

Inledning

Behandlingsriktlinjen riktar sig till arbetsterapeuter som arbetar med patienter med reumatiska sjukdomar inom slutet och öppen vård i Region Kalmar län. Raynauds fenomen är ett av symptomen man kan få vid reumatiska sjukdomar.

1. Faktabakgrund

Raynauds fenomen är ett tillstånd med tidvis dålig blodförsörjning till fingrar och tår vilket utlöses av kyla eller stress. Muskulaturen runt blodådrorna i fingrarna eller tårna drar ihop sig. Detta leder till att mindre blod når fram till dessa områden och de blir vita och stela (spasm i artärerna). Efter en stund öppnar sig blodkärlen mer än vanligt och detta leder till svullnad och rödhet. Tillståndet orsakar oftast smärta och i vissa fall även domningar (1).

Det finns två typer av Raynauds fenomen:

- *Primärt Raynauds fenomen* förekommer i mer eller mindre uttalad form hos omkring 20 % av Sveriges kvinnliga befolkning och 2 % av männen. Debuterar eller förvärras oftast i puberteten. Etiologin till primärt Raynauds fenomen är okänd.
- *Sekundärt Raynauds fenomen* (ca 10 % av fallen) är symtom som uppkommer till följd av en bakomliggande sjukdom. Några exempel på olika etiologier till sekundära Raynauds fenomen är sklerodermi, SLE och vibrationsskador (2). Vid systemisk skleros finns förutom vasospasm även organiska kärlförändringar, varför cirkulationsstörningen blir svårare. Spontana, svårläkta och smärtsamma sår kan uppkomma (3).



1.1 Nationella riktlinjer/Kliniska riktlinjer

- Etisk kod för Arbetsterapeuter (4)
- Klassifikation av funktionstillstånd funktionshinder och hälsa – ICF är ett samlat och standardiserat språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd (5)
- Hälsa- och sjukvårdslagen (6)

1.2 Arbetsterapeutiska modeller

Som övergripande teoretiska modeller används MOHO (A Model of Human Occupation (7) alternativt CMOP (Canadian Model of Occupational Performance) (8). Modell väljs efter patientens behov och arbetsterapeutens skolning samt situationen.

1.3 Arbetsterapeutisk utredning

Utredning av hur Raynauds fenomen påverkar patientens förmåga i aktivitet, delaktighet, handens struktur och funktion görs med hjälp av olika bedömningsinstrument.

Följande instrument kan användas:

Aktivitet och delaktighet

- ADL-taxonomi (9) används för att beskriva patientens förmåga att utföra P-ADL och I-ADL
- AWP (Assessment of Work Performance – AWP 2.0) (10) används för att via observation bedöma individens färdigheter vid utförande av arbete
- COPM (Canadian Occupational Performance Measure) (11) används för att synliggöra patientens egna upplevelser av svårigheter i vardagen
- DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand) (12) används för att beskriva patientens förmåga att utföra aktiviteter inom P-ADL och I-ADL
- PS-ADL (Performance and Satisfaction in Activities of Daily Living) (13) används för att beskriva patientens förmåga att utföra P-ADL och I-ADL, självskattningsinstrument
- Aktivitetsförmåga – personlig vård och boende, självskattningsformulär från Rehabkliniken, Borås lasarett (14)

Kroppsfunktion

- Länsövergripande handstatus Reumatologi (15)
- Semmes Weinstein Monofilament sensibilitet (16)

Efter genomförd utredning formuleras mål tillsammans med patienten inför fortsatt behandling.

2. Kontraindikationer

Var observant för andra underliggande sjukdomar t.ex. sår eller infektioner som kan vara kontraindikation för t ex värmebehandling eller fingertutor (klinisk erfarenhet).

3. Behandling – åtgärder och alternativ

Arbetsterapeutens behandling går främst ut på att ge information och praktisk rådgivning. Vid behov kan det även bli aktuellt med handträning.

3.1. Patientinformation och praktisk rådgivning

Det viktigaste och mest effektiva patienten kan rådats till är att undvika att bli nedkyld och kall och att genom egna åtgärder öka blodcirkulation och temperatur. Även att undvika stress kan hjälpa. Patientinformation och praktisk rådgivning (1-3,17, klinisk erfarenhet) se nedan:

- Undvik nedkylning
 - Undvik kalla vindar och hastiga temperaturförändringar t.ex. att rusa in i lokaler med luftkonditionering.
 - Använd grytvante eller annan vante när du plockar i kyl eller frys.
 - Skölj och skala frukt och grönsaker i ljummet vatten.
 - Undvik metallsmuckan som klocka och armband då de kyler när det blir kallt.
 - Använd rattmuff till bilen.
- Håll hela kroppen varm
 - Lager-på-lagerklädsel, mössa, halsduk, vantar/handskar, tätslutande mudd, strumpor och skor. Undvik glipor i klädseln.
 - Tumvantar är det absolut bästa. I tumvantar främjas värmestrålningen mellan fingrarna som värmer varandra. Tänk på att yttermaterialet ska vara vindtätt och välj vante med varmt innerfoder eller komplettera med extra innervante. Vantar i underställmaterial, torgvantar av ull eller fleece är bra komplement. Skaftet på vanten ska sluta om ordentligt kring handleden så att det inte blir en glipa mellan vante och jacka.
 - Handledsvärmare är bra för att värma handlederna och kapsla in den värme som annars avges just här.
 - Använd rymliga skor och varma strumpor. För lite plats runt tårna gör att man fryser lättare. Mycket av kylan kommer underifrån och det är därför viktigt med bra sulor/inersulor som isolerar.
 - Ullmaterial värmer även vid väta till skillnad från bomull.
- Tillför värme vid behov
 - Använd vid behov värmehjälpmiddel som skovärmare, värmekuddar, fingervärmare som kan köpas i väl sorterade sport-, jakt- och sjukvårdsaffärer eller på nätet. Vid svåra besvär finns vantar och sulor med värmeslingor som drivs med batteri.

- Öka blodcirkulationen
 - Undvik rökning. Rökning verkar sammandragande på kärlen i fingrar och tår och förvärrar därmed symtomen, avstå därför helt från rökning.
 - Motionera regelbundet.
 - Knyt och sträck fingrarna när du sitter stilla eller är ute och promenerar.
 - Enkla övningar som att göra stora cirklar med armarna kan också få fart på cirkulationen.
 - Undvik vibrerande verktyg och aktiviteter.
 - Om möjligt undvik kaffe och läkemedel som kan orsaka kramp i blodkärlen eller minska blodflödet i huden.
 - Undvik att bära ringar. Risk finns annars att venös stas uppkommer när kärlspasmen släpper.
 - Undvik smala grepp som stasar. Använd greppförstoringar eller redskap med tjockare grepp. Redskapens grepp bör vara i gummi eller trä.
 - Undvik grepp som minskar blodflödet, till exempel att bära matkassar och väskor i händerna. Använd ryggsäck eller shoppingvagn.
- Reducera stress
 - Undvik stressiga situationer.
 - Ta pauser, båda korta och längre.
 - Gör en sak i taget.
 - Skapa balans mellan aktivitet och vila och mellan "nöjen" och "måsten".
 - Lär dig hantera emotionell stress.
- Övrigt
 - Undvik att få sår på fingrarna.
 - Smörj in händer och fötter noga för att minska risken med torr och irriterad hud.
 - Vid tendens till ömma fingrar kan fingertuta användas. Den ska vara utan tryck och inte användas hela dagarna.

Ovanstående finns sammanfattat i patientbroschyren; Raynauds fenomen (bilaga 1).

3.2. Handträning

Om handstatus visar nedsatt handfunktion bör handträning rekommenderas.

4. Uppföljning - Mål och Mätetal

Övergripande mål med behandlingen är att patienten ska erhålla information för undvika vita fingrar samt att bibehålla och öka handfunktion och delaktighet i aktivitet. En dialog förs med patienten för att utvärdera måluppfyllelse och resultat av de insatta åtgärderna. Resultaten mäts genom en ny bedömning.

5. Team och vårdkedja

I Region Kalmar län finns multiprofessionella RA-team där arbetsterapeut ingår. Arbetsterapeuter på sjukhusen, distriktsrehabiliteringen och kommunen samverkar kring patienterna.

Arbetsterapeuter från Samrehab och Rehab Söder ingår i en gemensam utvecklingsgrupp Reuma. Inom reumatologi finns regionala nätverk där arbetsterapeuter från länet ingår.

Referenser

1. Gottsäter A. Raynauds fenomen. Skånes universitetssjukhus. Hämtat 2019-01-10 från:
<https://medibas.se/handboken/kliniska-kapitel/hjarta-karl/patientinformation/blodkarlssjukdom/raynauds-fenomen/>
2. Elf J. Raynauds fenomen. Skånes Universitetssjukhus 2018. Hämtat 2019-01-10 från:
<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=565>
3. Klareskog L, Saxne T, Enman Y, red. Reumatologi, Lund: Studentlitteratur AB; 2011.
4. Sveriges Arbetsterapeuter. Etisk kod för arbetsterapeuter. Nacka; 2012.
5. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd funktionshinder och hälsa – ICF. Vällingby: Elanders Gotab; 2003.
6. Socialstyrelsen. Hälsö- och sjukvårdslag (1982:763) Stockholm; Fritzes förlag. Hämtat 2019-01-10 från:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
7. Kielhofner G. Model of human occupation: Teori och tillämpning. Lund: Studentlitteratur AB; 2012.
8. Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE 1997.
9. Sonn U, Törnqvist K. ADL-taxonomin. Arbetsterapeuten. 1993;10:18-21.
10. Sandqvist J. Assessment of Work Performance – AWP Version 2.0. Institutionen för Samhälls- och Välfärdsstudier. Linköpings Universitet; 2008.
11. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M A, Polatajko, H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Svensk översättning. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA); 2011.
12. DASH Outcome Measure: Toronto, Canada; Institute for Work & Health. Hämtat 2019-01-10 från:
http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/public/translations/DASH_Swedish.pdf
13. Archenholtz B, Dellhag B. Validity and reliability of the instrument Performance and Satisfaction in Activities of Daily Living (PS-ADL) and its clinical applicability to adults with rheumatoid arthritis. Scand J Occup Ther. 2008;15:13-22.

14. [Aktivitetsförmåga – personlig vård och boende, självskattningsformulär från Rehabkliniken, Borås lasarett](#)
15. [Länsövergripande handstatus Reumatologi Manual](#)
16. Bell-Krotoski JA. Light touch-deep pressure testing using Semmes-Weinstein monofilaments. In: Hunter Schneider JM, Macin LH, EJ, Callahan AD. Rehabilitation of the hand. St Louis, The C.v. Mosby Company:1990;585-593.
17. Wigley FM, Flavahan NA. Raynaud`s Phenomenon. NEJM 2016;375:558-565. Hämtat 2019-01-10 från: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1507638>

Bilaga 1 Patientbroschyr Raynauds fenomen

Arbetsterapeuter i Utvecklingsgrupp Reuma Rehab Söder/Samrehab

Lena Henningsson, Rehab Söder, Länssjukhuset i Kalmar
Marlena Thornell, Samrehab, Distriktsrehabiliteringen, Västervik
Siv Girdland, Samrehab, Distriktsrehabiliteringen, Vimmerby
Susanne Runemalm, Rehab Söder, Länssjukhuset i Kalmar