vårdförloppet ha stor betydelse genom att tidigt ge en strukturerad behandling som kan förebygga betydligt större framtida vårdbehov. Detta genom tidiga och riktade insatser som ökar antalet personer som får rätt unimodala (en behandlare), intermediära (två eller fler behandlare som kommunicerar med varandra kring patientens vid behov) och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar (samordnade insatser från flera behandlare med en gemensam plan för sina patientinsatser) inom primärvården, som är tillräckliga för att möta behovet.

Den grupp som har ett mycket högt vårdsökande bedöms omfatta mellan 65 000 och 110 000 personer i åldrarna 18 till 65 år. Det är en viktig målgrupp för vilken regionerna särskilt behöver säkerställa att personerna får vård i enlighet med vårdförloppet i ett tidigare skede än vad som sker idag. Detta utifrån att upprepade vårdkontakter kan vara en signal på att personen behöver andra typer av vårdåtgärder som är anpassade efter dennes behov. Ett högt vårdsökande, utan att personen får effektiv behandling, innebär också höga kostnader för regionerna där resurser kan användas bättre för att ge personen insatser med visad effekt och kostnadseffektivitet.

Vårdförloppets nulägesbeskrivning pekar till exempel på brister vad gäller kontinuitet och strukturerat omhändertagande såsom upprättande och uppföljning av rehabiliteringsplaner, och att detta leder till upprepat vårdsökande utan att rätt åtgärder sätts in, vilket leder till ett icke adekvat omhändertagande av patienter och stora kostnader för samhället. Såsom Figur 3 illustrerar skulle det röra sig om många personer i varje region där en implementering av vårdförloppet framför allt kan leda till en bättre användning av befintliga vårdresurser, en bättre patientnytta och på sikt leda till att en samhällsbesparing uppnås. Detta eftersom gruppen i nuläget har många vårdbesök.



Figur 3. Beräknat antal vuxna personer 18 till 65 år per region med vårdsökande för långvarig smärta och uppdelat i tre grupper utifrån nulägetets nivå på vårdsökande och funktionspåverkan. Uppgifter baserade på fördelning i Scenario 1. Siffrorna vid stapelns topp anger antal personer i de två grupper som förväntas påverkas mest av vårdförloppet. Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik år 2021 och beräkningar av arbetsgruppen.

Tabell 1 Beräknat antal vuxna personer 18 till 65 år per region med våldsökande för långvarig smärta och uppdelat i tre grupper utifrån nulägetets nivå på våldsökande och funktionspåverkan. Uppgifter baserade på fördelning i Scenario 1. Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik år 2021 och beräkningar inom projektet.

Region (efter befolkningsstorlek)	Smärta med övergående funktionspåverkan (färre än 10 vårdkontakter per år)	Smärta med betydande funktionspåverkan (färre än 10 vårdkontakter per år)	Smärta med hög funktionspåverkan och mycket högt våldsökande (minst 10 vårdkontakter per år, medel 20-25)
Gotland	1 600	200	600
Jämtland	3 500	500	1 300
Blekinge	4 100	600	1 600
Kronoberg	5 300	800	2 100
Kalmar län	6 300	1 000	2 400
Västernorrland	6 300	1 000	2 400
Norrbotten	6 600	1 000	2 600
Dalarna	7 400	1 100	2 800
Västmanland	7 400	1 100	2 900
Värmland	7 400	1 100	2 900
Gävleborg	7 400	1 100	2 900
Västerbotten	7 400	1 200	2 900
Södermanland	7 800	1 200	3 000
Örebro län	8 100	1 300	3 200
Halland	8 800	1 400	3 400
Jönköping	9 700	1 500	3 800
Uppsala	11 000	1 700	4 200
Östergötland	12 700	2 000	4 900
Skåne	38 100	5 900	14 700
Västra Götaland	47 900	7 400	18 500
Stockholm	69 200	10 700	26 600
Riket	284 000	43 800	109 700

Majoriteten av de som drabbas av långvarig smärta söker vård inom primärvården enligt arbetsgruppens bedömning. Utifrån de antaganden som beskrivs i Figur 2 påverkar vårdförloppet inte de flesta av de som söker vård för långvarig smärta. De förändring som föreslås i vårdförloppet avser kunna minska våldsökande hos patienter i gruppen med mycket högt våldsökande samt minska risken för att patienter med betydande funktionspåverkan och relativt lågt våldsökande övergår på längre sikt till gruppen med högt våldsökande. Regionerna måste däremot arbeta aktivt för att tidigt sätta in insatser som motsvarar patienternas behov. Införandet av vårdförloppet tydliggör insatser för utredning, behandling och uppföljning inom primärvården i vårdförloppets inledande steg.

Fler personer bedöms vara i behov av multimodal smärtrehabilitering, MMR, och den ökningen bör framför allt ske inom primärvården. I avsnittet Verksamhet och organisation beskrivs förbättringar i smärtrehabilitering i olika delar av hälso- och sjukvården och möjligheten att ett urval av vårdcentraler per region utvecklar kompetens att erbjuda MMR.

Enligt 2020 års rapport från Nationella Registret över Smärtrehabilitering, NRS, var det 2 942 personer som fick multimodal rehabilitering i den specialiserade vården, ytterligare 505 personer fick det i primärvården. Rapporteringen av MMR i primärvården innehåller viss osäkerhet eftersom flera anslutna enheter håller på att organisera sina registreringar och det totala antalet kan vara något större. Å andra sidan kan den förhållandevis lilla andelen MMR som sker inom primärvården återspegla regionernas osäkerhet kring långsiktig finansiering. Flera regioner har slutat erbjuda MMR inom primärvården sedan de stimulanspengar för multimodal smärtrehabilitering som delades ut under benämningen rehabiliteringsgaranti upphörde.

Vårdförloppet bedöms innebära tidigare insatser inom primärvården inklusive fler personer som kan få MMR vid någon av de vårdcentraler som har denna kompetens. I ett första steg kan antalet personer som får MMR fördubblas, en ökning som sker i primärvården. Vårdförloppet skulle innebära att utöver de omkring 3 500 personer som fick MMR enligt NRS senaste årsrapport, skulle ytterligare 4 000 personer få MMR i primärvården. Denna siffra (MMR i primärvården för 4 000) kan vara en överskattning på grund av en sannolik underregistrering i primärvården. Vi har valt behålla den eftersom antal underregistreringar i primärvårdens MMR är okänd. Siffrorna ovan ingår i kostnadsberäkningen för både Scenario 1 och Scenario 2.

NRS registrerar därtill i nuläget omkring 1 800 personer per år med genomgången utredning men utan behov av MMR inom den specialiserade vården, utan i stället behov av andra riktade åtgärder. Vårdförloppet bedöms på sikt kunna minska antalet utredningar som görs inom den specialiserade vården och som enbart leder till att personen skickas åter till primärvården, i takt med att vårdförloppet leder till ökad kompetens om långvarig smärta i primärvården.

De flesta personer som drabbas av långvarig smärta tar inte kontakt med vården för sina smärtor. De arbetar vidare och upplever inga eller ringa inskränkningar i sitt dagliga liv. Med goda råd och tillgång till adekvat kunskap kan denna grupp i bästa fall med hjälp av egenvård hantera sina besvär utan större vårdåtgärder (cirka 60 procent av personer med smärtbesvär, enligt SBU).

Diagnossystemet med ICD-10-diagnoser uppvisar stora brister vad gäller långvarig smärta eftersom klassifikationen till viss del enbart bygger på lokalisering och varaktighet utan att ta hänsyn till de aktiverade mekanismerna. På detta sätt försvåras alla försök att särskilja de patienter som har smärta på grund av ett behandlingsbart medicinskt tillstånd eller en bakomliggande sjukdom som orsakar smärttillståndet. Att smärta blir ett problem i sig upptäcks ofta efter en lång rad kontakter med vården, på olika nivåer och specialiteter och efter att flera beskrivande diagnoser ställts. Kunskap om incidensen av långvarig smärta förblir därför okänd. Implementering av vårdförloppet kan underlätta införskaffande av denna viktiga information.

Data från svenska publicerade artiklar visar att smärta som nedsätter funktionen i rygg och nacke i hög grad är vanligast bland personer som har hårt fysiskt arbete samt bland lägre tjänstemän, och minst vanligt bland tjänstemän på hög och mellannivå [13-15]. Personer med lägre utbildning och

inkomst samt arbetslösa har större sannolikhet att utveckla långvarig smärta med större funktionsnedsättningar och känslomässiga konsekvenser. I internationella studier har samband mellan socioekonomisk status och långvarig smärta samt dess behandling kopplats till ökad sårbarhet för kroniska tillstånd, exponering för yrkesrisker och minskad tillgång till vård [16].

2.2 Nyttan eller risker för individen

Vårdförloppet kan möjliggöra följande nyttor för patienten:

- Vårdförloppet för långvarig smärta hos vuxna syftar till att möjliggöra kontinuitet för en patientgrupp som oftast behöver flera åtgärder från olika behandlare och många gånger i samverkan med arbetsgivare och myndigheter, såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen med flera. Genom planerade steg i vårdförloppet ska patientens känsla av trygghet öka, vilket anses vara viktigt för att patienten ska känna sig förstörd, kunna tillgodogöra sig kunskap om smärta och lära sig att testa strategier för att kunna hantera sin smärta i det dagliga livet.
- Vårdförloppet syftar också till att förstärka värdeskapande besök som hänger samman (vårdkedja) genom att bland annat minska onödiga återbesök samt öka samverkan mellan vårdnivåer och vårdpersonalen, där vården efterfrågas samt att vården utgår ifrån patientens behov och delaktighet.
- Vidare avser vårdförloppet att öka kunskap om långvarig smärta hos vårdpersonal och patienter och uppmuntra till samverkan och dialog dem emellan, med syfte att förbättra kvalitet vid vårdmöten samt minska oro, otrygghet och osäkerhet.
- Slutligen syftar vårdförloppet till att stödja patienten utan att ta över dennes ansvar. Detta sker genom att en rehabiliteringsplan skapas i dialog mellan vården och patienten och att patienten erbjuds både stöd och vägledning i kontakter, åtgärder och egenvård. Planen revideras under vårdförloppet och ägs av patienten.

Följande risker har identifierats och hantering av dessa definierats:

- Patientgruppen är stor och heterogen. Enligt kvalitativa studier uppfattas vårdmötena vara påfrestande och präglade av erfarenheter av ifrågasättande och misstro. En alltför förenklad användning av vårdförloppet kan för en mindre andel patienter innebära att grundläggande utredningar och konsultationer inte görs och att differentialdiagnostik brister. Vårdförloppet innebär satsningar på smärtutbildning och tydliga konsultationsvägar samt nödvändiga anpassningar i organisationen som avser att minska risken för förenklad användning av vårdförloppet.
- Vårdförloppet utgår från att det finns strukturer och kompetenser på olika vårdnivåer som samverkar för att optimera de insatser som varje individuell patient behöver. Vid avsaknad av dessa strukturer och kompetenser, kan patientvården för denna grupp brista. En förutsättning för ett välfungerande vårdförlopp för långvarig smärta är att vården i regionerna organiseras för att underlätta de olika steg som ingår i vårdförloppet samt att befintliga regionala utbildningsinsatser koordineras, utökas vid behov och integreras i uppdraget.

- Rehabiliteringsplanen som är grunden för ett strukturerat omhändertagande av personer med långvarig smärta kan uppfattas som mycket omfattande dokumentation skilt från journaltexten. Även om det i vissa regioner inte finns möjlighet att ha rehabiliteringsplan som en del av journalen är planen mycket viktig för vårdförloppet. Den måste utformas så att den blir hanterbar både för patienter och för vården. Fungerande exempel bör finnas tillgängliga.
- Vårdförloppet har särskilt fokus på brister i det tidiga omhändertagandet inom regionernas primärvård och syftar därför till att rekommendera tidiga och adekvata åtgärder. Fokusering kan medföra flera risker för patienter:
 - att åtgärder sätts in för patienter som skulle klara sig utan ytterligare vårdinsatser. Vårdförloppet innebär att satsningar på smärtutbildning och tydliga konsultationsvägar ska minska risken.
 - att vårdförloppet uppfattas som alltför omfattande och att andra patientgrupper riskera undanträngningseffekter eller att ytterligare resurser krävs. Vårdförloppet fokuserar på patienter som redan idag är vårdsökande, inte får adekvat planering eller insatser som leder till att de kan förhålla sig till sin situation utan ytterligare vårdåtgärder.
 - att man fokuserar på de tidiga insatserna och tappar bort behov av specialiserad vård för patienten som behöver specialiserade åtgärder. Tillgänglighet till regionernas specialiserade vård och till sjukvårdsregionernas specialiserade vård är en förutsättning för att patienter ska få den vård de behöver, enligt vårdförloppet.
- Vårdförloppet bygger på ett ömsesidigt ansvar vad gäller rekommendationer och egenvård. Om motivationsarbete, information och utbildning brister finns det risk att patienten inte klarar av sin egenvård, att hen känner sig "lämnad" och misslyckad och att vårdpersonalen blir frustrerad, vilket kan leda till påfrestande och otillfredsställande vårdmöten. I vårdförloppet betonas vikten av dialog, information, patientutbildning och motivationsarbete för att minska denna risk.
- Ofta finns det ett gap mellan patientens förväntningar och förväntat utfall av de tillgängliga och evidensbaserade åtgärderna. Patienten kan vilja ha tillgång till specialistkunskap när vårdförloppet fortfarande rekommenderar att åtgärder sker inom primärvården. Patienten kan då söka sig till olika behandlare samtidigt. Denna risk minskar vid välplanerade möten med dialog och information om de olika alternativ som finns samt utbildande insatser om långvarig smärta som kan stärka samverkan mellan vårdpersonalen och patient.
- För patienter i behov av anpassade insatser (behov av tolk, kognitiva svårigheter, kommunikationssvårigheter) finns det risk att nyttan av vårdförloppet, med tanke på gruppinsatser eller digitaliserade insatser, inte försämras men inte blir lika stor som för patienter utan dessa behov. Vårdförloppet kan användas för att tydliggöra dessa behov och uppmuntra till vidare utveckling.

Åtgärder som är kopplade till kunskapsstödet är baserade på systematiskt framtaget kunskapsunderlag.

Förutsättningarna för patientens och närståendes delaktighet förbättras med kunskapsstödet genom rekommendationer om dialog inför beslut samt om uppföljning efter åtgärd. Vidare rekommenderas användning av en rehabiliteringsplan som skapas i samverkan mellan vårdpersonalen och patienten samt dennes närstående om möjligt.

2.3 Etiska aspekter

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta införs för att säkerställa jämlik och tillgänglig vård för alla patienter, oavsett bakgrund och var de befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför finnas ur ett jämlikhetsperspektiv. Tvärtom förväntas vårdförloppet för långvarig smärta bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra vilka åtgärder och insatser som ska gälla för samtliga patienter, oberoende av kön, ålder, geografi, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, födelseland, religion, sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller uttryck.

Berättelser från patienter med långvarig smärta och deras upplevelser av möte med vårdpersonal har dokumenterats, sammanfattats och analyserats i vetenskapliga publikationer, i nationella kartläggningar samt hos patientorganisationerna. Ett välstrukturerat vårdförlopp med definierade hållplatser för dialog och beslut samt information är välkommet. Vårdförloppet avser minska upplevelser av ifrågasättande, otrygghet och misstänksamhet som dokumenterats både i Sverige och internationellt. Vidare uppfattar många patienter och vårdpersonal alltför ofta att vårdkontakter är icke-värdeskapande. Vårdförloppet syftar att minska icke-värdeskapande vårdkontakter vilket innebär en mer effektiv användning av vårdens resurser.

Inklusionskriterierna för vårdförloppet minskar onödig eller omotiverad vård, exempelvis onödiga undersökningar eller behandlingar och innebär att patienter som redan omfattas av de åtgärder som beskrivs i vårdförloppet kommer att göra det i högre utsträckning än idag samt att patienter som borde ingå inkluderas.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta avser utgöra ett kunskapsstöd för mötet mellan patient och vårdpersonal utifrån den evidens som finns, med syfte att varje patient ska erbjudas vård utifrån dennes behov.

Inga negativa konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården – människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen eller kostnadseffektivitetsprincipen hittas som kan härledas till förändringar som vårdförloppet rekommenderar.

2.4 Verksamhet och organisation

Tillgången till adekvat vård för patienter med långvarig smärta skiljer sig mellan regionerna. I vissa regioner finns det redan ett strukturerat omhändertagande men det är inte alla patienter som erbjuds smärtvård på grund av bristande kunskap och/eller kompetenser.

Vårdförloppet innebär att handläggning av patienter med långvarig smärta bör nivåstruktureras enligt rekommendationer från en rapport 2016 [8]. Följande rekommendationer togs fram vad gäller organisatoriska förändringar.

För att erbjuda jämlik vård och underlätta utbildningsinsatser rekommenderas fyra vårdnivåer:

Nivå 1: I regionernas primärvård, där de flesta patienter finns, är det en ojämn och icke samordnad tillgång till utbildningsinsatser kring smärtfysiologi, smärtanalys och bemötande av patienter med långvarig smärta, som motsvarar primärvårdens behov. På varje primärvårdsenhet bör det finnas en

fast vårdkontakt med uppgift att koordinera rehabilitering inom vårdens alla nivåer och med externa aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och/eller arbetsgivare.

Nivå 2: Multimodala team bör finnas inom primärvården för att erbjuda rehabilitering till patienter som kräver samordnade insatser. Dessa team bör utifrån en strukturerad rehabiliteringsplan, arbeta med patienten utifrån en biopsykosocial modell för återgång i normal livsföring. Verksamheten kan med fördel centraliseras till ett mindre antal enheter inom regionerna.

Nivå 3: Interdisciplinära specialiserade smärtenheter/smärtmottagningar bör finnas inom den specialiserade vården för patienter som inte kan hanteras inom primärvården i regionerna. Dessa enheter bör ha i uppdrag att vara en konsultverksamhet till primärvården samt i lämpliga fall att planera och effektuera insatser för patienterna, vilket inkluderar multimodal smärtrehabilitering, hantering av mediciner, andra riktade åtgärder, konsultation med smärtcentra och rekommendationer till primärvården.

Nivå 4: Minst ett interdisciplinärt smärtcentrum för högspecialiserad smärtvård bör finnas inom varje sjukvårdsregion för komplexa patienter och inkludera tillgång till vårdavdelningsplatser. Dessa centra bör samarbeta med varandra och även syssla med utbildnings- och forskningsuppdrag. För övriga vårdnivåer ska de utgöra ett lättillgängligt och uppdaterat kunskapsstöd.

Från ett patientflödesperspektiv innebär nivåstruktureringen att patienter med smärta som blivit ett problem i sig (smärta som en sjukdom i sig) ska identifieras och om möjligt tas om hand på ett adekvat sätt inom primärvården. En del av dessa patienter bör genomgå teambaserad rehabilitering inom primärvården. En mindre andel patienter bör remitteras till specialiserade smärtenheter/-mottagningar. Enstaka patienter med komplex och omfattande problematik bör remitteras till smärtcentra.

2.5 Kostnader

Totala samhälleliga kostnader för svåra långvariga smärtor beräknades till 85 miljarder kronor år 2003. Av dessa var 10% vårdkostnader och 90% var indirekta kostnader som mestadels utgjordes av bortfall från arbete [8]. De föreslagna åtgärderna i vårdförloppet och ökningen de medför i patientnytta totalt sett, förväntas öka vårdkostnaderna på kort sikt. Detta eftersom fler patienter får en utökad och bättre vård. Däremot förväntas vårdförloppets införande innebära stora besparingar av indirekta kostnader eftersom åtgärderna leder till återgång i normal aktivitet inklusive arbete i större utsträckning.

Dessa beräkningar tar inte hänsyn till flera lovande projekt som pågår i Sverige om digitalisering av valda delar av vårdförloppet. Införande av digitala insatser som visar positiv effekt på patienternas hantering av långvarig smärta förväntas minska de kostnader för hälso- och sjukvården som presenteras i denna rapport. I nuläget saknar vi underlag för att beräkna de digitala insatsernas påverkan på kostnader.

En förbättrad handläggning och ökad ambition att erbjuda fler personer tidig utredning och strukturerad behandling inom primärvården förväntas på kort sikt öka behovet av insatser från hälso- och sjukvården. Detta eftersom primärvården behöver öka antalet personer som utreds strukturerat

enligt vårdförloppet och som erbjuds unimodala, intermediära och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar utifrån personens behov. Personer som idag söker mycket vård utan att få rätt insatser, förväntas minska sin vårdkonsumtion utifrån att vårdförloppet ger stöd och vägledning för att identifiera de åtgärder som ger bäst patientnytta. Det saknas emellertid säkra uppgifter om hur stor den samlade vårdkonsumtionen är för personer med långvarig smärta generellt. Det saknas också aktuella data som omfattar hela den populationen samt dess olika behov. Däremot bedöms förändringarna och ökningen i patientnytta totalt sett öka kostnaderna på kort sikt. På längre sikt (inom en femårsperiod) förväntas de tidiga insatser och bättre struktur leda till lägre vårdsökande och minskade kostnader för individen, hälso- och sjukvården och samhället.

Konsekvensbeskrivningens bilaga innehåller en utvecklad redovisning av underlag för att beskriva nuläget för resursanvändning och förväntade förändringar, utifrån de utmaningar som finns i idag enligt vårdförloppets nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter. Bilagan innehåller underlag och analys avseende tre åtgärder som lyfts fram i vårdförloppet. Ytterligare underlag och beskrivningar av förväntade ekonomiska konsekvenser av vårdförloppet återfinns i Bilaga Hälsoekonomi.

Tabell 2. Sammanställning åtgärder, beskrivning och konsekvenser inklusive budgetpåverkan

Åtgärd	Beskrivning	Konsekvenser inklusive budgetpåverkan utifrån åtgärder som listas som utmaningar i patientresan
Ökad kompetens om långvarig smärta på vårdcentraler och i andra delar av vården	<ul style="list-style-type: none"> Bred satsning på kompetensutveckling riktad till vårdpersonal som arbetar inom primärvården och andra delar av hälso- och sjukvården som möter personer med långvarig smärta. 	<ul style="list-style-type: none"> Kostnaderna beror på innehållet i utbildningen och hur många som förväntas genomföra den. Hälso- och sjukvården kan till exempel utveckla en digital utbildning riktad till större grupper för att uppmärksamma långvarig smärta och risker med bristande kontinuitet. Om utbildningen exempelvis ges till 12 personer på varje vårdcentral innebär det att omkring 16 300 personer i riket genomgår utbildningen. Om utbildningen är två timmar lång motsvarar det omkring 17 helårstjänster i Sverige som helhet. Varje extra utbildningstimme motsvarar knappt nio helårstjänster som läggs på kompetensutveckling.
Förbättrad organisation och ett ökat antal vuxna med långvarig smärta som utreds och behandlas enligt vårdförloppet i primärvården	<ul style="list-style-type: none"> Sju procent av alla vuxna beräknas söka vård för långvarig smärta varje år. Det motsvarar 437 000 personer i åldrarna 18 till 65 år i Sverige år 2021. 	<ul style="list-style-type: none"> Om tio procent av de med färre än tio vårdbesök per år men med betydande funktionsnedsättning på grund av smärta får insatser enligt vårdförloppet, förväntas de årliga kostnaderna på kort sikt vara 277 miljoner kronor högre än i dag när hänsyn tas till både ökade och tidiga insatser. Om istället 20 procent av de med färre än tio vårdbesök per år men betydande funktionsnedsättning på grund av smärta får insatser enligt vårdförloppet förväntas de årliga kostnaderna på kort sikt vara 511 miljoner kronor högre än idag när hänsyn tas till både ökade och tidiga insatser. På längre sikt förväntas de tidiga insatser och bättre struktur leda till mindre vårdsökande och behov av vårdinsatser.

Åtgärd	Beskrivning	Konsekvenser inklusive budgetpåverkan utifrån åtgärder som listas som utmaningar i patientresan
Förbättrad organisation identifierar på kort sikt fler vuxna med långvarig smärta med behov av multimodal rehabilitering men reducerar detta antal på lång sikt.	<ul style="list-style-type: none"> • Sju procent av alla vuxna beräknas söka vård för långvarig smärta varje år. Det motsvarar 437 000 personer i åldrarna 18 till 65 år i Sverige år 2021. • Enligt 2020 års rapport från Nationella Registret över Smärt-rehabilitering, NRS, fick 2 942 personer MMR i den specialiserade vården och ytterligare 505 personer fick MMR i primärvården under 2019. 	<ul style="list-style-type: none"> • En sammanställning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, fann att det saknades tillräckligt underlag för att beräkna kostnadseffektiviteten av MMR, men SBU visade i en kalkyl att olika antaganden om storlek på effekt på vårdkonsumtion och sjukskrivning påverkar bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna starkt. • Om vårdförloppet leder till att 4 000 fler får MMR redan i primärvården och behovet av remittering till den specialiserade vården halveras från dagens 3 000 till 1 500 så stannar ökningen av MMR på lång sikt vid omkring 1,25 procent (upp från 0,8 procent) av alla vårdsökande för långvarig smärta. • Den årliga kostnadsökningen blir på kort sikt 24,5 miljoner kronor jämfört med nuläget.

2.6 Kompetensförsörjning

För att kunna arbeta enligt vårdförloppet behövs utökad kompetens inom områdena smärtefysiologi, smärtanalys och hantering av patienter med långvarig smärta (bemötande och samtal, smärtutbildning, behandlingar och insatser inom området samt hantering av beroendeframkallande substanser). Det innebär att kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner kommer att behövas inom primärvården men också i den specialiserade vården, samt att befintliga insatser samordnas så att dessa når både nya behandlare och vårdpersonal som redan arbetar med patientgruppen.

Utbildningsinsatser för primärvården finns, men dessa är ojämlikt fördelade inom och mellan regionerna. Det finns ett stort behov av koordinering och uppdrag för regionala kompetensutvecklingsinsatser.

Det finns behov av rehabiliteringsspecialister och smärtspecialister på interdisciplinära specialiserade smärtenheter och på smärtcentra, samt av att säkerställa en organisation som ser till att smärtspecialister finns tillgängliga i alla regioner utifrån behov. Detta har redan beskrivits i tidigare rapporter [8].

Strukturerad smärtutbildning inom ramen för specialisttjänstgöring inom allmänmedicin finns i enstaka regioner men behovet finns hos de flesta, vilket kräver nationella rekommendationer (kanske inom mål att uppnå för ST allmänmedicin).

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Långvarig smärta finns med i olika vårdförlopp som riktas mot organsjukdomar eller allvarliga medicinska tillstånd, där antagandet är att behandlingen eliminerar eller avsevärt minskar smärta. Hantering av kvarvarande långvarig smärta efter framgångsrik annan behandling bör sammanfalla med ingången till detta förlopp.

Samarbete och kommunikation med nationella arbetsgrupper samt nationella programområden som arbetar med kunskapsstöd avseende långvarig smärta hos barn och ungdomar samt långvarig ryggsmärta har initierats.

Framtida planer för kunskapsstöd avseende andra områden där smärta är en väsentlig del bör kommuniceras med den nationella arbetsgrupp Smärta (NAG smärta) för gemensam planering.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförloppet uppmuntrar nära vård och fokuserar på specialiserad vård för en mindre andel patienter. Vidare uppmuntrar vårdförloppet till samarbete mellan specialiserad vård och primärvård.

2.9 Uppföljning

Det finns ett nationellt register för de föreslagna vårdnivåerna 2—4, som dock inte är heltäckande (se avsnitt Verksamhet och organisation). Medlemmar från registrets styrgrupp ingår i NAG smärta och har varit med i skapandet av detta vårdförlopp och säkerställer att en stor del av patientgruppen som finns i nivåerna 2—4 kan följas upp. Det finns utvecklingsbehov avseende hur registrering av data från patienter som inte genomgår smärtrehabilitering utan får andra specialiserade smärtbehandlingar ska organiseras.

Patienter som finns på Nivå 1 är svåra att identifiera med hjälp av ICD-10-koder. Därför rekommenderas användning av bidiagnoskod R52.2 (långvarig smärta) inom primärvården vid ingång till vårdförloppet. Vidare, och med tanke på den stora arbetsbelastning som finns inom primärvården, bör vårdförloppets åtgärder dokumenteras i en digitaliserad patientjournal (standard för att möjliggöra uppföljning).

Införande av vårdförloppet innebär att flera nya indikatorer införs för uppföljning av den vård som ges inom ramen för vårdförloppet. För dessa indikatorer kommer det att behövas ett uppstartsarbete för att säkerställa både kvalitet i grunddata och möjlighet att följa upp dessa nationellt. Eftersom tillgången på data för uppföljning är osäker eller bristfällig måste det räknas med att arbete med indikatorer och datatillgänglighet kommer att behöva fortsätta.

2.10 Övriga konsekvenser

Vårdförloppet för långvarig smärta kan vara underlag för att ta fram patientcentrerade stöd- och behandlingsprogram för långvarig smärta (via 1177 Vårdguidens e-tjänster/Inera, tjänsten Stöd och behandling). Detta skulle på sikt främja en jämlik vård för patienter med långvarig smärta.

3. Bilagor

3.1 Hälsoekonomi

Bilagans två avsnitt redogör för ett urval av förändringar som vårdförloppet förväntas leda till och utvecklar därefter underlaget för konsekvensbeskrivningen. Den senare ger en något utvecklad beskrivning av nuläge och vilka åtgärder som kommer att ändras vid ett införande av vårdförloppet samt en beskrivning av förväntade budgetkonsekvenser.

3.1.1 Förväntade förändringar jämfört med nuläget

Konsekvensbeskrivningen innehåller underlag och analys för tre åtgärder inom ramen för det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för vuxna med långvarig smärta. Dessa har identifierats utifrån de utmaningar och brister som lyfts fram i vårdförloppets nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter. Flera uppgifter om kostnader för insatser har hämtats från en nyligen publicerad systematisk översikt av multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU [12].

Följande tre åtgärder beskrivs nedan:

Satsning på bred kompetensutveckling. Vårdförloppet pekar på kunskapsluckor om långvarig smärta i olika delar av hälso- och sjukvården och lyfter primärvårdens viktiga roll för tidiga insatser. Nulägesbeskrivningen lyfter fram bristande kunskap hos vårdpersonal om långvarig smärta och att den nuvarande hanteringen skapar otrygghet med upprepat vårdsökande hos ibland flera behandlare. Ett strukturerat införande av vårdförloppet förutsätter därför att regionerna säkerställer att det finns kompetens om långvarig smärta hos vuxna, både hos vårdpersonal i primärvården och i den specialiserade vården vid alla de instanser där personer med långvarig smärta söker vård. Detta kan ske genom utbildning och kompetensutveckling som har som mål att uppmärksamma breda personalgrupper på dagens bristande kontinuitet för patientgruppen, samt att öka kunskapen om åtgärder för utredning och behandling som ingår i vårdförloppet. Utbildningen kan också lyfta fram behovet av en förstärkt samverkan med andra vårdnivåer och andra aktörer som är viktiga för personer med långvarig smärta.

Förbättrad organisation och ett ökat antal vuxna med långvarig smärta som utreds och behandlas enligt vårdförloppet i primärvården. Nulägesbeskrivningen av patienters erfarenheter lyfter bristande kontinuitet och trygghet liksom osammanhängande vårdsökande och brister i samverkan mellan vårdnivåer och andra aktörer. Ett införande av vårdförloppet förväntas därför innebära att regionerna gör betydande organisatoriska satsningar för att säkerställa att personer med långvarig smärta som söker vård i primärvården möter personal med kompetens och erfarenhet av långvarig smärta. Därtill förväntas personer som söker vård för långvarig smärta (sju procent per år enligt vårdförloppets bedömningar) få bättre riktade insatser och kontinuitet i utredning och behandling av smärtan. Av dessa förväntas de som redan i nuläget har mycket hög vårdkonsumtion (uppskattat till mellan 15 procent och 25 procent av alla med långvarig smärta) få bättre riktade insatser inom ramen för samma totala resurser. Vårdförloppet kan eventuellt bidra till att denna grupp på längre sikt minskar antalet vårdkontakter. Mellan 10 och 20 procent av de som söker vård för långvarig

smärta bedöms komma att behöva mer omfattande åtgärder av primärvården. Detta genom tidiga och riktade insatser i primärvården omfattande vårdförloppets unimodala, intermediära och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar utifrån patientens behov.

Förbättrad organisation identifierar på kort sikt fler vuxna med långvarig smärta med behov av multimodal rehabilitering men reducerar detta antal på lång sikt. Bristande kontinuitet och trygghet liksom osammanhängande vårdsökande och brister i samverkan mellan vårdnivåer och andra aktörer leder till att det i nuläget finns personer med behov av multimodal rehabilitering som inte får det. Ett införande av vårdförloppet förväntas därför på kort sikt innebära att fler personer som behöver multimodal smärtrehabilitering identifieras och att denna kan ges inom primärvården. Ett införande av vårdförloppet förväntas minska antalet i denna grupp på lång sikt, inom en femårsperiod.

3.1.2 Konsekvensbeskrivning inklusive budgetpåverkan för tre åtgärder inom personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta hos vuxna

3.1.2.1 Ökad kompetens om långvarig smärta på vårdcentraler och i andra delar av vården

Nuvarande tillgång till kompetensutveckling inom långvarig smärta

Det finns 1 361 vårdcentraler i Sverige [17] med olika förutsättningar vad gäller befolkningsunderlaget och storlek på verksamhet. De kunskapsluckor och brister som vårdförloppets nulägesbeskrivning pekar på avseende långvarig smärta i olika delar av hälso- och sjukvården visar att fler insatser behöver göras inom primärvården och andra delar av hälso- och sjukvården där personer med långvarig smärta söker vård.

Effekt av åtgärden kompetensutveckling

Inget kunskapsunderlag har identifierats. En ökad kompetens om långvarig smärta och dess hantering förväntas medföra bättre uppmärksamhet kring tillståndet och förbättrad inledande utredning och behandling inklusive biopsykosociala aspekter av smärta.

Förväntade förändringar och eventuell regional variation

Ett strukturerat införande av vårdförloppet förutsätter att regionerna säkerställer att det finns kompetens om långvarig smärta, inte bara inom den öppna specialiserade vården som har hand om smärtrehabilitering för personer i behov specialiserad vård. Kunskap om långvarig smärta och dess hantering behöver finnas också på de enheter där personer med långvarig smärta söker vård för smärta eller av annan anledning. Det kan innebära att det inte räcker med att rikta utbildningsinsatser till primärvården.

Nulägesbeskrivningen visar också att det finns bristande kontinuitet i vården av långvarig smärta. Regionerna behöver därför säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner för samverkan mellan personalgrupper inom enheter, mellan enheter och med andra aktörer som är viktiga för en framgångsrik vård, såsom arbetsgivare och Försäkringskassan för personer i förvärsaktiv ålder och även i förekommande fall socialtjänsten.

Hälsoekonomiskt perspektiv

Kostnadseffektivitet

Det saknas underlag som beskriver omfattningen och konsekvenser av brister i kunskap om långvarig smärta hos vårdpersonal i primärvården. För att beräkna kostnadseffektivitet behövs information om kostnader för insats och effekter av insatser jämfört med alternativet (dagens situation i detta fall). Därför går det inte att bedöma kostnadseffektiviteten för olika omfattningar på kompetensutvecklingsinsatser. Det som är möjligt inom ramen för denna konsekvensbeskrivning är att redogöra för omfattning på insats som ett kalkylexempel.

Budgetkonsekvenser

Budgetkonsekvenser av kompetensutveckling inkluderar utveckling av en riktad utbildning om långvarig smärta och genomförande av utbildningen, som kan behöva upprepas när ny personal rekryteras. Utformningen på utbildningen avgör kostnaderna.

En möjlighet är att regionerna tillsammans utvecklar en digital självinstruerande utbildning som blir flexibel i genomförande och där kostnaden för ytterligare en kursdeltagare är dennes arbetstid. Om utbildningen ska riktas till all vårdpersonal som arbetar inom primärvården kan kostnaderna bli omfattande även för en digital utbildning eftersom den berör stora grupper av vårdanställda. Om den riktade utbildningen ges till tolv personer på varje vårdcentral innebär det att totalt mer än drygt 16 000 personer genomför utbildningen. Om utbildningen är två timmar lång motsvarar det drygt 17 årsheltidstjänster i ett nationellt perspektiv. Det finns 1361 vårdcentraler i Sverige [17]. Om tolv personer på var och en av dessa gör utbildningen motsvarar det 16 332 personer ($12 \cdot 1361 = 16\,332$). Om utbildningen är två timmar lång motsvarar det knappt 33 000 timmar eller drygt 17 helårstjänster. En längre utbildning innebär ytterligare knappt nio helårstjänster per timme som läggs till utbildningen enligt räkneexemplet med tolv personer på varje vårdcentral som deltar i utbildningen.

Undanträngning

Kompetensutveckling och riktad utbildning om långvarig smärta bör bedömas i relation till andra kompetensutvecklingsinsatser.

3.1.2.2 Förbättrad organisation och ett ökat antal vuxna med långvarig smärta som utreds och behandlas enligt vårdförloppet i primärvården

Nuvarande tillgång till utredning och behandling vid långvarig smärta

Nulägesbeskrivningen lyfter bristande kontinuitet och trygghet liksom osammanhängande vårdsökande och bristande samverkan mellan vårdnivåer och andra aktörer. Ett införande av vårdförloppet förväntas därför innebära att regionerna gör betydande organisatoriska satsningar för att säkerställa att personer med långvarig smärta som söker vård i primärvården möter personal med kompetens och erfarenhet av långvarig smärta. Därtill förväntas personer som söker vård för långvarig smärta få bättre och riktade insatser samt kontinuitet i utredning och behandling av smärtan. Två olika scenarier analyseras där mellan 10 och 20 procent av alla personer som söker vård för långvarig smärta har färre än tio vårdkontakter per år, men samtidigt har en betydande funktionsnedsättning på grund av smärta. Vårdförloppet förväntas öka vårdkonsumtionen för denna grupp, dels genom att ytterligare högst 4 000 personer jämfört med nuläget erbjuds MMR i

primärvården, dels genom att vårdförloppets satsning på kontinuitet och personcentrering ökar vårdkonsumtionen något.

Effekt av åtgärden ökande tillgång till utredning och behandling vid långvarig smärta

Det saknas internationell forskning med överförbarhet till svenska förhållande av effekt av åtgärden. Det finns publicerad forskning som trots att den inte uppnår högsta kvalitetsnivå, är av stort värde eftersom den baseras på svenskt material. Denna forskning tyder på att utredning och MMR på både primär- och specialiserad vård kan leda till minskad sjukskrivning och bättre hälsa, för patienter med långvarig smärta [18-22].

Förväntade förändringar och eventuell regional variation

Mellan 10 och 20 procent av de som söker vård för långvarig smärta bedöms behöva mer omfattande åtgärder av primärvården. Detta genom tidiga och riktade åtgärder omfattande vårdförloppets unimodala, intermediära och i vissa fall även multimodala behandlingar utifrån personens behov.

En ökad uppmärksamhet kring personer med upprepat vårdsökande förväntas leda till att vården hittar personer som hittills inte fått utredning och behandling enligt vårdförloppet och därför nu behöver insatser från interdisciplinära team. Det förutsätter att regionerna ser över sin organisation av behandling av långvarig smärta på primärvårdsnivå och säkerställer att det finns tillräckligt med personal med aktuella kompetenser för att kunna tillhandahålla rehabilitering med ett biopsykosocialt fokus.

Det pågår ett antal lovande forskningsprojekt som utvecklar digitala lösningar för att stödja personer som söker vård på grund av långvarig smärta. Dessa fokuserar på olika delar av vårdförloppet, mestadels med stöd av vårdpersonal. Stöd för den digitala utvecklingen kan vara en förutsättning för att säkerställa att regioner kan erbjuda den vård som behövs.

Hälsoekonomiskt perspektiv

Kostnadseffektivitet

Det saknas underlag om kostnader och effekter för att beräkna kostnadseffektivitet för åtgärderna.

Budgetkonsekvenser för hälso- och sjukvården

Tabell 3 beskriver en enkel kalkyl där scenario 1 och scenario 2 förväntas öka kostnaderna för hälso- och sjukvården på kort sikt eftersom mellan 10 procent (scenario 1) och 20 procent (scenario 2) kommer att fångas upp tidigt i vårdförloppet och få fler riktade åtgärder. Därtill förväntas vårdförloppet innebära att antalet personer som får multimodalrehabilitering, MMR, i primärvården ökar med högst 4 000 personer nationellt. På kort sikt ses inga kostnadsminskningar i hälso- och sjukvården. På längre sikt förväntas kostnaden minska genom tidiga och lämpliga insatser som reducerar högt vårdsökande.

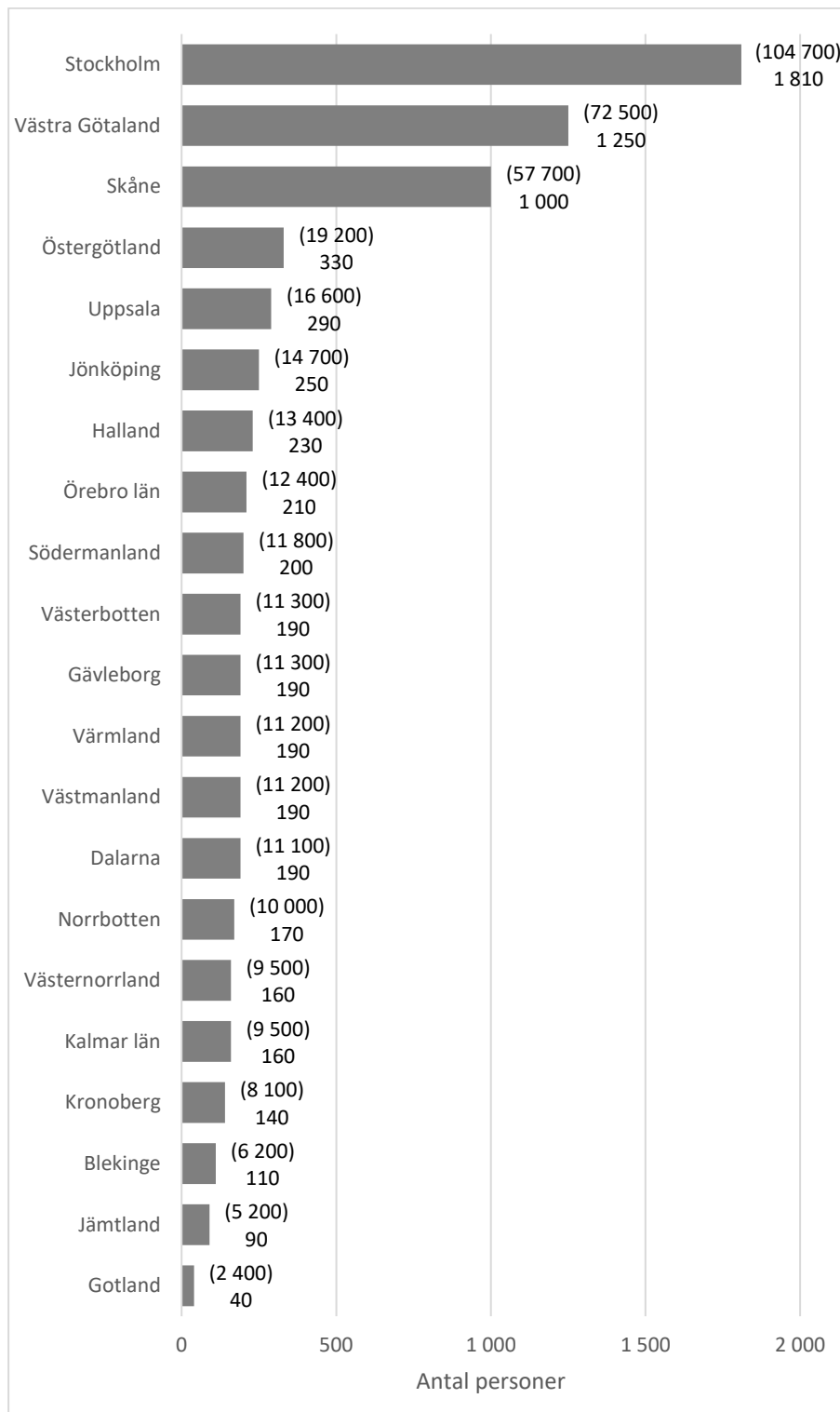
Beräkningar i rapporten tar inte hänsyn till flera projekt som pågår i Sverige om digitalisering av valda delar av vårdförloppet. Införande av digitala insatser som visar positiv effekt på patienternas hantering av långvarig smärta förväntas minska de kostnader för hälso- och sjukvården som presenteras i denna rapport. I nuläget saknar vi underlag för att beräkna de digitala insatsernas påverkan på kostnader.

Tabell 3. Två scenarier för budgetpåverkan av vårdförlopp för långvarig smärta. De avser personer 18 till 65 år som bedöms vara i behov fler insatser från primärvården inklusive multimodal rehabilitering.

	Vårdförloppet leder till: Scenario 1 – kort sikt	Vårdförloppet leder till: Scenario 2 – kort sikt
Beskrivning	10 % av alla med långvarig smärta 18–65 år (n=43 800) behöver fler insatser. <ul style="list-style-type: none"> • 4 000 av dessa får MMR i primärvården. • Övriga ökar sin vårdkonsumtion motsvarande 2 läkarbesök och 2 besök hos annan vårdpersonal. 	20 % av alla med långvarig smärta 18–65 år (n=87 500) behöver fler insatser. <ul style="list-style-type: none"> • 4 000 av dessa får MMR i primärvården. • Övriga ökar sin vårdkonsumtion motsvarande 2 läkarbesök och 2 besök hos annan vårdpersonal.
Nulägets kostnader för vårdkonsumtion för personer med smärta	Vårdkonsumtion motsvarande SBU:s kontrollgrupp (24 000 kr) ^{b)} Total kostnad 1,1 miljarder kronor	Vårdkonsumtion motsvarande SBU:s kontrollgrupp (24 000 kr) ^{b)} Total kostnad 2,1 miljarder kronor
Vårdförloppet innebär på kort sikt fler vårdbesök och fler MMR i primärvården	Fler vårdbesök ökar kostnaden med 5 350 kronor per person 4 000 fler MMR i primärvården (40 000 kr) ^{c)} Total kostnad 1,3 miljarder kronor	Fler vårdbesök ökar kostnaden med 5 350 kronor per person 4 000 fler MMR i primärvården (40 000 kr) ^{c)} Total kostnad 2,6 miljarder kronor
Kostnadsökning per år på kort sikt på grund av vårdförlopp jämfört med nuläge	277 miljoner kronor	511 miljoner kronor

MMR – multimodal rehabilitering. ^{a)} MMR erbjuds i primärvården till ytterligare 4 000 personer och övriga ökar sin vårdkonsumtion motsvarande i genomsnitt två läkarbesök och två besök hos fysioterapeut. ^{b)} Vårdkostnad per år hämtad från kontrollgruppen i SBU:s hälsoekonomiska kalkyl. ^{c)} Kostnaden för MMR i primärvården bedöms vara lägre än kostnaden för MMR i den specialiserade vården.

Konsekvensbeskrivning för
Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta – Långvarig, hos vuxna



Figur 4. Antagande att ytterligare 4 000 får multimodal rehabilitering i primärvården och antalet därmed ökar till totalt 7 400 vuxna sammanlagt i specialiserad vård och primärvård (nuläge enligt kvalitetsregistret NRS omkring 3 400 i riket). Siffrorna i figuren visar multimodal rehabilitering per region och inom parentes resterande av de sju procent av befolkningen i åldrarna 18 till 65 år som är vårdsökande för långvarig smärta.

3.2 Gradering av långvarig smärta och vårdsökande

Nulägets vårdsökande i relation till svårighetsgraden av långvarig smärta i befolkningen uppskattas baserat på uppgifter i tre publicerade studier [9-11] och en hälsoekonomisk kalkyl i en nyligen publicerad svensk systematisk översikt [12] och arbetsgruppens bedömning utifrån beprövad erfarenhet.

En tidig amerikansk studie undersökte smärtpåverkan bland tre grupper med långvarig smärta som sökte primärvård [10]. Studien samlade uppgifter om personer med ländryggssmärta (n=1213), huvudvärk (n=779) och temporomandibulär dysfunktion (n=397) och utvecklade och utvärderade en enkel metod för att gradera svårighetsgraden för långvarig smärta i befolkningen i fyra kategorier utifrån funktionspåverkan, begränsningar i aktiviteter samt tid från smärtans debut. Metoden utvecklades för användning inom primärvården. I den amerikanska studien [10] var det 67 procent som tillhörde kategori 1 eller 2, 18 procent som tillhörde kategori 3 och 13 procent som tillhörde kategori 4. För 2 procent saknades tillräckliga uppgifter för att bedöma svårighetsgrad.

En senare tysk studie [9] identifierade två grupper med långvarig smärta med låg funktionspåverkan. I den ena rapporterades låg smärtintensitet (kategori 1) och i den andra rapporterades hög smärtintensitet (kategori 2). Vidare hade två grupper med långvarig smärta hög funktionspåverkan men rapporterade olika grad av begränsning i dagliga aktiviteter: måttlig begränsning (kategori 3) respektive stor begränsning (kategori 4).

En befolkningsbaserad svensk registerdatastudie som följde personer med whiplashskada fann att omkring en tredjedel fortfarande tre år efter skadan hade mellan 20 och 25 vårdbesök varav knappt hälften hos läkare [11].

4. Referenser

1. Rivano Fischer M. Rehabilitering vid långvarig smärta. In: Magnusson S, Mannheimer C, editors. Långvarig smärta Behandling och rehabilitering. 2nd ed. Stockholm: Studentlitteratur; 2015.
2. Bäckryd E, Werner M. Den långvariga smärtans fysiologi. In: Bäckryd E, Werner M, editors. Långvarig smärta Smärtmedicin. 2. Stockholm: Liber; 2021.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
4. Andersson H. Chronic pain – epidemiological studies in a general population. . Lund, Sweden Lund University; 1998.
5. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 2001;89(2-3):127-34.
6. Magni G, Caldieron C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data. *Pain*. 1990;43(3):299-307.
7. Von Korff M, Resche LL, Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain*. 1993;55(2):251-8.
8. Sveriges kommuner och Landsting. Rivani-Fisher M, Stålnacke BM, Gordh T, et al. Nationellt uppdrag: Smärta. På uppdrag av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning. Stockholm, Sweden; 2016.
9. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain*. 2009;13(3):280-6.
10. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50(2):133-49.
11. Jöud A, Stjerna J, Malmström EM, Westergren H, Petersson IF, Englund M. Healthcare consultation and sick leave before and after neck injury: a cohort study with matched population-based references. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003172.
12. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta. Stockholm Sweden; 2021
13. van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):13-8.
14. Andrews P, Steultjens M, Riskowski J. Chronic widespread pain prevalence in the general population: A systematic review. *Eur J Pain*. 2018;22(1):5-18.
15. Bonathan C, Hearn L, Williams AC. Socioeconomic status and the course and consequences of chronic pain. *Pain Manag*. 2013;3(3):159-62.
16. Janevic MR, McLaughlin SJ, Heapy AA, Thacker C, Piette JD. Racial and Socioeconomic Disparities in Disabling Chronic Pain: Findings From the Health and Retirement Study. *J Pain*. 2017;18(12):1459-67.
17. 1177.SE [cited 2022 March 09]. Available from: [https://www.1177.se/Skane/hitta-
vard/?st=d358d1fb-0c54-4fbd-899a-](https://www.1177.se/Skane/hitta-vard/?st=d358d1fb-0c54-4fbd-899a-)

[f6a853b9a133&nearby=false&s=distance&g=&lat=&lng=&caretype-list=V%C3%A5rdcentral&location=Hela+landet&caretype=V%C3%A5rdcentral&q=](#)

18. Westman A, Linton SJ, Öhrvik J, Wahlén P, Theorell T, Leppert J. Controlled 3-year follow-up of a multidisciplinary pain rehabilitation program in primary health care. *Disability and Rehabilitation*. 2010;32:4307-316, DOI: [10.3109/09638280903095924](https://doi.org/10.3109/09638280903095924)
19. Merrick, D., Sundelin, G., Stålnacke, B. (2012) One-year follow-up of two different rehabilitation strategies for patients with chronic pain. *J of Rehabil Med*. 2012;44(9):764-773 URL: <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-1022>
20. Stein KF, Miclescu A. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation treatment for patients with chronic pain in a primary health care unit. *Scand J Pain*. 2013;4(4):190-197. DOI: [10.1016/j.sjpain.2013.06.003](https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.06.003)
21. Rivano Fischer, M., Persson, E., Stålnacke, B-M., Schult, M-L., & Monika, L. Return to work: One and two years follow-up after interdisciplinary pain rehabilitation. A study based on the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation. *J of Rehabil Med*. 2019;51(4):281-289. <https://doi.org/10.2340/16501977-2544>
22. LoMartire, R., Björk, M., Dahlström, Ö., Constan, L., Frumento, P., Vixner, L., Gerdle, B., & Äng, B. O. (2021). The value of interdisciplinary treatment for sickness absence in chronic pain: A nationwide register-based cohort study. *Eur J of Pain*. 2021;25, 2190– 2201. <https://doi.org/10.1002/ejp.1832>