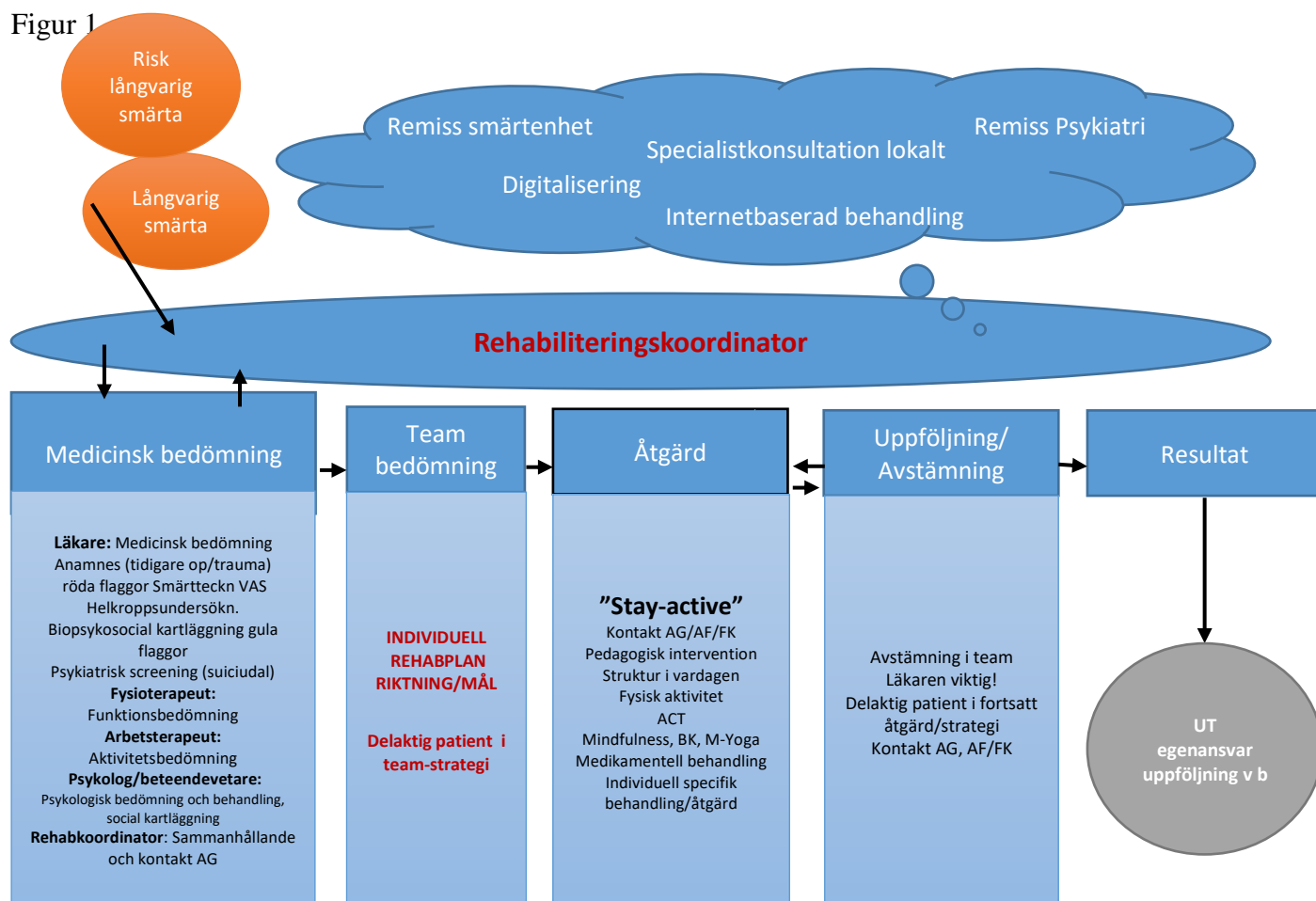


Lokalt kunskapsstöd för fysioterapi vid rehabilitering av personer med långvarig smärta i Region Kalmar län.

På uppdrag av Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning genomfördes 2016 en kartläggning över smärtvården i Sverige. Rapporten visar på brister och omotiverade skillnader i vård och behandling av patienter med långvarig smärta inom Primärvården 2016 (ISBN: 978-91-7585-444-1).

Inom Region Kalmar län pågår sedan 2017 ett processarbete med uppdrag att flytta kunskap inom smärtområdet närmare patienten och göra evidensbaserad smärtbehandling mer tillgänglig, se figur 1. Inom ramen för den kliniska smärtprocessgruppens arbete med att tydliggöra processen har ett behov av att förtydliga professionernas olika roller och samverkan inom primärvården, distriktsrehabilitering och specialistenheter framkommit. Med syfte att ta fram ett professionsspecifikt kunskapsstöd för fysioterapeuter inom Region Kalmar län sammankallades därför en referensgrupp bestående av fysioterapeuter verksamma inom Rehab Söder/Samrehab och som nu sammanställt detta dokument.

Figur 1



Att möta patienter med långvarig smärta i primärvården.

Denna generella sammanställning är tänkt som en praktisk hjälp i det kliniska arbetet och för att se helheten och riktningen i behandlingen vid långvarig smärta. Tidiga insatser kan förbygga en utveckling av långvarig smärta. Samordnade tvärprofessionella aktiverande insatser har bäst evidens och har visat bättre resultat än enstaka åtgärder. Pedagogisk intervention med förklaring av smärtsystemet och skillnaden mellan akut och långvarig smärta har visat sig höja patientens funktion, öka aktivitetsförmåga samt minska smärtupplevelsen. Fysisk träning har hälsoeffekter generellt men har också visat på minskad smärtupplevelse samt effekt på samsjuklighet som ångest och nedstämdhet. För fördjupning se referenslista.

ANAMNES

Sedvanlig anamnes, med extra fokus på eventuell rörelserädsla, katastroftankar, ångest osv... Smärtteckning (gärna med kommentarer för att tydliggöra)
Psykosocial kartläggning för att fånga upp patientens helhetsbild. Ofta är problemet inte enbart smärta.

UNDERSÖKNING

Undersökningen syftar till en funktionsbedömning för att analysera patientens resurser och begränsningar. Genom anamnes och klinisk undersökning gör fysioterapeuten en klassificering av smärtan/smärtanalys (nociceptiv/neuropatisk/nociplastisk).

BEHANDLING

Då patienten har en generaliserad smärta och tecken på sensitisering är en framgångsfaktor i rehabiliteringen att patienten är delaktig och att behandlingsinriktningen är beteendemedicinsk. Pedagogisk intervention med förklaringsmodell till smärtan som patienten förstår och accepterar är av stor vikt. Patienten behöver få kännedom om hur kroppen beter sig vid långvarig smärta och reaktionerna både fysiskt och psykiskt (ex sympaticuspåslag och undvikanden, rörelserädsla osv).

Ett verksamt koncept är ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Syftet är att hitta ett förhållningssätt till obehagliga tankar, känslor och minnen för att skapa förutsättningar för att höja funktionen och öka aktiviteten för att kunna leva ett rikt och värdefullt liv. Patienten lär sig att inte reagera på smärtan utan agera utifrån vad som är bra för individen på längre sikt. Fokus med behandlingen är att patienten är fysiskt aktiv. Patientutbildningen syftar till att få patienten uppmärksam på vilka goda effekter fysisk aktivitet och medveten närvaro kan ge. Aktiv träning kan ske på många sätt och ska alltid individanpassas.

Det finns flera behandlingsmetoder för att uppnå medveten närvaro, till exempel: mindfulness, basal kroppskännedom och medicinsk yoga.

TEAM

Vid komplexa besvär är det ofta en fördel att arbeta teambaserat (skraddarsytt). Medlemmar i teamet kan då vara rehabkoordinator, läkare, psykolog, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator. Teamet kommer överens om en behandlingsplan med tydligt uppställda mål samt uppföljning.

Det är av yttersta vikt att det i ett tidigt skede sker en gemensam planering mellan patienten, hälso- och sjukvården samt arbetsgivare för att öka möjligheten för patienten att bibehålla

arbetsförmågan. Här är trepartsmöten (patient, arbetsgivare och vårdgivare) och avstämningsmöten (patient, försäkringskassa, vårdgivare) viktiga verktyg.

Bedömningsinstrument

För att bedöma patientens resurser och begränsningar ges förslag på några utvärderingsinstrument.

Vad utvärderas/mäts?	Mätinstrument	Vad bedöms?
<i>Smärta</i>	NPRS + smärtområden Numeric Pain Rating Scale Linton score kortversion	Skattar självrapporterad smärtintensitet + markerar (antal) smärtlokalisationer. Risk för långvarig smärta
<i>Livskvalitet</i>	EQ-5D EuroQol-5 dimensions PSFS Patientspecifik funktionell skala	Skattar fysisk-/psykologisk funktion samt aktivitet, inkluderar hälsobarometer. Fångar självskattad patientspecifik aktivitets nedsättning.
<i>Ångest och depression</i>	HAD(S) Hospital anxiety and depression scale	Mäter ångest och depression inom somatisk vård (självskattning).
<i>Rörelserädsla</i>	TSK Tampa Scale of kinesiophobia	Fångar patientens rädsla för rörelser eller skada.

Referenser:

Karlsson H. (2016) Nationellt uppdrag: Smärta. På uppdrag av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK) Sveriges kommuner och regioner.

<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-444-1.pdf>

<https://skr.se/download/18.14b60f4a1517829ace130761/1450275606933/Evidensbaserings-av-MMR-okt-2015.pdf>

<http://www.svenskapsykologiinstitutet.se/terapeuter/act/>

Litteratur:

- Wicksell R. (2014) *Att leva med smärta*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Harris R. (2011) *ACT helt enkelt*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kåver A. (2007) *Att leva ett liv, inte vinna ett krig. Om acceptans*. Stockholm: Natur & Kultur.

Utvärderingsinstrument

Numeric Pain Rating Scale:

<https://www.varhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smarts kattningsinstrument/>

- Hjerstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, Fainsinger R, Aass N, Kaasa S (2011). European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC).. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 41(6):1073-93. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016. Review.
- Childs JD, Piva SR, Fritz JM. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005 Jun 1;30(11):1331-4.

Örebro Muskuloskeletal Pain Screening Questionnaire (Linton score):

<https://www.oru.se/english/research/research-environments/hs/champ/questionnaires/>

- Linton, S. J., Nicholas, M., MacDonald, S. (2011). Development of a Short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine*, 36, 1891–1895

EQ-5D:

<https://euroqol.org/>

- The EuroQol Group – a new facility for the measurement of health-Related Quality of life. Health policy 1990;16(3): 199-208

Patientspecifik funktionell skala:

<https://www.researchweb.org/is/sverige/document/30821>

- The Patient-Specific Functional Scale: measurement properties in patients with knee dysfunction. Chatman AB, Hyams SP, Neel JM, Binkley JM, Stratford PW, Schomberg A, Stabler M. Phys Ther 1997;77(8):820-9.

Hospital anxiety and depression scale (HAD):

<https://www.internetmedicin.se/material/HADS.pdf>

- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Soederman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286.

Tampa Scale of Kinesiophobia:

<https://www.fbanken.se/form/58/tampa-scale-of-kinesiophobia>

- Tampa Scale of kinesiophobia Kori, S.H., Miller, R.P., & Todd, D.D. (1990). Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 35-43.