

Specialistteam och primärvård i glesbygd – ett smärtfritt samarbete

Teambaserat arbetssätt prövat för patienter med långvarig smärta

SOLVEIG HÄLLGREN, överläkare
solveig.hallgren@vll.se
MARTIN FAHLSTRÖM, docent,
överläkare; båda institutionen

för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten för rehabiliteringsmedicin, Umeå universitet

Långvariga smärttillstånd från rörelse- och stödjeorganen är vanliga hälsoproblem som, förutom personligt lidande, orsakar en stor del av alla långtidssjukskrivningar [1]. De flesta patienter handläggs i primärvården, men vid komplex problematik kan det finnas behov av bedömning och rehabilitering vid specialistklinik för smärtrehabilitering. Teambedömning och deltagande i multimodal rehabilitering (välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid) kan leda till minskad inverkan av smärtan och snabbare återgång i arbete [2].

Den senaste tidens förändringar i sjukförsäkringen, med rehabiliteringskedjan och rehabiliteringsgarantin, har gjort att det nu finns en tydlig politisk ambition att initiera teambaserad verksamhet i primärvården för bedömning och multimodal rehabilitering av smärtpatienter [3]. Detta kan vara svårt att genomföra i primärvården eftersom det finns många andra prioriterade arbetsuppgifter. Dessutom är primärvårdsverksamhet inte självklart planerad för teambaserad multimodal rehabiliteringsverksamhet.

Verksamhetsutveckling och kompetenshöjning i primärvården (speciellt i glesbygd) inom detta område kan underlätta för patienterna eftersom resor och frånvaro från familj och arbete kan bli ett hinder när bedömning/rehabilitering sker på annan ort. Kontakterna med lokala rehabiliteringsaktörer (vårdgivare, arbetsgivare, arbetsförmedling, försäkringskassa) kan också förenklas. Västerbottens län är stort och glest befolkat, vilket gör att patienter i detta län kan få resa långt för bedömning på specialistklinik. Vid planering av rehabiliteringsinsatser ställs därför särskilda krav på överföring av information och delaktighet av lokala aktörer.

Storumans sjukstuga och Smärtrehab i Umeå

Storuman är beläget i glesbygden i Västerbottens inland, 23 mil från Umeå. Invånarantalet i kommunen är 6 300, varav 2 260 i centralorten. Storumans sjukstuga har fyra fasta distriktsläkare. Verksamheten är fullt utrustad med bl.a. sjukgymnastik, arbetsterapi, kurator och möjlighet till psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Det finns även laboratorium, röntgen och ambulansverksamhet.

Smärtrehab är en enhet vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Där bedrivs högspecialiserad verksamhet för länet och regionen med teambedömningar och rehabilitering av patienter med långvariga icke-maligna smärttillstånd i rörelse- och stödjeorganen.

Smärtrehab i Umeå och Storumans sjukstuga inledde 2008 ett gemensamt samarbetsprojekt kring teambaserad bedömning/handläggning av patienter med långvarig smärta. Under projektiden förtydligades landstingets ambitioner att genom

»Storuman är beläget i glesbygden i Västerbottens inland, 23 mil från Umeå ... Storumans sjukstuga har fyra fasta distriktsläkare.«

utbildningsinsatser införa teambaserad multimodal rehabilitering i primärvården, inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Detta innebar att betoningen på kunskapsöverföring stärktes under pågående projekt.

Syfte

Syftet med samarbetsprojektet var att genom en utlokaliserad specialistmottagning, med aktivt deltagande primärvårdspersonal, överföra direkt användbar kunskap i teambaserat interdisciplinärt arbetssätt från specialistklinik till primärvård. Samtidigt förväntades samma patientnöjdhet och utfall beträffande smärta och sjukskrivning vid teambedömning och rehabiliteringsplanering på hemorten. I denna studie beskrivs och utvärderas projektet.

MATERIAL OCH METOD

Februari 2008–maj 2010 remitterades 31 patienter från Storumans sjukstuga till Smärtrehab för teambedömning av långvarig, komplex smärtproblematik. Remisserna bedömdes löpande enligt gängse remisskriterier och fördes upp på väntelista. Vid fem tillfällen under projektiden reste ett mottagningsteam till Storumans sjukstuga. Patienter som då stod i tur att kallas till Smärtrehab erbjöds i stället att genomgå den teambaserade specialistbedömningen på hemorten.

16 av de 31 patienterna kallades och bedömdes på Smärtrehab's mottagning vid specialistkliniken i Umeå. Teambedömningen utfördes på sedvanligt vis under två dagar, och patienterna bodde två nätter på patienthotellet. Första dagen träffade varje patient de olika professionerna i teamet (läkare, sjuk-

■ sammanfattat

Teambedömning och deltagande i multimodal rehabilitering för patienter med långvarig icke-malign smärta kan leda till minskad inverkan av smärta och snabbare återgång i arbete.

I dag finns en tydlig politisk ambition att initiera teambaserad verksamhet i primärvården för bedömning och multimodal rehabilitering av smärtpatienter.

Ett närmare samarbete i det

praktiskt kliniska patientarbetet mellan specialistteam och primärvård kan vara ett bra komplement till traditionell undervisning och handledning i teamarbete.

Det är sannolikt av vikt att anpassning sker till de lokala förhållandena. Det kan vara en fördel att specialistteamet besöker primärvårdsenheten och inte vice versa, framför allt i glesbygden.

TABELL I. Basdata för 31 patienter med långvarig icke-malign smärta (medelvärde $\pm$ standarddeviation). HAD = Hospital anxiety and depression scale.

Variabel	Storuman (n=15)	Umeå (n=16)	P
Ålder, år	37 $\pm$ 9	42 $\pm$ 8	0,148
Män/kvinnor	1/14	6/10	0,044
Smärtintensitet, VAS	63 $\pm$ 15	60 $\pm$ 26	0,937
Smärtduration, månader	61 $\pm$ 47	104 $\pm$ 99	0,252
HAD-ångest	8 $\pm$ 5	7 $\pm$ 5	0,890
HAD-depression	9 $\pm$ 4	7 $\pm$ 4	0,321
Sjukskrivning, procent	73 $\pm$ 41	53 $\pm$ 44	0,188

gymnast, socionom, psykolog, arbetsterapeut) för enskild bedömning. Andra dagen samlades teamet utan patientens deltagande till »förteam«. Där avrapporterades, diskuterades och sammanvägdes informationen. Hela teamet träffade slutligen patienten för information om bedömningen, diagnosen, eventuella förslag på utredning/behandling samt rehabiliteringsplaneringen. Smärtrehab's arbetssätt är interdisciplinärt eftersom de olika professionernas kunskapsområden överlappas och sammanfogas i en gemensam bedömning [4].

Resterande 15 patienter bedömdes vid teammottagningen på Storumans sjukstuga av det tillresta specialistteamet (läkare, sjukgymnast, socionom, psykolog, arbetsterapeut). Teammottagningen genomfördes enligt samma koncept som på Smärtrehab, förutom att personal från Storumans sjukstuga (läkare, sjukgymnast/koordinator och ibland arbetsterapeut) deltog vid såväl förteam som avslutande teammöte med patienten. Samma personer genomförde teammottagningarna i Storuman och de flesta bedömningarna på specialistkliniken.

Utvärdering

Mot slutet av projektiden fick distriktsläkarna fylla i ett skriftligt frågeformulär. De ombads svara ja eller nej på frågan om de var nöjda med teambedömningarnas omfattning/innehåll och om de varit av värde för ärendets fortsatta handläggning. De tillfrågades även om egen delaktighet vid den utlokaliseringade teambedömningen jämfört med bedömning i Umeå samt samarbetets värde för fortsatt utveckling av teambaserat arbetssätt i primärvården.

Ett halvår efter att projektet avslutats genomfördes en uppföljande gruppintervju, där distriktsläkarna samt sjukstugans koordinator/sjukgymnast och distriktsarbetsterapeut deltog. Syftet med intervjun var att fördjupa frågeställningarna kring arbetet med smärtpatienter, före och efter samarbetsprojektet. Frågeställningarna var:

- Om projektet med utlokaliseringade teambedömningar förändrat remittenternas kunskap och förhållningssätt till smärtpatienter.
- Om projektet bidragit till ett förändrat/förbättrat samarbete mellan yrkesgrupperna på enheten.
- Vad som behövs för att starta/vidmakthålla fungerande teamarbete för bedömning och rehabilitering.
- Vilka önskemål man skulle ha på en riktad utbildningsinsats i teamarbete.
- Vilket behov av stöd från specialistklinik som kan finnas framöver.

Intervjun bandades, skrevs ut och sammanställdes.

Samtliga patienter fick vid mottagningstillfället, i enlighet med klinikens rutiner, fylla i formulär angående smärtintensitet enligt VAS [5], smärtduration, humörpåverkan enligt Hospital anxiety and depression scale (HAD) [6] och sjukskrivningsgrad. Uppgifter om medicinintag och deltagande i rehabiliterande insatser hämtades ur journalen.

Patienternas basdata presenteras i Tabell I. Den enda signifikanta skillnaden mellan Storumangruppen och Smärtrehabgruppen var könsfördelningen.

Efter 12 $\pm$ 6 månader kontaktades patienterna per telefon och tillfrågades om samtycke till att delta i en enkätuppföljning. Samtliga patienter tackade ja. I enkäten fick patienterna svara Ja/Nej/Tveksam på frågan om de var nöjda med teambedömningen, om de upplevt delaktighet från inremitterande och om rehabiliterande åtgärder initierats som en följd av teambedömningen. Aktuell smärtintensitet och medicinintag efterfrågades också. Projektet var ett led i klinikens kvalitetsarbete, varför ansökan om etisk prövning inte gjordes.

RESULTAT

I den första enkäten till distriktsläkarna svarade alla ja på frågan om de var nöjda med samarbetet och Smärtrehab's teambedömningar. Samtliga uttryckte att den fortsatta handläggningen av patientärendet oftast underlättats samt att deras kunskap om och förståelse för långvarig smärtproblematik förbättrats under projektiden.

De skattade sin delaktighet högre vid bedömningarna på Storumans sjukstuga, när de närvarade personligen, än när endast skriftligt remissvar från Smärtrehab hade getts. Alla trodde att den ökade delaktigheten kunde ha betydelse för den fortsatta rehabiliteringen eftersom man upplevde bättre förankring av föreslagna åtgärder oavsett var rehabiliteringen genomfördes. Samtliga angav att samarbetet lett till kunskapsöverföring och möjlighet till utveckling av enhetens eget arbete och multimodala rehabiliteringsverksamhet.

Vid den avslutande gruppintervjun framkom dessutom följande synpunkter.

Kunskap och förhållningssätt

Samtliga sex intervjudeltagare bekräftade att samarbetsprojektet med utlokaliseringade teambedömningar ökat deras kunskap om både långvarig smärta och teambaserat arbetssätt. En av distriktsläkarna uttryckte »jag har lärt mig att det finns en väldig kraft i att göra samlade bedömningar, som jag nog inte riktigt har förstått tidigare«. En annan såg en möjlighet att »spegla och stämma av sin egen kunskapsnivå och sina bedömningar« och att träna sig i att diskutera patientens situation ur olika synvinklar – »vad som väger tungt i sammanhanget och inte, att hitta nycklarna« – för att varje patient ska komma vidare.

Projektet gav också idéer om hur primärvårdsteamets arbetssätt kan utvecklas. Flertalet ansåg att deras förhållningssätt inför patienter med långvarig smärtproblematik inte nämnvärt förändrats. En av distriktsläkarna beskrev dock att han inte kände sig lika håglös inför smärtpatienter längre när det hela blivit mer begripligt. Man kunde se möjliga vägar framåt trots en svår situation utan så många medicinska åtgärder att erbjuda.

Förbättrat samarbete mellan yrkesgrupper

På sjukstugan hade man redan före projektet startat verksamhet med »rehabdagar« en gång i månaden, där man gemensamt (läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator) diskuterade och ibland träffade patienter med komplex problematik, oftast långvarig smärta. Konceptet med teamarbete

TABELL II. Smärtintensitet, sjukskrivning och pågående rehabiliteringsinsatser (medicinska och arbetsinriktade) vid teammottagning och uppföljning hos 31 patienter med långvarig icke-malign smärta (medelvärde $\pm$ standarddeviation).

Variabel	Patientgrupp	Före	Efter	P
Smärtintensitet, VAS	Hela gruppen	62 $\pm$ 21	53 $\pm$ 25	0,038
	Storuman	63 $\pm$ 15	54 $\pm$ 21	0,257
	Umeå	60 $\pm$ 26	53 $\pm$ 29	0,074
Sjukskrivningsgrad, procent	Hela gruppen	63 $\pm$ 43	53 $\pm$ 41	0,085
	Storuman	73 $\pm$ 41	57 $\pm$ 41	0,059
	Umeå	53 $\pm$ 43	50 $\pm$ 41	0,524
Deltagande i medicinsk rehabilitering ja/nej, procent	Hela gruppen	100	36	0,000
	Storuman	100	40	0,003
	Umeå	100	31	0,001
Deltagande i arbetsrehabilitering ja/nej, procent	Hela gruppen	32	32	1,000
	Storuman	33	47	0,480
	Umeå	31	19	0,414

var alltså inte obekant, men däremot beskrev man att projektet inneburit att teamverksamheten formaliserats och fått bättre struktur. Man hade även utvecklat multimodala rehabiliteringsprogram för patienter med långvarig icke-malign smärta, enligt rehabiliteringsgarantins anvisningar.

Vidmakthållande av teambaserat arbetssätt

»Något som fungerar bra, är man rädd att förlora« angav en distriktsläkare. Detta tolkas som att den verksamhet som påbörjats på Storumans sjukstuga både fyller ett behov och fungerar väl i organisationen. För att upprätthålla denna behövs tid, resurser och en uttalad prioritering. Detta definierades av intervjudeltagarna som avsatt tid, tillgång till kompetent och intresserad personal samt en tydligt uttalad intention från ledningen att insatsen ska prioriteras.

Önskemål om en riktad utbildningsinsats

Hade projektet med utlokaliserad specialistmottagning av smärtpatienter primärt varit planerat som en riktad utbildningsinsats i teamarbete önskade ett par av intervjudeltagarna att de även kunnat delta i de enskilda professionernas patientbedömningar. Två distriktsläkare med flest yrkesverksamma år upplevde inte detta behov utan tyckte att de gemensamma teamdiskussionerna räckte för ökad kunskap om teamarbete.

Behov av stöd från specialistklinik framöver

Samtliga intervjudeltagare upplevde att deras behov av stöd från specialistklinik i viss mån förändrats från »hjälp med bedömning« till »hjälp med rehabiliteringsprogram i svårare fall«. Framöver såg man en utveckling där man i större utsträckning skulle klara bedömning och rehabilitering av smärtpatienter själv men att behovet av fördjupad medicinsk bedömning och koncentrerad rehabiliteringsinsats (program) i svåra (komplexa) fall skulle kvarstå.

Uppföljning av patienterna

Vid uppföljning var 11/15 Storumanpatienter och 10/16 Umeåpatienter nöjda med teammottagningen. Smärtintensitet, sjukskrivning och pågående rehabiliteringsinsatser vid teammottagning och uppföljning presenteras i Tabell II. Hela patientgruppen hade signifikant lägre smärtintensitet enligt VAS vid uppföljning jämfört med vid mottagningstillfället.

Mellan de två undergrupperna förelåg dock inga signifikanta skillnader.

Avseende sjukskrivningsgrad sågs en tendens till signifikant minskning i Storumangruppen men inte i Umeågruppen. Deltagande i medicinsk rehabilitering var vid mottagningstillfället 100 procent. Vid uppföljningen hade de flesta patienterna avslutat de medicinska rehabiliteringsinsatserna, och detta deltagande hade sjunkit signifikant i både Storuman- och Umeågruppen.

Andelen patienter som deltog i arbetsinriktade rehabiliteringsåtgärder var vid mottagningstillfället respektive uppföljningen oförändrad.

De flesta patienterna använde regelbundet analgetika såväl vid mottagningstillfället som vid uppföljningen. Ingen skillnad före och efter eller mellan undergrupperna kunde ses.

DISKUSSION

Det är en utmaning att mäta kvaliteten på teamarbete och rehabilitering. Det finns inga standardiserade utfallsmått; där till finns det en mängd omgivningsfaktorer som kan påverka processen. Denna studie, som innefattade en liten primärvårdsenhet med få läkare och ett relativt litet patientmaterial, pekar dock på att det tycks vara möjligt att utveckla metodik och kvalitet i primärvårdsrehabilitering genom denna typ av samarbete.

Nöjd personal

Förändringar som beskrevs under projektiden var ökad kunskap om långvarig smärta, ökat självförtroende i egna bedömningar, minskad känsla av »hjälpplöshet« inför komplexa fall och en mer formaliserad struktur för verksamheten med fortsatta teambedömningar, påbörjad verksamhet med multimodal rehabilitering och ett tydliggörande av detta som ett prioriterat område i verksamheten.

Dessa positiva effekter som beskrivs av personalen i Storuman överensstämmer väl med intentionerna från huvudmannen att utveckla ett teambaserat arbetssätt för bedömning och rehabilitering i primärvård. Det konkreta samarbetet med gemensamma teamdiskussioner fördjupade kunskapen kring varje patient, gav bedömningarna ökad trovärdighet och gjorde att rekommendationerna om rehabiliterande insatser upplevdes som väl förankrade, oavsett var dessa senare genomfördes. I den nära framtiden kunde personalen i Storuman också förutspå ett minskat behov av teambedömningar vid specialistkliniken men ett kvarstående behov av handledning, fördjupad medicinsk bedömning och rehabilitering av särskilt svåra fall.

Nöjda patienter

Patienterna sattes upp på väntelista och kallades till teambedömning i antingen Umeå eller Storuman, konsekutivt, allteftersom remisserna kom in. Skillnaden i fördelningen kvinnor/män i de bägge grupperna kan inte förklaras. Några medvetna prioriteringar vid remittering eller skillnader i urvalet av patienter till respektive mottagning har inte gjorts.

Patientnöjdheten i bägge grupperna var likartad. I Storuman gruppens enkätsvar fanns kommentarer om fördelen av att genomgå bedömningen på hemorten och slippa långa resor och bortavaro, samtidigt som det i svaren från Umeågruppen

»Kanske är det en fördel, framför allt i glesbygden, att specialistteamet besöker primärvårdsenheten och inte vice versa.«

kunde noteras ett värde i att »komma iväg« till en specialist-klinik. Endast ett fåtal angav dock några större problem med att resa.

Minskad smärtupplevelse

Att kvaliteten för patienterna inte försämrades genom den ut-lokaliserade specialistmottagningen kontrollerades även med värden för smärtintensitet, farmakologisk behandling, reha-biliteringsinsatser samt sjukskrivning före och efter mottag-ningstillfället. Smärtintensiteten hade sjunkit i hela gruppen, vilket inte kan förklaras av ökade medicinska insatser. Den grundliga genomgång som teammottagningen innebär tyck-tes minska smärtupplevelsen, och denna effekt var likartad för både Storuman- och Umeågruppen. Sjukskrivningsgraden hade minskat, med en tendens till större minskning i Storu-mangruppen, vilket kan tolkas som om arbetsrehabiliterande åtgärder kunnat vidtas och återgång i arbete/studier kunnat ske som följd av mottagningsbedömningen.

KONKLUSION

Sannolikt är det av vikt att ett samarbete anpassas till de loka-la förhållandena i primärvården. Kanske är det en fördel, framför allt i glesbygden, att specialistteamet besöker pri-märvårdsenheten och inte vice versa. Slutsatsen av studien är att ett närmare samarbete med specialistsjukvård i det prak-tiskt kliniska patientarbetet kan vara ett bra komplement till traditionell undervisning och handledning i teamarbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Metoder för behandling av lång-varig smärta. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärde-ring; 2006.
2. Rehabilitering vid långvarig smärta. Stockholm: Statens be-redning för medicinsk utvärde-ring; 2010.
3. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om rehabiliteringsga-ranti för 2011. 17 dec 2010 [citerat 2 mars 2011]. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningar/rehabiliteringsgarantin
4. Main CJ, Sullivan MJ, Watson PJ. Pain management. London: Chur-chill Livingstone; 2008. p. 135-94.
5. Melzack R, Katz J. Pain measure-ment in persons in pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. Textbok of pain. London: Churchill Living-stone; 1999. p. 409-26.
6. Zigmond AS, Snaith RP. The hos-pital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6): 361-70

Vad tycker du?

Skriv en läsarkommentar!
Alla artiklar kan kommenteras
på Lakartidningen.se

Utmanande
saklig

Läkartidningen