



smärtkliniken
s:t olof



Historik, Verksamhetsberättelse och Framtid



Enligt **SBU 2006** Långvarig smärta med revidering **2010** finns evidens för både bedömning/evaluering av patienter med långvarig smärta/psykisk ohälsa via multimodala team. I **SoS Riktlinjer** finns rekommendationer om kognitiv kompetens och teamarbete vid arbete med långvarig smärta.

Enl **Pain in Europe 2003**, **SBU 2006**, **SBU 2010**, **Consumer Health Sciences**. **National Health and Wellness Survey (NHWS) 2008** lider mellan 20 – 25 % av Europeiska befolkningen av långvarig smärta varav > 60% av svår handikappande smärta. >75% av dessa smärtor förläggs inom rörelseapparaten. Merparten av dessa söker primärt inom primärvården och handläggs där. För många av patienterna förekommer samtidigt en långvarig psykiatrisk problematik som depression, oro/ångest samt sekundära stressrelaterade besvär.

En majoritet av läkare inom primärvården känner otillfredsställande och otillräckliga kunskaper vid handläggning av dessa personer/patienter. En majoritet av patienterna upplever sig otillräckligt undersökta och upplever sig inte få tillräckliga och konsekventa besked vad de lider av. Enl **Landstinget VG** inventering av kompetensnivå och utbildningsbehov för primärvården 2007 framkom stort behov av utbildning inom **stressrelaterade sjukdomar, smärta och ortopedisk medicin**.

Smärtkliniken S:t Olof Odengatan 24 521 43 Falköping Tel 0515-160 30 vx fax 0515-160 45

Samhällskostnad för Långvarig smärta inom VG-Region uppgår till 50 miljarder kronor per år. Av denna kostnad utgör Sjukpension + Förtidspension 59%, Poliklinisk Sjukvård 21% och Slutenvård 14%. **Läkemedel mot smärta utgör 1% av hela kostnaden!** (A. Gustavsson et al, *European Journal of Pain* 2011) Extrapolerat till riket innebär detta 300 miljarder kronor per år. Detta är **10% av BNP!** (som jämförelse utgör hela Utbildningsväsendet 6,3% av BNP)

Historik

2004 skrev jag till landstinget Regionens Hus i Mariestad (dåvarande Sjukvårdschef Gun-Britt Paalo).

- **Smärta** är den vanligaste enskilda sökorsaken i all öppen sjukvård. Den står för totalt sett merparten av ohälsan och orsak till sjukersättning och långtidssjukersättning i samhället. Personer/patienter upplever sig inte sällan bli dåligt bemötta och inte få den tiden för bedömning/diagnosticering och behandling de anser sig behöva. Inte sällan startas en rehabiliteringsprocess innan personen/patienten är mentalt mogen för detta. Detta beror oftast på att de inte fått en för sina besvär acceptabel diagnos eller förklaring.
- **Stressrelaterade besvär** och besvär kopplade till **affektiva** och **känslomässiga störningar** gör ofta bilden ytterligare komplicerad, patienten upplever sig hamna mellan primärvårdens och psykiatrins stolar vilket fördröjer och skapar frustration
- Sjukvården står dessutom nu inför en ny utmaning i form av stora pensionsavgångar inom distrikts- och specialistläkarkår vilket inte i samma utsträckning fylls på underifrån. Detta ökar risken att denna patientgrupp med komplicerade och sammansatta problem i framtiden får konkurrera med akutmedicinska problem som går före. De får därmed ytterligare mindre tidsresurs för adekvat bemötande, bedömning och behandling. Detta verkar negativt samhällsekonomiskt genom att både öka köerna inom sjukvårdssystemet och medför ökad risk för sjukskrivning i väntan på specialistbedömning och att behandlingsbara tillstånd med tiden blir manifesterade och svårare/dyrare att bemästra. Detta skapar ökad frustration på alla nivåer i patienternas flöde genom processerna.

Sedan detta skrevs har flera av enheterna för smärtverksamhet inom Skaraborg lagts ner eller minskat, bl a Palliativa Enheten i Falköping, Smärtmottagningen i Lidköping och Smärthanteringsteamet Rehab KSS.

Primärvården tillskapade de Multimodala teamen (var med och utbildade dessa 2010-2011) inom "Rehabmiljarden". Sedan tillkom **Vårdvalet inom Primärvården** varvid flera enheter inom Primärvården nu av ekonomiska skäl reducerats eller lagts ner.

Verksamhetsberättelse

Smärtkliniken startade 2006 med ett samverkansavtal enligt Läkarvårdstaxan, dvs. ersättningen bygger så gott som uteslutande på läkarbesök. En viss ersättning fås för telefonkontakter och recept utan besök efter telefonkontakt. En mindre ersättning har utgått för sjuksköterskebesök. Sjuksköterskebesök har nästan inte förekommit då sjuksköterskans huvuduppgift har bestått av telefonuppföljningar.

Redan tidigt (maj 2006) var behovet av även en beteendevetarkompetens på kliniken tydligt men av ekonomiska och avtalstekniska skäl har arbetsstyrkan från start till dags dato bestått av:

- Läkare med specialistkompetens inom **Allmänmedicin och Smärtlindring**. Dessutom Examen inom **Ortopedisk Medicin**.
- Sjuksköterska med Specialistkompetens inom **Distriktsvård**. Internt har utbildning givits inom Smärta, TENS, Motiverande Samtal och orienteringskurs inom Mindfulness. 75 – 80% tjänst.
- Administratör som även gör löpande bokföring, dataansvarig, bokningsansvarig från början, på slutet har detta delats med Sköterskan. 75% tjänst.
- Läkarsekreterare, en så kallad skrivtjänst på distans har köpts motsvarande cirka 40 – 50% sekreterartid.

Verksamheten

Redan i starten beskrevs uppdraget som Verksamhet inom Specialiteterna **Allmänmedicin, Smärtlindring** och verksamhetsområdet **Ortopedisk Medicin**.

Förslaget från 2004 var:

- Att som ett mellansteg mellan idag befintliga systemnivåer skapa en *enhet med spetskompetens inom smärta, rörelseorganens smärtande funktionsstörningar, stressrelaterade besvär/sjukdomar och affektiva sjukdomar och olika blandformer av dessa*.
- Att både vara en effektiv och genomlysande bedömningsenhet samt även bestå med resurser för behandling av dessa tillstånd.

Att bedriva ett nära **samarbete** med befintlig **primärvård** i närområdet för effektiv och direkt dialog. Samarbete med **länssjukvård** vid behov av slussning till rätt klinik vid rätt tid och **Försäkringskassan** för att bistå med försäkringsmedicinska utredningar av personer med problematik enligt ovan.

- På detta sätt bidra till att minska onödigt köande samt öka den diagnostiska arsenalen och skynda på processerna.
- Vara ett **kunskapscenter för patienter med sammansatt problematik**, verka aktivt i samhällets nätverk och genom detta också preventivt.
- Vara **kursgivare**, som föreläsare både inom och utom landstingsvärlden, nationellt och internationellt inom det aktuella kunskapsområdet.

Sedan starten mars 2006 har 3292 patienter passerat kliniken, dvs inskrivna i Klinikens databas.

Verksamheten har bestått av läkarmottagning med uppföljning hos läkare eller sjuksköterska.

Telefonuppföljning och frekvent kontakt med övriga sjukvårdsaktörer framförallt Primärvården i Skaraborg och övriga VG-Region samt angränsande landsting som Halland, Jönköping, Värmland. Även enstaka kontakter från avlägsna landsting som Malmö, Dalarna, Östergötland mm.

Var god se bifogad statistik 2011:

53 % av alla besök på kliniken är på Remiss från Distriktsläkare inom Regionen.

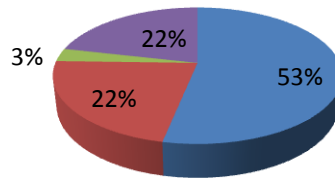
22 % söker på egenremiss. Efter 1 maj 2011 efter lagändring har krävts betalningsförbindelse från hemmalandstinget för s.k. utomlänspatienter.

22 % av remisser är från Sjukhuspecialister inom regionen.

3 % kommer från specialister i andra landsting.

Smärtkliniken S:t Olof Nybesök 2011

■ Nybes.rem DL-reg ■ Nybes.rem.spec.reg.
■ Nybes.rem/Utomläns ■ Nybes.utan remiss



Alla patienter erbjuds 1 tim nybesök för undersökning och Smärtanalys. Patienterna genomgår då en strukturerad intervju enl Smärtanalys, därefter en systematisk Ortoped Medicinsk och Neurologisk undersökning och därefter sammanställs detta med tidigare dokument (vid behov) i en smärtanalys. För cirka 50-60 % av remisspatienter där "second opinion" efterfrågats skrivs sedan direkt svar, medan för resterande sker en till flera uppföljningsbesök på kliniken innan svar och patienten återremitteras till vårdgivaren (vanligtvis Primärvården men även Specialistkliniker inom ffa SKAS).

Varje vecka ses mellan 12 – 16 patienter på nybesök och cirka 25 – 30 återbesök till läkare. Detta är en hög kapacitet för en verksamhet som bara ser patienter med långvarig smärta. Därutöver görs frekventa telefonuppföljningar på alla patienter där vi på något sätt intervenerar i behandlingen. Det är en faktor som bidrar till den mycket höga följsamhet som vi har till behandlingar också jämfört med övriga smärtverksamheter i landet.

Grupper

Under dessa år kan man urskilja några huvudgrupper av patienter som remitteras eller söker Smärtkliniken.

1. Patienter **med en sammansatt mångårig problematik** med kombinationer av Generaliserad Smärta, Stress i olika former, Psykosocial belastning/problematik och överkonsumtion av läkemedel. Inte sällan en sk Myofasciell smärtproblematik som inte fångas på vare sig olika Radiologiska undersökningar eller laborativa test. Dessa drabbade människor vandrar ofta runt inom sjukvårdsapparaten utan vare sig besked, diagnos eller lämplig behandling. Ofta Polyfarmaci av beroendeframkallande läkemedel utan effekt och ökade biverkningar. Här krävs sanering av läkemedel, avdramatisering av sjukdomstillståndet samt diagnos.
2. Patienter med **flera kirurgier i förloppet** där första kirurgin inte givit effekt eller till och med försämring och som sedan följts av flera andra operationer. Efter varje ny (kostsam) operation har inte sällan tillståndet försämrats och patientens besvikelse ökat. Ofta s.k. FBSS (failed back surgery syndrome) d.v.s flera ryggoperationer med ökad värk efter varje. Upprepade fotleds- eller knäoperationer Även här förekommer en polyfarmaci med inte sällan vanebildande läkemedel i för hög och inte sällan felaktig dos. Här krävs primärt sanering av läkemedel, rätt diagnos och rätt behandlingsinstans.
3. En svår grupp av patienter med s.k. multikirurgi är de som på grund av kirurgin utvecklat **svår sekundär nervskadevärk med stressinslag (CRPS)**. Denna grupp är sällan hjälpta av läkemedel utan remitteras i flera fall till Neurokirurgisk klinik i Göteborg för s.k. Ryggmärgstimulation.

4. **Kronisk huvudvärk.** Både av migräntyp, spänningstyp och inte minst läkemedelsutlöst typ. Hälften av alla med kronisk huvudvärk tar för många och felaktiga mediciner. Här krävs sanering av läkemedel, rätt diagnos och därefter insatt rätt behandling.
5. Patienter med kronisk värk utlöst av s.k. **degenerativa sjukdomar**, knä-, höft-, rygg- och nackartros. Ofta den äldre patienten med ökad annan sjuklighet och känslighet för mediciner. Här förekommer ofta en polyfarmaci med både felaktiga, farliga och verkningslösa mediciner. Inte sällan i kombination med receptbelagda läkemedel framförallt inom NSAID-gruppen (ökad risk för magblödningar och hjärt/njurkomplikationer – inte sällan dödliga).
6. **Svår nervskadevärk** (neuropatisk smärta) utlöst av sjukdomar, cancerbehandlingar, operationer m.m. Inte sällan förekommer en polyfarmaci med felaktiga läkemedel i för hög dos. Primärt krävs då rätt diagnos, sanering av läkemedel och insatt rätt eller bättre behandling.

Som en röd tråd genom alla fall går ett behov av:

- A. Smärtanalys och rätt diagnos.
- B. Sanering av läkemedel, ofta regelrätt "avgiftning" innan både rätt diagnos och rätt behandling kan etableras.
- C. Besked till patienten, ofta har patienten vandrat runt inom sjukvårdsapparaten under flera (många) år utan att få diagnos/förklaring av sina besvär.
- D. Respektfullt bemötande som den sammansatta problematik det ofta är. Inte sällan beskriver smärtpatienterna en historia av oförståelse vid kontakter med olika sjukvårdsaktörer och framförallt en "flora av olika besked" som har ökat på behovet att vandra runt på jakt efter ytterligare besked.

Vetenskapliga referenser på detta kan fås på begäran.

Sista två åren har vi även på kliniken haft **läkare under specialistutbildning** till ffa Specialister i Allmänmedicin. De har stannat på kliniken från 3 – 8 veckor. Deras arbetsuppgifter har varierat i mån av deras tjänstgöringstid. Dock har huvudsyftet varit att ge dessa läkare verktyget att göra Smärtanalys i dessa komplexa fall som är vanliga inom primärvården. Även inse behovet av läkemedelssanering i de flesta smärtfall. Dessa läkare är den bästa "referensen" utöver patienterna för verksamheten.

Lista på dessa Doktorer kan fås på anmodan.

Sedan starten av Smärtkliniken har även **utbildning bedrivits.**

- A. Varje år ges kurser via KursDoktorn inom Fysikalisk Undersökningsteknik och Analys av detta = Ortopedisk Medicin. Kurserna har omfattat rörelseorganen och ges 8 dagar per år i 2- eller 3-dagarskurser. Hittills har under åren cirka 200 läkare genomgått dessa kurser. Mestadels ST-läkare i Allmänmedicin och specialister från hela Sverige.
- B. Föreläsningar på Kliniker ffa inom SKAS.
- C. Föreläsningar för AT- och ST-läkare i deras ordinarie utbildningsdagar.
- D. Utbildning av Sköterskor inom HS Högskolan Skövde 7,5p-utbildning inom telefonrådgivning och samtalsteknik.
- E. Föreläsningar/Utbildning av den Multimodala Teamen inom Primärvården Skaraborg och Älvsborg.
- F. Deltagit i AllmänLäkarDagarna med symposium.
- G. Deltagit i AT-läkarStämman i Stockholm.
- H. Deltagit i STA-Stämman vid flera tillfällen.
- I. Deltagit i Läkarstämman med föreläsning om Smärtanalys i Primärvården.
- J. Föreläsningar både nationellt och internationellt vid olika Smärtkonferenser.

Framtiden

Mitt arbete inom smärtverksamhet först på deltid under tiden i Jämtland som Distriktsläkare 1990 – 2000 och sedan på 60 % som Algolog (Smärtspecialist) mellan 2000 – 2006 vid Smärtenheten Ryhov i Jönköping och nu på heltid under drygt 6 år 2006-2012 har visat att smärtvård behöver:

1. En bred grundspecialitet: **Allmänmedicin** är en utmärkt grund för detta och skolar speciellt i integrativt medicinskt tänkande samt ger en samtalsteknik som är speciellt värdefull för dessa patienter med komplex problematik (B. Landström, 2012)
2. Specialiteten **Smärtlindring** i kombination med detta.
3. Kunskap och färdighet inom Fysikalisk undersökningsteknik och analys av komplicerade rörelseorganssmärtor = **Ortopedisk Medicin**. Majoriteten av smärtpatienter inom all öppen sjukvård förlägger sin smärta inom rörelseorganen. Läkare under utbildning och senare har **lite eller ingen** systematiserad utbildning i undersökningsteknik och analys. Detta kunskapsområde ger dessutom en möjlighet att kritiskt granska den flora av behandlingsmetoder som erbjuds dessa patienter i samhället, framförallt inom den s.k. "Alternativa Medicinen" som Kiropraktik/Naprapati/Osteopati/Massage/Craniosacral terapi/Acupunctur/Kinesiologisk beh m.m.

Det finns cirka 100 st. aktiva Specialister i Smärtlindring i Sverige, med samtidig Specialitet i Allmänmedicin cirka 15-20 st. Med samtidig Examen i Ortopedisk Medicin är vi mindre än 5 st.

För smärtverksamhet i den öppna sjukvården ser jag denna kombination som en unik tillgång, inte minst för att i dagens kunskapsintensiva samhälle lättare bemöta de behov och krav som den alltmera utbildade patienten ställer. Patienten som samtidigt behöver en avvägning mellan- och evidensbaserad kritisk granskning av den ökande flora av behandlingar.

- Vad skall betalas med allmänna medel?
- Vem skall bestämma vad som i varje enskilt fall är den bästa behandlingen?
- När dyrare behandlingar pockar på, vad är bäst?
- Kommer alla alternativ, även mindre "heroiska", och kostsamma, till tals?
- Finns någon samordning i smärtutbudet?
- Vem samordnar?

Ställer mig till förfogande att diskutera en verksamhet som knyter ihop detta i en verksamhet som tar ett mera samlat grepp om denna kostsamma patientgrupp. Detta kan ske både inom landstingets ram och/eller uppknutet via avtal.

Till exempel Falköpings Sjukhus står med tomma lokaler, modern och bra utrustning, uppvisar ett behov av profilering samt ett Smärtcentrum där skulle placera Falköping på Sjukvårds-Sveriges karta.

En verksamhet skulle kunna fokusera på några områden:

1. **Tidigare diagnos/förklaring.** Här är samtalstekniken, det allmänmedicinska synsättet i Algologiska kunskapen och Ortopediska Medicinen viktig. Även som ett utredningcentrum för smärta och funktionsmedicin.

2. **Läkemedelsanering.** Visserligen uppgår bara läkemedelskostnaden till 1% av totala Samhällskostnaden för långvarig smärta men för den enskilde är det viktigt för att undvika beroende/kronicitering etc.
3. **Förhindra kostsam (onödig) sjukvård med tidigare Smärtanalys.** Vem äger processen runt patienten, vem har kunskaper att lotsa patienten rätt i "Vårdtombolan"?
4. **Vara ett KompetensCentrum inom Landstinget för den mest kostsamma patientgruppen.** För att hämta hem ny kunskap, för att bevaka utveckling och forskning (FoU), för att bedriva kontinuerlig fortbildning av aktörer inom Multimodala team, Sjukhuskollegor, Primärvårdskollegor m.m.
5. **Bidra till Utbildning av läkare inom olika specialiteter, ffa Allmänmedicin men även från andra områden.** Ffa s.k Randande läkare som gör del av sin tjänstgöring i Smärtspecialicerad vård.
6. **Nära koppling till/del av Rehabiliteringsverksamheter.** Multimodala team, både inom Primärvård och Länsjukvård.
7. **Med tanke på att långvarig smärta dränerar samhällsekonomin är alla dessa punkter viktiga.**

Falköping 2012-05-03

Vänligen

Mats Karlsson