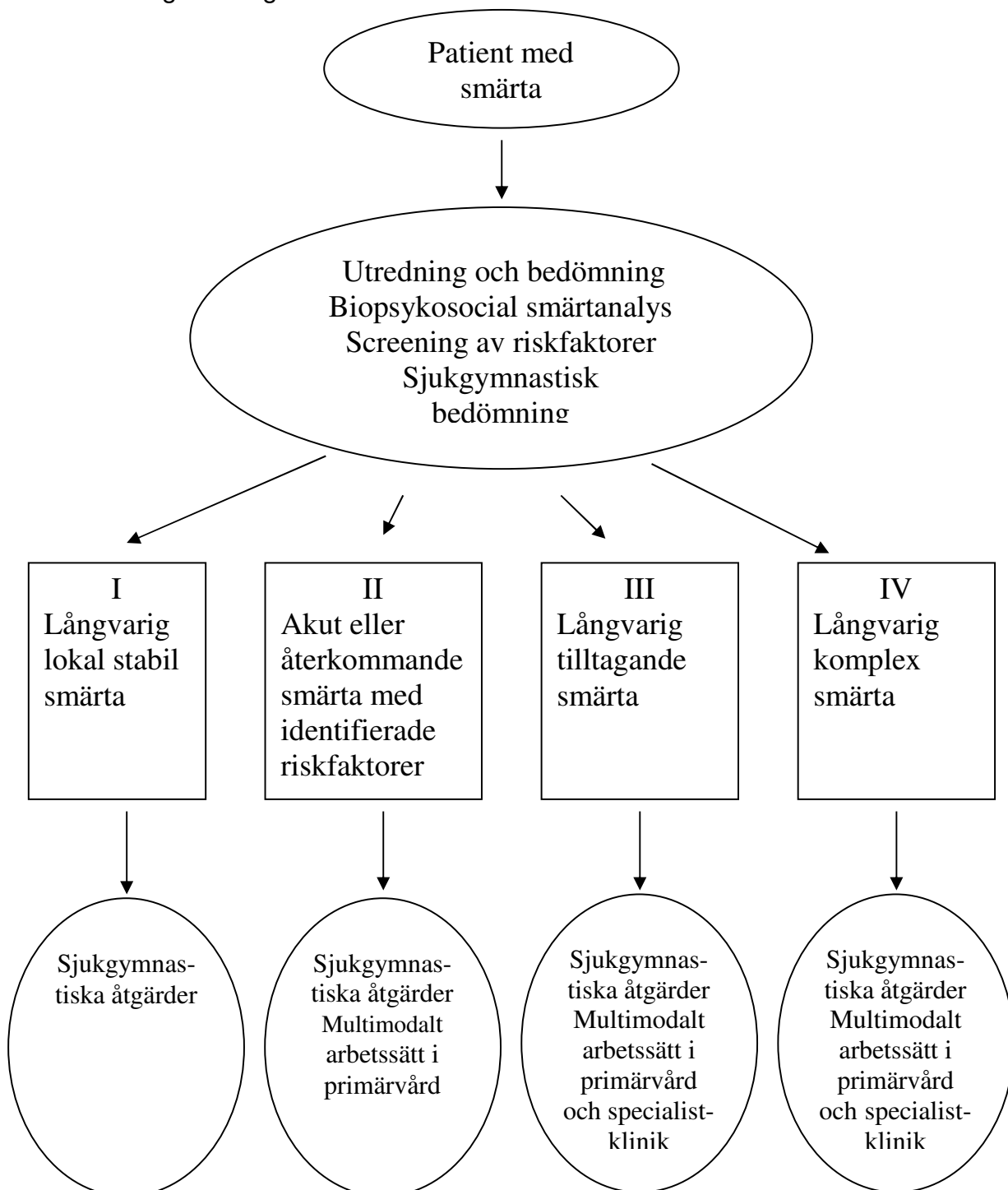


Sjukgymnastisk prevention och behandling av långvarig smärta.

Detta är en vidareutveckling och revidering av tidigare förslag till behandlingsriktlinje 2010 och det tidigare [Prioarbetet om långvarig smärta 2008](#).

Denna riktlinje är tänkt som ett **komplement** till den sjukgymnastiska bedömningen och behandlingen som normalt görs. Den är också tänkt att ge vidare vägledning när behandlingen inte ger önskat resultat.



Innehållsförteckning	sida
1. Bakgrund långvarig smärta	1
1.1 Långvarig smärta	
1.2 Smärtmekanismer	
1.3 Biopsykosocial smärtmodell	
1.4 Rehabilitering	
2. Team och vårdkedja	6
3. Utredning och bedömning	7
3.1 Biopsykosocial smärtanalys	
3.2 Sjukgymnastisk utredning	
3.3 Målformulering och planering av åtgärder tillsammans med patienten	
4. Indikationer/kontraindikationer ur ett prioriteringsperspektiv	12
5. Behandling	13
5.1 Sjukgymnastiska åtgärder vid långvarig smärta	
5.2 Sjukgymnastiska metoder vid långvarig smärta – beskrivning och evidens	
6. Uppföljning – mål och mätetal	21
7. Patientsäkerhet – kompetenskrav	22
8. Referenslista	23
Bilaga 1	25
Bilaga 2	26

1. Bakgrund om långvarig smärta

Riktlinjer och evidens vid rehabilitering av långvarig smärta

Ett ökat fokus på den höga andelen sjukskrivningar på grund av tillstånd i rörelse och stödjeorganen utgjorde startpunkten för en lång rad nationella utredningar med syfte att förbättra rehabiliteringen av långvarig smärta.

SBU-rapporten 2006 "Metoder för behandling av långvarig smärta" (1) visade starkt stöd (evidensgrad 1) för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta och utgjorde bakgrunden till regeringens satsning på Rehabiliteringsgarantin och multimodala team i primärvården 2009 (2).

En ny uppdaterad SBU-rapport 2010 "Rehabilitering vid långvarig smärta" (3) visade måttligt starkt stöd (evidensgrad 2) för multimodal rehabilitering. SBU 2006 och SBU 2010 har använt olika granskningsmetoder vilket påverkar utfallet och gör att resultaten är svåra att jämföra.

Socialstyrelsens preliminära version av "Nationella riktlinjer för rörelse och stödjeorganen" 2010 (4) gav då låg prioritet (8 av lägst 10) för multimodal rehabilitering. Detta har gett upphov till debatt och området långvarig smärta har lyfts ur riktlinjerna (5). Socialstyrelsens fortsatta arbete med nationella riktlinjer för långvarig smärta påbörjas under 2012 och kommer att utgå från ett utökat antal frågeställningar.

Regeringen har också tillsatt en expertutredning inför framtida utformning av rehabiliteringsgarantin (6).

I juni 2011 kom även rapporten "Indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta" (7) som resultat av samverkan mellan SBU, SoS, SKL och svenska läkarsällskapet. Denna rapport är tänkt att användas som beslutstöd vid utredning av patienter med långvarig smärta och har utarbetat kriterier för att se vilka patienter som bör erbjudas multimodal rehabilitering. Man beskriver här två nivåer av multimodal rehabilitering, MMR 1 och MMR 2, beroende på graden av smärttillståndets komplexitet.

I de nya anvisningarna för Rehabiliteringsgarantin 2012 (8) införs dessa 2 nivåer av multimodal rehabilitering, MMR 1 och MMR 2, samt framhålls vikten av mer insatser för arbetsåtergång.

De finns några mer kliniskt inriktade vårdprogram för långvarig smärta, som ligger på www.vardverket.se. De innehåller även beskrivning av sjukgymnastisk bedömning och åtgärder.

- Vårdprogram för långvarig icke malign smärta, primärvård, Jönköping 2005(9).
- Medicinska riktlinjer för långvarig smärta, Sahlgrenska sjukhuset 2006 (10).
- Regionalt vårdprogram för fibromyalgi, Stockholms läns landsting 2009 (11).

I Australien har det nyligen, 2011, publicerats nationella riktlinjer "The National Pain Strategy" (12), som syftar till att förbättra bedömning och behandling av alla former av smärta. Ambitionen är att förbättra livskvalitet för individer med smärta och deras anhöriga samt att minska belastningen av smärta för den enskilde och för samhället.

1.1 Långvarig smärta

Smärta kan definieras på många olika sätt. Med långvarig smärta menas att smärtan pågått en viss tid, vanligen anges 3 månader, ibland 6 månader (1).

Långvarig smärta är en komplex och subjektiv företeelse med ett antal dimensioner – intensitet, kvalitet, tidsförlopp och personlig betydelse vilka upplevs unikt av varje individ och som bara kan bedömas indirekt. Smärtan influeras av en rad olika faktorer som livshistoria, nuvarande hälsotillstånd och psykologiskt tillstånd samt det sociala, emotionella och fysiska sammanhanget, den biopsykosociala modellen (3), s.34.

Enligt australiensiska riktlinjer för smärta 2011 (12) ger forskningen stöd åt att långvarig smärta ska definieras som **ett tillstånd i sig självt** och inte bara ett symptom. I detta sammanhang associeras smärtan med fysiska, psykologiska och miljömässiga förändringar som representerar en distinkt sjukdomsprocess. Detta gäller oavsett bakomliggande sjukdom, skada eller annan händelse som kan ha utlöst långvarig smärta (12) s.54.

Långvarig smärta är ett vanligt tillstånd. Muskuloskeletala smärtor utgör huvuddelen av de långvariga smärttillstånden. Befolkningsstudier visar att **frekvensen av långvarig smärta i en normalpopulation är mellan 40 och 50 %, minst en fjärdedel av dessa har svårigheter att leva med sin smärta och har behov av insatser från vården** (1).

Förekomst av långvarig generaliserad smärta (smärta spridd i stora delar av kroppen) är 5-10 % hos kvinnor, vilket är dubbelt så hög frekvens jämfört med män. Tillstånd i rörelse och stödjeorganen utgör 32% av de totala antalet sjukskrivningar och 37% av de totala kostnaderna för sjukskrivning (1).

Patientperspektiv - att leva med smärta

Långvarig smärta ger ofta ett stort personligt lidande. Personer med långvarig smärta skattar sin i livskvalitet lägre än vad som är fallet vid de flesta andra medicinska tillstånd. SBU-rapporten 2006 (1) tar upp patientperspektivet baserat på vetenskapliga studier.

Smärta är inte bara en obehaglig eller besvärande upplevelse. Kronisk smärta kan förstöra människors liv, karriär, relationer, mentala hälsa och ibland leder det till självmord.

En studie i Australien "*Pain is Not Invisible*" (13) som startade 2008 samlar såväl kvantitativ som kvalitativ data från ett stort antal patienter som lever med smärta. Identifierade tema från denna studie är:

- Att bli stigmatiserad (utpekad), att bli beskriven som psykologiskt defekt
- Förlust av kontroll, kamp i vardagen
- Upplevd frustration med olika vårdgivare
- Brist på effektiv behandling
- Upplevd brist på trovärdighet, att inte bli trodd

- Slutet på glädjen; depression
- Förstörda eller förlorade relationer med familj och vänner.
- Avbrott av yrkeskarriär/arbete, att bli kraftlös
- Trötthet, sömnproblem
- Upplevd brist på empati, frustration med att andra inte förstår hur det är att leva med långvarig smärta.

Människor som lever med smärta upplever också en rad icke smärtande symtom som härrör från smärtan eller från läkemedelsanvändning (12).

1.2 Smärtmekanismer

Akut smärta är en viktig varningssignal som är nödvändig för vår överlevnad. Varseblivning av smärta prioriteras i vårt sinnessystem och centrala nervsystemet adapterar inte till smärta som till andra sinnesintryck.

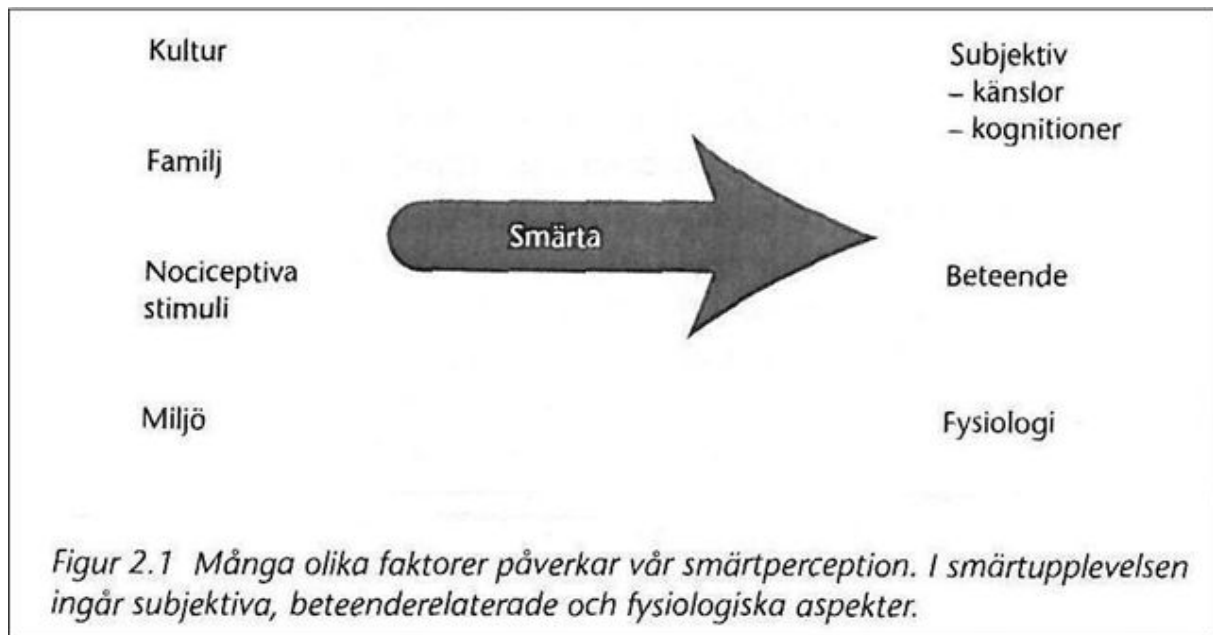
Störningar i smärtsystemets moduleringsmekanismer kan ge upphov till irreversibel perifer och central sensitisering. Med central sensitisering avses uppkomst av överretbarhet av nociceptiva neuron, främst i ryggmärgens bakhorn. Fenomenet förekommer normalt och syftar till smärtförstärkning och immobilisering efter akut trauma. Det kan även uppkomma till följd av upprepad eller ihållande perifer nociception, t ex vid långvarig, repetitiv muskelbelastning. Överretbarheten är normalt reversibel om den perifera nociceptionen upphör. Men hos en mindre grupp, sannolikt pre- disponerade individer, kan långvarig eller irreversibel central sensitisering utvecklas och medföra långvarig smärta. Detta innebär en ökad retbarhet generellt i nervsystemet (14).

Oavsett utlösande faktor, ju kraftigare smärta och längre varaktighet av smärtan desto större är risken för att den centrala sensitiseringen blir permanent. Smärta är en stark stressor som utlöser många sekundära reaktioner som sedan fungerar vidmakthållande för smärtan. Till exempel har framkommit att oro och depression har samma neurotransmittorer som långvarig smärta (12).

Det finns dessutom gott stöd för att nervsystemet kan omprogrammeras, vilket talar för tidiga interventioner (12).

1.3 Biopsykosocial smärtmodell

Biopsykosocial smärtmodell bildar numera basen för modern diagnostik, behandling och rehabilitering. Den biopsykosociala modellen beskriver hur individuella genetiska, fysiologiska, kognitiva, emotionella och beteenderelaterade faktorer samspelar med omgivningsfaktorer som familj, kultur, arbetsliv och samhälle (1, 3).



Figur Biopsykosocial smärtmodell (15) s.31.

Processen från akut till långvarig smärta är komplex och multifaktoriell. Långvariga smärtor är förknippade med förekomst av depression, oro, sömnstörning, trötthet, autonoma störningar mm

Vad gäller sociala faktorer kan förändringar i individens relationer med familj och arbete bli avgörande. Till exempel, är de mest betydelsefulla faktorerna som avgör om en individ med akuta ryggbesvär utvecklar långvarig smärta psykologiska och sociala och inte fysiska (12) s.14.

Psykologiskt spelar också tankar, föreställningar, tolkningar och förväntningar stor roll för smärtutveckling och hur individen handskas med situationen (1).

Rädsla-undvikande är vanligt i samband med långvarig smärta och leder till en nedåtgående spiral med reducerad fysisk aktivitet och försämrad kondition, posturala förändringar och förlorad muskelsupport i flera leder

”Det mesta av det vi företar oss när vi har ont är inlärd beteenden, t.ex. att ta en värktablett, vila eller söka vård... Om smärtbeteende är något man lärt sig kan det också ändras”(15) s.113-114.

Begreppet ”Gula flaggor” används om psykosociala riskfaktorer, dessa är vanligtvis viktigare än biomedicinska eller biomekaniska faktorer vid långvarig smärta.

Psykosociala riskfaktorer kan i stort sett uppdelas i tre områden:

Emotionella faktorer, t.ex.

- rädsla för förhöjd smärtnivå av aktiviteter eller arbete
- ångest för och förhöjd uppmärksamhet till somatiska symptom.

Kognitiva faktorer, t.ex.

- katastroftankar
- övertygelse att smärta betyder skada

- övertygelse att smärtan behöver försvinna helt och hållet innan normala aktiviteter eller arbete kan resumeras.

Beteende faktorer t.ex.

- passiva copingstrategier såsom oproportionellt undvikande av aktiviteter och rörelser (16).

Forskningen visar att endast en mindre del, i vissa fall så lite som 10%, av aktivitetsbegränsningen och den nedsatta arbetsförmågan vid långvarig smärta i muskler och leder förklaras av smärtintensitet. Istället beror begränsningarna till stor del på psykologiska faktorer som katastroftankar, rörelserelaterad smärta, tilltro till egen förmåga, nedstämdhet, familj och relationer samt arbetsrelaterade faktorer (17-18).

1.4 Rehabilitering

Rehabiliteringens övergripande mål är ökad funktionsförmåga och arbetsförmåga samt ökad livskvalitet.

Vikten av tidiga interventioner och tidig riskbedömning betonas.

Rehabiliteringsgarantin som syftar till en ökad samverkan utgör en viktig resurs i det tidiga omhändertagandet.

Etablerad långvarig smärta är ofta svårbehandlad avseende smärtan i sig men kan oftast lindras.

Forskning har även visat att korrelationen mellan smärtans intensitet och funktionshinder är tämligen svag (15).

Rehabiliteringen bör då istället riktas mot de förstärkande och vidmakthållande faktorerna samt smärtans konsekvenser, med målet att öka funktionsförmåga och livskvalitet trots smärta (3).

Rehabilitering kan ske på följande tre olika nivåer utifrån hur komplext patientens tillstånd är och vilka insatser som krävs (3).

Unimodal rehabilitering innebär att en enstaka åtgärd (modalitet) tillgrips t ex sjukgymnastik, samtal etc. Den insatta åtgärden kan i sig vara komplex, men kräver inte aktiviteter från flera olika professioner.

Intermediär rehabilitering är en nivå där fler åtgärder vidtas. Personalen arbetar inte regelmässigt i team, utan arbetet är mer uppbyggt på regelbundna kontakter mellan inblandad behandlingspersonal (läkare eller annan vårdpersonal).

Multimodal rehabilitering tillgrips i situationer med förhållandevis stora och komplexa behov, men har även att göra med vårdorganisation och arbetsfördelning. Rehabiliteringsprocessen innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid. Processen kräver att personalen arbetar i team, teamet har en särskilt skolad läkare och teamet har ett interdisciplinärt arbetssätt, där patienten är en del av teamet. (3)

Rehabiliteringsgarantin syftar till att etablera multimodalt arbetssätt för en ökad återgång i arbete eller förebygga sjukskrivning.

I 2012 års överenskommelse angående rehabiliteringsgarantin (8) konstateras att det finns en tendens att göra alltför begränsade utredningar och bedömningar utan att beakta den biopsykosociala helhetssynen. Detta leder till att insatserna inte har tillräcklig intensitet och omfattning.

På primärvårdsnivå kan det vara lämpligt med en tydlig organisation där flera professioner (läkare, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut och psykolog) involveras och samverkar för att erbjuda evidensbaserade rehabiliteringsåtgärder. Samverkan skulle kunna minska "rundgången i vården" till följd av osystematisk remittering av patienter mellan olika specialistkliniker och patienternas eget sökande av upprepade kontakter med olika aktörer inom hälso- och sjukvården (8).

2. Team och vårdkedja Kalmar län

Basen för smärtrehabiliteringen finns inom Primärvården, PV.

Då Rehabiliteringsgarantin infördes 2009 valde Kalmar län modellen att varje vårdgivare som är knuten till patienten bildar samverkande team i PV enligt rehabiliteringsgarantins anvisningar, MMR 1.

Specialistteam finns på Kliniken för Rehabilitering och Geriatrik i Västervik. I början av 2013 startar kliniken rehabilitering enl. MMR 2.

"Nyckelkurser" för långvarig smärta finns på Folkhögskolor i länet. Kurserna pågår under 1-2 terminer och bygger på problembaserad självhjälpopedagogik.

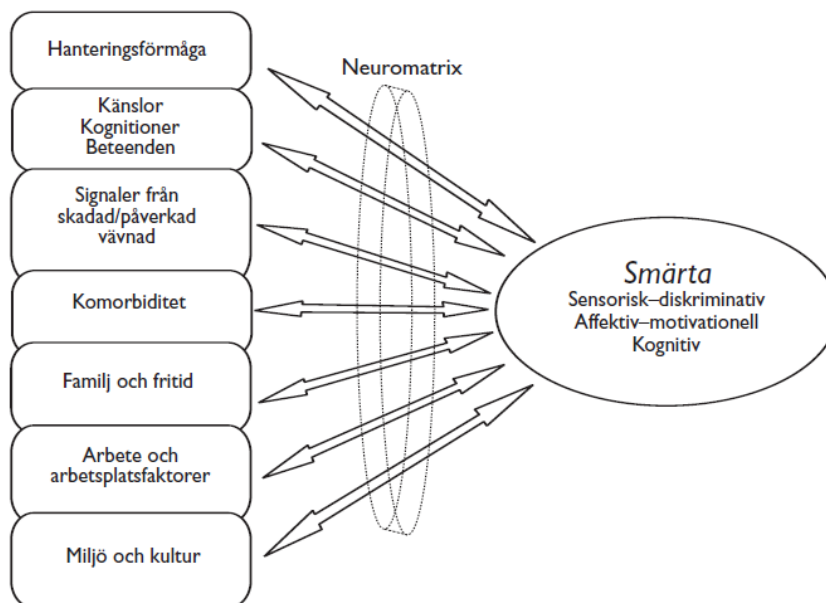
3. Utredning och bedömning

Det är viktigt att patienten får en rimlig förklaring till sina besvär. Dessa patienter har ofta varit med om omfattande utredningar men kan sakna en sammanfattande bedömning. En ofta lång utredning leder till förstärkt oro. Det är då viktigt att alla behandlare ger samma budskap till patienten. Att få en smärtförklaring (»en diagnos«) är för många smärtsjuka en vändpunkt för ökad acceptans och smärthantering. I multimodal smärtherehabilitering är förklaringen till smärtan en särskilt viktig del, som påskyndar den kognitiva livsomställningen (14).

3.1 Biopsykosocial smärtanalys

En viktig del i utredningen är att genom anamnes/intervju och självskattningsformulär göra en systematisk kartläggning och bedömning av patientens totala situation. Det är också viktigt att ta reda på patientens uppfattning om vad som orsakat och påverkar besvären.

Figur biopsykosocial smärtanalys (1)



Figur 1.4 Schematisk framställning av faktorer som är av vikt vid den biopsykosociala smärtanalysen vid långvarig smärta. Faktorerna kan tänkas påverka neuromatrix samlade känslighet (+ eller -) och härmed smärtan och dess yttringar. Olika förstärkningsmekanismer kan finnas mellan de exemplifierade faktorerna sinsemellan och med smärtans olika komponenter.

Prognos och riskfaktorer

- **Tidsperspektivet:** Det kritiska tidsfönstret som bidrar till risken för att utveckla långvarig smärta, oftast uttryckt som ont i ryggen och nacken, med tillhörande

psykisk ohälsa, är det subakuta skedet (1–3 månader). Därför behöver patienter få sina besvär analyserade inom, eller helst före, denna tidsperiod. Den samstämda bilden är att man bör agera innan besvären ökat i komplexitet och styrka. Om symtomen hanteras tidigt och på rätt sätt behöver insatserna inte bli så omfattande. När patienten väl passerat den kritiska perioden krävs däremot mer betydande insatser i form av mer omfattande multimodala rehabiliteringsprogram för att bli återställd (6).

När det gäller risken att utveckla långvarig smärta är insatserna på primärvårdsnivå mycket viktiga. Effekten av rehabilitering är mest påtaglig när insatsen sätts in under sjukfrånvarons två första månader (19).

- **Psykosociala faktorer:** Individer med rädsla och negativa tankar kring sitt smärttillstånd som tar sig uttryck i att man undviker aktiviteter och blir mer inaktiv har sämre förutsättningar till tillfrisknande. Det gäller också individer med låga förväntningar på förbättring och låg tilltro till behandling. Individens förmåga att hantera smärta och funktionsnedsättning s.k. "coping" eller hanteringsstrategier inverkar även på prognosen. Tilltro till behandlingseffekter är också kopplat till vilka erfarenheter man har från tidigare behandlingsperioder där negativa erfarenheter minskar möjligheten till lyckat rehabiliteringsresultat och återgång i arbete. Oro och depression samvarierar ofta med smärta och inverkar på möjlighet till en lyckad rehabilitering. En förutsättning för lyckad rehabilitering vid smärta är åtgärder för att minska eventuell psykisk ohälsa. Omgivande faktorer som sociala förhållande och sociala nätverk kan vara huvudsakliga orsaker till problem och rehabilitering kan också hindras av faktorer på arbetet som arbetets innehåll, arbetsmiljö och individens arbetstillfredsställelse och trivsel. Sammanfattningsvis kan man konkludera att i bedömning av smärtpatienter är det av stor vikt att kunna göra en bra bedömning både av förväntad prognos och val av behandling baserat på ett brett biopsykosocialt perspektiv (15).
- **KBT-perspektivet;** riskfaktorer relaterade till **kognitioner:** Individens föreställningar om smärta, smärtrelaterad rädsla, undvikande och förnekande, katastroftänkande, hjälplöshet.
beteende: Bristande beteendeanpassning, överskotts- och underskotts-beteende, oförmåga att dosera sig och sätta gränser.
- **Neuropsykiatriska störningar som ADHD eller liknande diagnoser.** Ett område som numera uppmärksammas är att en del patienter som söker vården för smärtor, depression och /eller stressrelaterade symtom och har problem att klara av sitt arbete visar sig ha en ADHD-problematik. Dessa problem skulle kunna vara grunden för en del av besvären eller har visat sig vara försvårande i rehabiliteringsarbetet (20) s.23.

Lintons screening-instrument (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire)

föreslås som rutin för alla patienter som söker för smärta för screening av psykosociala riskfaktorer, s.k. "gula flaggor" (21-22), inte bara till individer som vi tror är riskpatienter.

Instrumentet screenar smärtans duration, smärtans utbredning och smärtnivå, hanterbarhet, spänning, stress och nedstämdhet, undvikande samt funktion i daglig aktivitet.

\\kl\fs\group\Vårdens_styrdokument\Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen\Länssjukhuset i kalmar\HRK\Riktlinjer\Mätmetoder\Lintons Frågeformulär om smärtproblem - enkät.pdf

\\kl\fs\group\Vårdens_styrdokument\Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen\Länssjukhuset i kalmar\HRK\Riktlinjer\Mätmetoder\Lintons Frågeformulär om smärtproblem - manual.pdf

Poäng över 105 indikerar en relativt hög risk för långvarig smärta och funktionspåverkan
Poäng mellan 90-105 indikerar en måttlig risk och dessa patienter bör följas upp
Poäng under 90 innebär en låg risk och de flesta av dessa patienter kommer att bli återställda

Lintons screening-instrument finns numera också i en kortversion med de frågor som visat sig ha mest prognosvärde (23).

\\kl\fs\group\Vårdens_styrdokument\Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen\Västerviks sjukhus\Samrehab\Riktlinjer\Mätmetoder\Frågeformulär om smärtproblem, kortversion.pdf

Svaren i frågeformuläret utgör sedan en bra grund för det vidare samtalet.

Anamnes/intervju

Nedanstående sammanställningar kan vara ett bra stöd för det utredande samtalet

- Faktorer av betydelse för uppkomst eller vidmakthållande av långvariga smärtor enl. SBU 2006 (1) s.59:

Individuella	• Depression
• Ålder	• Somatisering
• Kön	• Smärthantering
• Ensamstående/isolerad	• Undvikande beteende
• Etnicitet	• Missbruk
Smärta	Sociodemografiska
• Intensitet	• Typ av yrke/utbildning
• Varaktighet	• Sjukskrivningslängd
• Påverkan på dagligt liv	• Arbetslöshetsnivå lokalt
• Tidigare smärteepisoder	Arbetsrelaterade
• Neurobiologiska faktorer	• Ergonomiska/fysiska arbetskrav
• Trauma	• Psykosocial arbetsmiljö
Andra sjukdomar	• Upplevelse av arbetet
• Kroniska sjukdomar	• Förväntan att kunna återgå i arbete
• Låg skattning av hälsa	• Arbetsfrånvarons längd
Psykologiska faktorer	Ekonomiska
• Psykologisk belastning	• Lön/ersättningsnivå

- **Frågelista som fångar Röda och Gula flaggor (24)** enligt Demmelmaier, Behaviors, Beliefs and Back Pain, 2010 Bilaga 1

3.2 Sjukgymnastisk utredning

Sjukgymnasten kan med sin unika kompetens bidra till att diagnostisera och utreda olika smärttillstånd.

- Anamnes med biopsykosocial grund (se föregåendeavsnitt), identifiera förstärkningsfaktorer, smärtans konsekvenser och psykosomatiska samband t.ex. autonom dysfunktion, stresssymptom, sömnstörning, psykisk svikt med mera.
Samtala om patientens syn på orsaken till smärtan, samband med andra faktorer samt påverkan på livet.
- "Nyckelfrågorna" som ett komplement om den smärtande kroppen ur ett kroppsligt existentiellt perspektiv (25).
- VAS-skattning smärta, smärtteckning.
- Smärtanalys, differentiera mellan nociceptiv smärta, neurogen smärta och identifiera tecken på sensitisering och störd central smärtmodulering.

Symtom associerade med centralt störd smärtmodulering vid långvarig muskuloskeletal smärta (14).

<ul style="list-style-type: none"> • Blandade smärtkvaliteter: såväl brännande/stickande som bultande/molande smärtkvalitet beskrivs. • Perifera analgetika har dålig effekt, även i optimal dosering. • Abnorm ömhet/smärta: onormal ömhet/smärta vid lätt palpation (allodyni) och abnorm smärta (hyperalgesi) vid kraftigare (smärtande) palpation. • Refererade symtom: utstrålade värk och/eller parestesier och domningar. Provoceras vanligen vid muskelpalpation (av triggerpunkter) och/eller muskelbelastning, patienten känner spontant igen de refererade symtomen. • Diffus och variabel känselnedsättning (hypoestesi): intermittent, vanligen diffus bedövningskänsla med växlande lokalisering. • Beröringsömhet/ -obehag (hyperestesi, dysestesi): diffus, intermittent, växlande i intensitet och till utbredning. Ibland även abnorm köldkänslighet (köldallodyni). 	<ul style="list-style-type: none"> • Motorisk svaghet (motorisk smärtinhibering): abnorm kraftlöshet, lättutlöst muskulär utmattning, vanligen i extremitet. • Ökande smärtutbredning, smärtspridning: t ex oklar halvsidig värk, generell allodyni/ fibromyalgisyndrom. Generaliserad och onormal ömhet/smärta. Ofta inslag av migrerande värk (värken flyttar sig). • Abnorm eftersmärta: ökad smärta efter lättmättlig muskelbelastning, klinisk undersökning eller fysioterapi, som kvarstår timmar-dygn. Uppträder ibland först dagen efter (smärtlatens). • Ökande smärta till följd av upprepad perifer retning: t ex av fingerpalpation, köldstimulering, TENS m m. • Dålig effekt av akupunktur och/eller TENS, inte sällan till och med ökad värk. • Differentialdiagnostiskt relevant neuropatisk smärta (spinal ritzopati, nerventrapment), som väsentlig symtomorsak, skall rimligen ha uteslutits.
--	--

- Skattning av hälsorelaterad livskvalitet med EQ5D

\\kl\fs\group\Vårdens_styrdokument\Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen\Länssjukhuset i kalmar\HRK\Riktlinjer\Mätmetoder\EQ-5D.pdf

- Förmåga att klara sin hygien
- Förmåga att klara sina huvudsakliga aktiviteter
- Smärta
- Oro eller nedstämdhet
- Självsattat hälsotillstånd (enligt VAS-skalan)

Olika diagnosspecifika instrument kan användas för bedömning av rörlighet, aktivitet, funktion och smärta.

- Sedvanlig sjukgymnastisk funktionsbedömning och bedömningsinstrument beroende på problem
Det är viktigt med en noggrann undersökning där man är observant på röda flaggor, dvs. tecken på allvariga medicinska sjukdomar. De manuella teknikerna utgör en viktig del vid diagnostik vid olika smärttillstånd, att tidigt verifiera och/eller utesluta orsaker till besvären. För patienten är det viktigt att uppleva sig ordentligt undersökt.
- Fördjupad helhetsinriktad bedömning med psykosomatisk grund
Observation och bedömning av:
 - grundning och hållning, hur stadigt man står och förhåller sig till tyngdkraften
 - rörelsemönster, rörelseflöde samt rörelsekvalitet
 - andning
 - muskulatur, spänning
 - autonoma reaktioner
 - kroppsmedvetenhet, kroppskontakt och kroppstillit
- Sjukgymnastiska psykosomatiska bedömningsinstrument:
BAS, Body Awareness Scale (26-27). En ny version är under utveckling
ISK, intervjuskala för Kroppsjaget (28)
ROK, Resursorienterad kroppsundersökning (29)
- Exempel på instrument vid fördjupad utredning:
Pain Disability Index; Functional Abilities Confidence Scale
Kartläggning av rädsla–undvikande:
Pain Catastrophizing Scale, Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK Svenska)
och Fear-avoidance Beliefs Questionnaire .

Patientens svar i skattningsinstrument är också ett bra underlag för fördjupat samtal om smärtans konsekvenser, exempelvis samband mellan tankar och beteende.

3.3 Målformulering och planering av åtgärder tillsammans med patienten

Eftersom patienter är olika vad gäller besvärssbild och själva måste vara "bärare" av sin rehabilitering och vara delaktiga, dvs. ha inflytande över sin behandling, är det viktigt att fråga efter och formulera det som den enskilde patienten anser vara viktiga mål för honom eller henne, dvs. att **möta patienten där den är**.

Att tillsammans med patienten formulera mål är ett komplext arbete o.ch kan ses som en del av behandlingen.

Begreppet SMARTa mål (30) s.74 används bl. a. inom beteendemedicin, dvs. specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsatta mål .

Andra sorters mål kan handla om acceptens, gränssättning, balans i tillvaron mm och är svårare att göra konkreta och mätbara.

Vissa patienter kan till en början i processen ha svårt för att se och formulera sina mål. Längre fram i behandlingsprocessen kan patienten med hjälp av ökad självkänedom och tilltro till sig själv komma vidare i sitt målarbete.

Rehabiliteringsgarantin från 2012 (8) föreslår att målen sätts upp enligt ett biopsykosocialt synsätt.

Exempel på allmänna mål.

- Förmåga att utföra arbete och vardagsaktivitet
- Delaktighet i sociala sammanhang
- Emotionella funktioner exv. minskad depression
- Smärtupplevelsen
- Fysisk funktion och aktivitetsnivå
- Hälsa och livskvalitet

Vid upplägg av behandlingsplanen kan också frågor med höga poäng från screening och bedömningsinstrument vara en bra utgångspunkt.

4. Indikationer/kontraindikationer ur ett prioriteringsperspektiv

Det är indicerat att arbeta med ett helhetsinriktat och multimodalt arbetssätt.

- Om hög eller måttlig risk identifieras med Lintons screening-instrument
- Om psykosociala riskfaktorer har identifierats på annat sätt
- Om primär behandling/rehabilitering inte ger effekt eller enbart tillfällig smärtlindring, tidig intervention är att föredra
- Om smärtproblematiken tilltar

Motivation behöver inte ses som en förutsättning för rehabilitering utan kan vara ett av målen med arbetet, att sätta igång en förändringsprocess.

Kontraindikation: Pågående svår psykisk ohälsa och eller missbruk bör identifieras och behandlas först.

5. Behandling

Det är viktigt att både fånga riskpatienterna tidigt och att vid behov arbeta multimodalt med breda samordnade insatser, koppla in andra professioner i tid. Arbetsterapeuterna är en självklar medarbetare när det gäller långvarig smärta.

Ju mer etablerad och komplex smärtan är, desto viktigare är det att angripa problematiken ur ett helhetsperspektiv. Smärtans grundorsak har då mindre betydelse för val av åtgärder.

Att få en smärtförklaring (»en diagnos«) är för många smärtsjuka en vändpunkt för ökad acceptans och smärthantering. I multimodal smärtrehabilitering är förklaringen till smärtan en särskilt viktig del, som påskyndar den kognitiva livsomställningen (14).

Beroende på resultat av bedömning och riskprofil har vi gjort en modell för gradering av smärttillståndens svårighetsgrad samt risk för långvarig sjukskrivning som en vägledning i ett behovs- och prioriteringsperspektiv. Kategorierna definieras under respektive avsnitt.

- I. Långvarig smärta utan komplex smärtproblematik
- II. Akut eller återkommande smärta med identifierade riskfaktorer för att utveckla långvarig smärta
- III. Långvarig smärta med tilltagande problematik
- IV. Långvarig smärta med svår och komplex smärtproblematik

5.1 Sjukgymnastiska åtgärder vid långvarig smärta

Kategori I. Långvarig smärta utan komplex smärtproblematik

Många patienter har långvarig smärta utan att det finns behov av så breda insatser.

Definition: Smärtan är lokal, stabil och avgränsad. Patienten fungerar i dagligt liv, är inte sjukskriven och har låg sjukvårdskonsumtion. Screening för riskfaktorer är gjord och patient bedöms ha låg risk för att utveckla komplex smärtproblematik.

Vårdkedja: Omhändertagande i PV, enstaka insatser av sjukgymnast.

Behandlingsmål:

Optimera patientens funktion och förmåga att själv påverka och hantera sin situation.

Åtgärder:

- Fysisk träning för ökad funktionsförmåga och smärtlindring
- Avspänningsteknik
- Basal kroppskännedom [och andra helhetsinriktade behandlingar](#) (31)

- TENS kan vara värdefullt som egenvård.
- Akupunktur och manuella behandlingstekniker (Mc Kenzie, Mulligan, OMT) kan vara värdefullt för vissa patienter

För metodbeskrivning se avsnitt 5.2

Kategori II. Akut eller återkommande smärta med identifierad risk för att utveckla långvarig smärta.

Definition: Patienten har inte etablerad långvarig smärtproblematik men uppvisar riskprofil vid screening och har upprepade korta sjukskrivningar (Se ovan, Linton >90).

Vårdkedja: Samordnade insatser i primärvården, samverkan i team utifrån lokala förutsättningar enligt rehabgarantins modell.

Behandlingsmål: Förebygga utveckling av långvarig smärtproblematik och optimera patientens funktion och förmåga att själv påverka och hantera sin situation.

Åtgärder:

Förutom de åtgärder som görs för det aktuella smärtproblemet bör man ur ett riskperspektiv tänka förebyggande. Viktigt att tidigt börja samverka runt patienten och inte hålla på med enskilda åtgärder för länge.

- "Multimodal sjukgymnastik" där kollegor med olika inriktning samverkar kring patienten
- Multimodalt arbetssätt/team/koppla in arbetsterapeut
- Pedagogiska insatser: Smärtskola, Stresshantering
- Fysisk träning med tillämpning av beteendemedicin, KBT-metodik
- TENS kan vara värdefullt som egenvård.
- Akupunktur och manuella behandlingstekniker (Mc Kenzie, Mulligan, OMT) kan vara värdefullt för vissa patienter
- Basal kroppskännedom och andra helhetsinriktade behandlingar
- Avspänningsteknik

För metodbeskrivning se avsnitt 5.2

Kategori III. Långvarig smärta med tilltagande problematik

Definition: Smärtan tilltar och sprider sig och bilden blir mer komplex.

Ofta symtom associerade med centralt störd smärtmodulering. Smärtan påverkar förmågan att hantera livet vilket leder till en negativ förstärkningsspiral och sekundära psykosociala konsekvenser. Identifierade psykosociala riskfaktorer som utgör hög risk (Linton >105). Sjukskrivning eller risk för sjukskrivning föreligger.

Vårdkedja: Samordnade insatser i PV/multimodalt team runt patienten, vid behov remiss till smärtklinik.

Behandlingsmål: Förhindra utveckling av långvarig svår och komplex smärtproblematik och optimera patientens funktion och förmåga att själv påverka och hantera sin situation.

Åtgärder:

Tidig start av teamsamverkan runt patienten.

- Multimodal rehabilitering i PV/specialistenhet.
- Multimodala grupprogram t ex smärtskola/stresshantering i primärvård och på specialistklinik.

Nedanstående åtgärder används ofta vid multimodal rehabilitering men kan även vara värdefulla som enskilda åtgärder före/under/efter teamarbete

- KBT-metodik, ett förhållningssätt lämpligt att tillämpa inom all rehabilitering. Pedagogiska insatser, förhållningssätt och beteendeanpassning.
- Fysisk aktivitet/träning med tillämpning av beteendemedicin, KBT-metodik.
- Vid en situation av ökad retbarhet, lättutlösta smärtpåslag hitta en tränings/aktivitetsnivå som fungerar stabilt med långsam stegring,
- Basal kroppskännedom och andra helhetsinriktade behandlingar
- Avspänningsteknik
- "Multimodal sjukgymnastik"
- TENS, akupunktur och manuella tekniker ger oftast enbart tillfällig lindring eller också ökad smärta, men kan vara värdefullt för vissa patienter.

För metodbeskrivning se avsnitt 5.2

Kategori IV. Långvarig smärta med svår och komplex smärtproblematik

Definition: Generaliserad smärta med störd central smärtmodulering. Komplex smärtproblematik som påverkar många av livets områden, har stor påverkan psykosocialt och innebär ett stort lidande. Patienten är ofta långtidssjukskriven eller befinner sig i en utförsäkringssituation.

Vårdkedja: Samordnade insatser i PV/multimodalt team, remiss till specialistklinik om det inte tidigare skett. Patientens situation eller rehabiliteringspotential kan förändras över tid, vilket ibland kan motivera återremittering. Det finns behov av samverkan inom vårdkedjan.

Behandlingsmål: När svår smärta är etablerad är det svårt att uppnå smärtfrihet, däremot kan åtgärderna bidra till positiva effekter avseende smärtans konsekvenser som t.ex. depression, ångest, sänkt livskvalitet, funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Optimera patientens funktion och förmåga att själv påverka och hantera sin situation.

Då man uppnått en stabil situation kan vidare mål vara minskad sjukvårdskonsumtion.

I perioder kan enstaka insatser behövas som understöd.

Åtgärder:

- Multimodal behandling i PV/Specialistenhet
- Multimodala grupprogram t ex smärtskola/stresshantering i primärvård och på specialistklinik

Nedanstående åtgärder används ofta vid multimodal rehabilitering men kan även vara värdefulla som enskilda åtgärder före/under/efter teamarbete

- KBT-metodik, ett förhållningssätt lämpligt att tillämpa inom all rehabilitering. Pedagogiska insatser, förhållningssätt och beteendeanpassning
- Fysisk aktivitet/träning med tillämpning av beteendemedicin/KBT-metodik Vid en situation av ökad retbarhet, lättutlösta smärtpåslag hitta en tränings/aktivitetsnivå som fungerar stabilt med långsam stegring,
- Basal kroppskännedom och andra helhetsinriktade behandlingar
- Avspänningsteknik
- "Multimodal sjukgymnastik"
- TENS, akupunktur och manuella tekniker ger oftast enbart tillfällig lindring eller också ökad smärta, men kan vara värdefullt för vissa patienter.

För metodbeskrivning se avsnitt 5.2

5.2 Sjukgymnastiska metoder vid långvarig smärta – beskrivning och evidens

SBU:s definition av Evidens Baserad Medicin:

"Evidens betyder bästa tillgängliga vetenskapliga bevis. Att arbeta med EBM innebär att kombinera evidens med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål."

<http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/>

Sjukgymnastiskt arbetssätt och metoder i samband med långvarig smärta finns beskrivna i följande vårdprogram: från Sahlgrenska (10), Stockholms läns landsting för fibromyalgi (11), samt Jönköping (9).

www.vardverkyget.se

Det vi här vill betona är **mötet och helhetssynen på människan**, vilken bygger på biopsykosocial och existentiell grund, där det biomedicinska ingår som en viktig del.

- **"Multimodal sjukgymnastik"**
Inom sjukgymnastik används oftast en kombination av åtgärder utifrån bedömningen av problematiken, vilket ger oss möjligheter att arbeta "multimodalt" inom yrket.
Åtgärderna kan vara samtal, information, avspänning, träning, TENS, akupunktur, manuell behandling, kroppskännedom mm.

I det praktiska arbetet kan det innebära samverkan mellan olika sjukgymnaster med olika specialisering.

- **Multimodal rehabilitering**

Multimodal rehabilitering innebär en kombination av planerade och synkroniserade insatser som utförs av ett team bestående av olika professioner och utgår från ett biopsykosocialt synsätt.

I arbetssättet ingår vanligen; undervisning om smärta och dess behandling, träning och andra kroppsterapier, arbete med beteendeförändringar och hantering av balansen mellan olika aktiviteter i livet. Inom rehabiliteringsgarantin betonas insatser för arbetsåtergång.

Sjukgymnasten är en självklar del i multimodalt teamarbete och står ofta för en stor del av innehållet i ett multimodalt program, t.ex. undervisning, fysisk träning/behandling, kroppskännedom, avspänning.

Evidens: Multimodal rehabilitering ökar förutsättningarna för att patienten ska kunna återgå till arbete, jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Förutom faktisk återgång i arbete räknas minskad sjukskrivning och att patienten själv bedömer att arbetsförmågan förbättrats som mått på sådan förbättring. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller vilken typ av multimodal rehabilitering som är bäst i dessa avseenden.

Det sammanlagda vetenskapliga underlaget när det gäller den smärtlindrande effekten av multimodal rehabilitering har ändrats, jämfört med SBU 2006 (1), från att ge stöd för effekt till att inte visa någon skillnad jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Detta gäller långvariga smärtor från nacke, skuldror och ländrygg (3).

Nyligen publicerade nationella riktlinjer i Australien framhåller att det finns evidens för att både vårdkostnader och effekter av sjukdom kan minska genom att patienter samt vårdare eller närstående får tillgång till god kunskap. Patienter som deltar aktivt i smärthanteringskurser upplever minskad oförmåga jämfört med dem som får ”passiv ” behandling (12).

- **KBT- metodik**

KBT-metodik innebär pedagogiska insatser i samtalet och under behandlingsprocessen med patienterna. Syftet är att öka individens förmåga att hantera sin situation och förändra icke ändamålsenliga tankemönster och beteenden (32-33).

På senare år har KBT-metodiken Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och mindfulness börjat tillämpas alltmer inom rehabilitering av långvarig smärta.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) anges ofta som ”tredje vågen” inom KBT och bygger på att understödja patientens accepterande hållning till negativa upplevelser såsom långvarig smärta istället

för att försöka kontrollera eller reducera symtom. Exponering för situationer där smärtan uppstår eller förvärras är centralt och syftar till att öka funktion och delaktighet genom ökad psykologisk flexibilitet (3). Mindfulness, medveten närvaro i nuet, är ett verktyg att vara mer neutral och accepterande i sin inställning till smärtan.

Man ser idag de olika delarna inom KBT-metodiken som olika verktyg att välja bland beroende på situation och vad som passar patienten. Utmärkande är att man arbetar med att hitta strategier i nuläget och framåt.

För sjukgymnaster kan KBT-metodiken innebära arbete med:

- Kunskapsförmedling om kroppen, smärta och stress samt tillämpning av smärt- och stresshantering.
- Förhållningssätt; acceptans och anpassning, tankemönster, förändringsberedskap, motivation, copingstrategier, self-efficacy (tillit till egen förmåga).
- Beteendemönster. "Pacing" är nyckelbegrepp; dosering i aktivitet- vila, balans, daglig struktur
- Successiv stegring och exponering vid träning och andra aktiviteter.
- Medveten närvaro/Mindfulness

KBT-metodik är ett samlande begrepp med metoder/tekniker från många olika traditioner, vilket innebär att en del metoder också förekommer i andra sammanhang och under andra namn t ex smärtskola, stresshantering.

Evidens: SBU 2006 (1) visade att Kognitiv beteendeterapi vid långvarig smärta ger bättre social och fysisk funktion samt cirka 25 procent bättre förmåga att bemästra smärtan jämfört med andra undersökta beteendeterapier, läkemedel, fysioterapi respektive ingen behandling alls (Evidensstyrka 2)

Vid revideringen av SBU 2010 framkom otillräckligt vetenskapligt stöd om metoden ges av enbart en behandlare (3) s.177.

- **Beteendemedicin**

På senare år har begreppet beteendemedicin etablerats som en metodik och växande forskningsfält inom sjukgymnastik, framför allt i Uppsala och Västerås.

Studier inom detta område finns med i SBU 2010 (3) under avsnittet "Fysisk träning/aktivitet, manuella och fysikaliska metoder och beteendemedicinska behandlingar"

Metoden kan beskrivas som sjukgymnastisk tillämpning av KBT med utgångspunkt i främst beteendeanalys och beteendeförändring.

Metodiken utgår från inlärningspsykologiska principer från beteendeterapi (respondent och operant inläring), self-efficacy teorin (tilltro till egen förmåga) och teori om förändringsprocesser i kombination med fysisk aktivitet/träning mot funktionsmål formulerade av patienten (30, 34).

Evidens: enligt SBU 2010 (3) finns starkt vetenskapligt stöd.

Beteendemedicinsk behandling leder till större förbättringar i aktivitetsförmåga efter 2-5 år än fysisk aktivitet/träning enbart eller kombinationsbehandlingar av fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder.

- **Fysisk träning/aktivitet**

Fysisk aktivitet/träning är en självklar del av sjukgymnastens arbete med smärtpatienter och i multimodalt arbete både individuellt och i grupprogram. Detta kan innebära ett stort spektra från specifik funktionsträning till konditionsträning och rådgivning om fysisk aktivitet i ett förebyggande hälsoperspektiv.

Metoden MTT, medicinsk träningsterapi, är en vanligt förekommande träningsmetodik. Vid metodkurser inom MTT betonas på senare år generella fysiologiska effekter på långvarig smärta samt KBT-perspektivet, ökad tilltro.

Inom KBT/beteendemedicin tillämpas successiv stegring eller exponering mot aktivitetsmål med inriktning på ökad funktion trots smärta.

Metodiken är ett stöd i samband med svår smärta och rörelserädsla: utgå från vardagsaktiviteter, lustfyllda aktiviteter, hitta den lilla dos som fungerar stabilt, långsam stegring, positiv förstärkning.

Hydroterapi är inte granskad i SBU-rapporten men är ofta aktuell som en anpassad fysisk träning vid långvarig smärta, men Mannerkorpi et al har studerat bassängträning för individer med fibromyalgi (35).

Evidens: Enligt SBU 2010 (3) visar fysisk aktivitet/träning statistiskt säkerställda effekter över tid jämfört med tillståndet före behandlingen. Granskade studier har inte visat någon skillnad i effekt mellan enkla råd om egenvård och fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder respektive kombinationer av dessa.

- **Basal kroppskänedom**

Basal kroppskänedom, BK (26-27, 31, 36) är en nordisk kroppskänedomsmetod som utvecklats inom psykiatri och psykosomatik där också flest studier är gjorda. BK ingår ofta i multimodala program.

Metoden arbetar med att medvetandegöra och utveckla:

- grundning och hållning, hur stadigt man står och förhåller sig till tyngdkraften
- rörelsemönster, rörelseflöde samt rörelsekvalitet
- naturlig andning
- spänningsbalans i muskulatur
- kroppsmedvetenhet, kroppskontakt, kroppstillit och kroppsjag

Evidens: Erfarenhetsmässigt ger Basal kroppskänedom ökad hanteringsförmåga för många med smärtproblematik. BK ingår ej i SBU-rapporten som granskad metod. Ett antal studier är gjorda som visar på positiva resultat (37-39), men BK är otillräckligt vetenskapligt utvärderad för individer med långvarig smärta.

Kommentar:

Kroppskänedom/kroppsmedvetande är ett utvecklingsområde inom smärtrehabilitering.

Det finns många andra metoder som befrämjar kroppskänedom, exempelvis Feldenkrais, Qi Gong, Tai Chi, Yoga, mindfulness.

- **Avspänningsteknik**

Det finns många avspänningsmetoder som kan vara aktuella vid långvarig smärta; muskulär avspänning, mental träning, visualisering, tillämpad avslappning, meditation, mindfulness, självhypnos.

Någon form av avspänning ingår ofta i multimodala program.

Det är också en grundmetod inom beteendeterapi, "tillämpad avslappning" som verktyg i ångestexponering.

Evidens: Erfarenhetsmässigt har avspänning stor effekt för många med smärtproblematik.

Avspänning är otillräckligt utvärderad som en isolerad metod.

Avspänning tas ej upp i SBU 2010 (3). SBU rapport 2006 s.384 (1)

framkommer att det finns otillräckligt och motstridigt stöd för avspänning vid långvarig smärta.

Kommentar:

Detta är ett utvecklingsområde. Någon form av avspänningsteknik är en underskattad grundfärdighet, som de flesta smärtpatienter har nytta av.

Vid svår smärta kan det vara obehagligt och retande med muskulär anspänning av smärtande kroppsdelar, det fungerar ofta bättre med en mental teknik. På samma sätt som djupa inandningar kan ge avspänning och välmående kan de hos vissa individer provocera oro och spänning. Då kan man i stället på utandningen och låt inandningen komma av sig själv.

För personer som har väldigt svårt att hitta avspänning, kan avspänning i bassäng eller någon form av avspänning i rörelse vara en väg till inlärning.

- **TENS**

Evidens: Erfarenhetsmässigt god effekt för många, bra som egenvård.

TENS minskar smärta på kort sikt, men det vetenskapliga underlaget för effekter på lång sikt är otillräckligt (3).

Kommentar:

Vid störd smärtmodulering kan TENS istället trigga smärta. Behandlingen kan då ev. prövas på ett mindre känsligt område.

- **Akupunktur**

Evidens: Erfarenhetsmässigt god effekt för många.

Effekten av akupunktur på smärta och funktion hos personer med långvarig ryggsmärta (måttligt starkt stöd) och fibromyalgi (begränsat stöd) är jämförbar med effekten av behandling med sham-akupunktur tre månader efter behandling. För nack- och skuldersmärta motsägande resultat. Akupunktur som tillägg till annan behandling kan ge bättre smärtlindring (begränsat vetenskapligt stöd) (3).

Kommentar:

Vid störd smärtmodulering kan akupunktur istället trigga smärta. Behandlingen kan då inriktas på att utnyttja avslappnande och centrala mekanismer via distala punkter och mildare stimulering, alternativt att använda öronakupunktur.

- **Manuella metoder**

Evidens: Erfarenhetsmässigt god effekt för många. Enligt SBU 2010 (3) visar manuella metoder statistiskt säkerställda effekter över tid jämfört med tillståndet före behandlingen.

Kommentar: De manuella metoderna utgör en viktig del vid diagnostik vid olika smärttillstånd. I behandlingen kan de manuella metoderna främst i ett tidigt skede minska smärtan och öka funktionsförmåga. Vid störd central smärtmodulering kan manuell undersökning och behandling istället trigga smärta.

6. Uppföljning – mål och mätetal

Sjukgymnastiska utvärderingsmetoder vid långvarig smärta är ett utvecklingsområde.

De utvärderingsmetoder som finns idag är ofta självskattningsformulär som mäter funktionsförmåga och smärtnivå för olika kroppsdelar, t.ex. ländrygg. Vid komplex smärta sker oftast de största förändringarna på hanteringsnivå dvs. psykisk/kognitiv/beteendenivå och för dessa områden saknas sjukgymnastiska instrument.

Uppföljning av uppsatta behandlingsmål avseende t ex

- Förmåga att utföra arbete och vardagsaktivitet
- Delaktighet i sociala sammanhang
- Emotionella funktioner exv. minskad depression
- Smärtupplevelsen
- Fysisk funktion och aktivitetsnivå

- Hälsa och livskvalitet

Lintons screeningsinstrument* och EQ5D kan användas vid utvärderingen men är ganska grova för att mäta förändring.

Smärteamnet i Västervik använder SF-36 (hälsorelaterad livskvalitet) som dock kräver bearbetning i dataprogram. <http://www.vardverkyget.se/>

NRS, ett nationellt smärtregister som regionklinikerna är anslutna till där patienterna svarar på ett flertal frågeformulär. En anpassad version diskuteras för användning i Primärvård.

7. Patientsäkerhet - Kompetenskrav

Oavsett kompetens- och vårdnivå är ett helhetsinriktat synsätt och teamsamverkan möjlig och nödvändig för identifiering och rehabilitering av långvarig smärta.

Kompetenshöjande utbildningsinsatser har genomförts och ytterligare insatser planeras.

Varje område/enhet bör ha tillgång till ökad kompetens inom sjukgymnastisk smärtbehandling och psykosomatik, och det pågår arbete med kartläggning av kompetensbehov.

Certifiering av vårdcentraler i länet har genomförts avseende rehabiliteringsgarantin.

8. Referenser

1. Statens beredning för medicinsk utveckling, SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. 2006.
2. Socialdepartementet, SKL. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2009.
3. Statens beredning för medicinsk utveckling, SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. 2010.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2010 – stöd för styrning och ledning Preliminär version. In: socialdepartementet, editor.: www.socialstyrelsen.se; 2010.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012, Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit Stöd för styrning och ledning. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Edita Västra Aros; 2012.
6. Statens offentliga utredningar. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. In: Socialdepartementet, editor. 2011.
7. Socialstyrelsen S, Svensk Läkarförening, Sveriges Kommuner och Landsting. Nationella medicinska riktlinjer. Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta 2011.
8. Socialdepartementet, SKL. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2012. 2012.
9. Landstinget Jönköpings län. Vårdprogram för långvarig ickemalign muskuloskeletal smärta. 2005.
10. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Medicinska riktlinjer -Långvarig smärta 2006.
11. Landstinget Stockholms län. Regionalt vårdprogram Fibromyalgi 2009.
12. PainAustralia. Pain in Australia, working to prevent and manage pain. National Pain Strategy 2011.
13. Nielsen A, Copleston, P., Wales, C., Pain Is Not Invisible Project Interim Report – September 2009. C H R O N I C P A I N A U S T R A L I A, people helping people live with pain 2009; Available from: www.chronicpainaustralia.org.
14. Lidbeck J. [Centrally disturbed pain modulation in musculoskeletal pain. New knowledge requires new model for mechanisms based pain analysis]. Lakartidningen. 2007 Oct 10-16;104(41):2959-64.
15. Linton ST. Att förstå patienter med smärta. Lund: Studentlitteratur; 2005.
16. Örebro läns landsting. Vårdriktlinjer vid ont i ryggen/ Gula flaggor 2012.
17. Sullivan MJ, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. Pain. 1998 Sep;77(3):253-60.
18. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005 Aug;19(4):655-70.
19. Karolinska institutet, Jensen I. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaron. Interventions- och implementeringsforskning, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, S2009/4650/SF R; 2010. Report No.: Delrapport 1.
20. SKL, Sveriges, Kommuner, Landsting. Rehabiliteringsgarantin, utveckling och planering i landstinget - Rapport Juni 2011 (pdf-fil). 2011.

21. Linton SJ, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain*. 2003 Mar-Apr;19(2):80-6.
22. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*. 2011 May;91(5):737-53.
23. Westman A, Linton SJ, Ohrvik J, Wahlen P, Leppert J. Do psychosocial factors predict disability and health at a 3-year follow-up for patients with non-acute musculoskeletal pain? A validation of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain*. 2008 Jul;12(5):641-9.
24. Demmelmaier I. Behaviours, Beliefs and Back Pain. Uppsala: Uppsala; 2010.
25. Afrell M, Rudebeck CE. 'We got the whole story all at once': physiotherapists' use of key questions when meeting patients with long-standing pain. *Scand J Caring Sci*. 2010 Jun;24(2):281-9.
26. Gyllensten AL. Basic Body Awareness. Lund: Lunds universitet (University of Lund); 2001.
27. Roxendal G. Body awareness therapy and the body awareness scale. Göteborg (Gothenburg): Göteborgs universitet (University of Gothenburg); 1985.
28. Nordwall V. Intervjuskala på kroppsjagfunktioner. Reliabilitetstestning av BAS-hälsa med nykonstruerad intervjuskala (Interview scale of body ego functions. The reliability of BAS-health and a newly constructed scale for interview). *Nordisk fysioterapi (Nordic Physiotherapy)*. 1997 1:10-7.
29. Bunkan B. The Comprehensive Body Examination. Oslo: Oslo universitet; 2003.
30. Denison E, Åsenlöf, P.,. Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik. Lund: Studentlitteratur; 2012.
31. Biguet G, Levi Berg, A., Keskinene-Rosenqvist, R.,, editor. Att förstå kroppens budskap. Lund: Studentlitteratur; 2012.
32. Beck JS. Cognitive Therapy; Basic and Beyond 1995.
33. Kåver A. KBT i utveckling 2006.
34. Åsenlöf P., Denison E. Beteendemedicin -ett forskningsfält som öppnar nya vägar för sjukgymnaster. *Fysioterapi*. 2006(8).
35. Mannerkorpi K, Nordeman L, Ericsson A, Arndorw M. Pool exercise for patients with fibromyalgia or chronic widespread pain: a randomized controlled trial and subgroup analyses. *J Rehabil Med*. 2009 Sep;41(9):751-60.
36. Roxendal G, Winberg A. Levande människa, basal kroppskänedom för rörelse och vila. Falköping Natur och Kultur; 2002.
37. Eriksson E, Nordwall V, Kurlberg G, Rydholm H, Eriksson A. Effects of Body Awareness Therapy in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Advances in Physiotherapy*. [Article]. 2002;4(3):125-35.
38. Hedlund L, Gyllensten AL. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *J Bodyw Mov Ther*. 2010 Jul;14(3):245-54.
39. Mattsson M. Body Awareness, applications in physiotherapy. Umeå: Umeå Universitet; 1998.

Röda och Gula flaggor

Bilaga 1

Demmelmaier I. Avhandling Behaviours, Beliefs and Back Pain. Uppsala: Uppsala; 2010. (Red and yellow flags in protocol study IV)

Historia/tecken på allvarlig spinal patologi

Innebär frågor och diskussioner om kraftigt trauma senaste tiden, allmäntillstånd, bröstsmärta, cancer, feber, långvarig cortisonbehandling, viktnedgång, cauda equina-syndrom. Även om det framkommer att patienten är utredd medicinskt via läkare för sina besvär, t.ex. efter trauma.

Inte om sjukgymnasten bara frågar om patienten har remiss.

Smärtintensitet

Innebär frågor och diskussioner om hur intensiv smärtan är, t.ex. genom att patienten får skatta sin smärta på en skala. T.ex. "Hur ont har du haft i genomsnitt den senaste veckan?", "Kan du skatta din smärta från 0 till 10?"

Om sjukgymnasten bara noterar att det gör ont räknas det inte som undersökning av smärtintensitet. Inte heller frågor och yttranden om vad som ökar/minskar smärtan.

Sjukskrivning

Innebär frågor och diskussioner om nuvarande eller tidigare sjukskrivning för samma besvär. T.ex. "Är du sjukskriven för dina besvär?", "Har du varit sjukskriven tidigare för dina besvär?" "Jag är ju sjukskriven nu", "Jag har varit halvtidssjukskriven".

Delaktighet

Innebär frågor och diskussioner om hur olika aktiviteter (inklusive sömn) som fungerar, i relation till arbete, skötsel av hemmet och fritid. T.ex. "Vad klarar du av att göra?", "Vilka aktiviteter måste du avstå från?", "Jag har svårt att ta mig till jobbet", "Jag kan inte ägna mig åt fritidsaktiviteter", "Jag kan inte sova".

Inte generellt som att stå, gå, sitta. Inte heller vad patienten får mer/mindre ont av. □

Föreställningar om att smärtan beror på något allvarligt fel

Innebär frågor och diskussioner om vad patienten själv tror att smärtan beror på, patientens eventuella farhågor och oro kring detta. T.ex. "Vad tror du själv att smärtan beror på?" och beroende på svaret specificering "Vad är du rädd/orolig för?", "Vad tror du skulle hända om du provade att?". Även diskussioner kring negativa föreställningar hos patienten som "Ryggen är helt slut" och "Kotorna och bäckenet hoppar snett". □

Egen beteendemässig hantering av besvären

Innebär frågor och diskussioner om vad patienten själv gör för att lindra eller förebygga smärta. T.ex. "Vad kan du själv göra för att lindra dina besvär?", "Vad gör du för att hantera dina besvär?", "Jag använder värme", "Jag gör inget speciellt". Även smärtlindrande medicin som patienten tar på eget initiativ. □

Egen kognitiv hantering av besvären

Innebär frågor och diskussioner om hur patienten tänker för att hantera sin smärta. T.ex. "När du får så där ont, hur tänker du då för att hantera dina besvär?" och t.ex. "Jag tänker att det finns andra som har det värre."

Rörelserädsla

Innebär frågor och diskussioner om undvikandebeteende och rädsla för att röra sig. T.ex. "Är du rädd för att röra dig på grund av smärtan?", "Undviker du att... för att du är rädd för smärtan?", "Jag har blivit rädd för att röra mig", "Jag törs inte...". □

Förväntan om långvarig smärta

Innebär frågor och diskussioner om patientens föreställningar om hur långvarig smärtan kommer att bli. "Har du själv någon fundering kring hur långvarig den här smärtan kan bli?" och t.ex. "Jag kommer väl aldrig mer att kunna arbeta"

Omgivningens reaktioner

Innebär frågor och diskussioner om hur familj, vänner och arbetskamrater reagerar på patientens smärta. T.ex. "Hur reagerar din familj nu när du har så här ont?" och "Maken gör ju allting åt mig nu". □

Nedstämdhet/depression

Innebär frågor och diskussioner om känslor av nedstämdhet och tendenser att dra sig undan. T.ex. "Hur klarar du humöret nu när du har de här besvären?" "Känner du dig nedstämd på grund av dina besvär?" och "Jag blir irriterad och sur" eller "Jag orkar inte vara bland folk".

Nyckelfrågor

Bilaga 2

1. **Vad tror du Dina besvär kommer sig av?**
2. **Hur förändrade Dina besvär Ditt liv? Berätta.**

Beskriv områden i Ditt liv där besvären har liten betydelse och där de har stor betydelse.
3. **Litar Du på Din kropp? Beskriv.**

Om Du inte litar på Din kropp nu, har Du gjort det någon gång i livet?

Upplever Du att Din kropp är med Dig eller mot dig?
4. **Hur var Din kropp när Du var barn?**
5. **Om smärtan kunde tala, vad skulle den säga?**
6. **Med facit i hand, nu när Du mår som Du mår, skulle Du ha handlat annorlunda om Du fick chans att leva om Ditt liv?**

Maria Afrell, leg. sjukgymnast Samrehab, Rehab/psyk Västerviks sjukhus
Doktorand vid Inst. för Medicin och Hälsa, avd för Samhällsmedicin, Allmänmedicin.
0490-868 53, 0702-67 11 66 mariaa@ltkalmar.se