

## Ryggsmärta

### Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Vårdriktlinjer vid ont i ryggen.....</b>	<b>2</b>
1.1	Inledning .....	2
1.2	Tidiga besvär .....	2
1.3	När det börjar bli problem. ....	3
1.4	Indikationer för bildiagnostik vid besvär från ländryggen .....	4
1.5	Indikationer för remiss till ryggsektionen på ortopedkliniken USÖ.....	4
1.6	När besvären är långvariga.....	5
1.7	Utbildning för läkare .....	6
<b>2</b>	<b>Vårdriktlinjer vid ont i ryggen - Kognitivt förhållningssätt.....</b>	<b>7</b>
2.1	Kognitiva processer vid smärta .....	7
2.2	Samtal med patienten .....	7
2.3	Exempel på frågor.....	8
<b>3</b>	<b>Vårdriktlinjer vid ont i ryggen - ryggstatus .....</b>	<b>8</b>
3.1	Ländrygg.....	8
3.2	Halsrygg.....	9
<b>4</b>	<b>Vårdriktlinjer vid ont i ryggen – Smärtritning .....</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>FRÅGEFORMULÄR OM SMÄRTPROBLEM.....</b>	<b>10</b>
5.1	TOLKNINGSMALL TILL FRÅGEFORMULÄR.....	10
<b>6</b>	<b>RÖDA FLAGGOR .....</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>GULA FLAGGOR .....</b>	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>COPING STRATEGIER .....</b>	<b>12</b>
8.1	Vad är coping?.....	12
8.2	Rädsla undvikande – en förklaringsmodell .....	13
8.3	Lästips.....	14
<b>9</b>	<b>SYN PÅ BEHANDLING OCH PROGNOIS.....</b>	<b>14</b>
<b>10</b>	<b>FÖRKLARINGSMODELL TILL VAD SOM KAN GÖRA ONT I RYGGEN .....</b>	<b>15</b>
<b>11</b>	<b>KVALITETSUTVECKLING .....</b>	<b>18</b>
<b>12</b>	<b>DOKUMENTFAKTA.....</b>	<b>19</b>

## 1 Vårdriktlinjer vid ont i ryggen

### 1.1 Inledning

Centrala budskap i SBU:s rapporter är följande:

- I det tidiga omhändertagandet har stor betydelse för prognosen
- II psykologiska faktorer har stor betydelse för risken att utveckla långvariga besvär
- III primärvårdens roll är central för att åstadkomma en god vård för denna patientgrupp.

"Vårdriktlinjer vid ont i ryggen" är ett försök att översätta SBU:s nationellt framtagna kunskapssammanställningar till lokala vårdriktlinjer användbara i primärvården och göra dem tillgängliga via primärvårdens websida VÅRDPRAXIS.

Behovet av ett gott samarbete mellan läkare och sjukgymnaster kan inte nog poängteras. Det har också blivit tydligare efter att remisstvånget till sjukgymnast avskaffades juli 2001. Patientens första kontakt kan vara antingen läkare eller sjukgymnast men ganska snart uppkommer behov av samråd och samarbete mellan dessa. Förhoppningsvis kan detta dokument bidra till att detta samarbete utvecklas.

### 1.2 Tidiga besvär

De allra flesta patienter som söker med besvär av värk i nacke eller rygg är okomplicerade i den bemärkelsen att tillståndet är självläkande. Både läkare och patient uppfattar situationen som hanterbar och konsultationen kan vara snabb och problemfri.

Några patienter kommer dock att återkomma flera gånger med likartade besvär och ytterligare några utvecklar långvariga svårbehandlade smärttillstånd. En rimligt antagande utifrån rapporten är att en bra och förtroendeingivande första konsultation minskar risken för en sådan negativ utveckling. De viktigare beståndsdelarna i en sådan god konsultation är, enligt rapporten, följande:

#### **Anamnes**

- \* *Lyssna på patientens beskrivning av symtomen*
- \* *Fråga efter patientens egna tankar och föreställningar om besvären*

Att lyssna aktivt och att uppmärksamma även patientens egna föreställningar är grunden i ett kognitivt förhållningssätt.

#### **Status**

- \* Gör en bra basal undersökning av patienten

En väl genomförd undersökning inger förtroende och bidrar till att skapa trygghet. Patienten ska vara avklädd. Arbeta lugnt och systematiskt.

#### **Ta ställning till**

- \* Röda flaggor
- \* Sjukgymnastkonsultation

- \* Behov av återbesök för fördjupad bedömning

Om du redan nu bedömer att problemet kan bli långvarigt eller komplicerat: gå till nästa avsnitt – "När det börjar bli problem"

### Behandling

- \* *Bekräfta besvären och kommentera dina undersökningsfynd*
- \* *Ge en begriplig förklaringsmodell till besvären.*
- \* *Ställ frågor för att kontrollera att du och patienten förstår varandra*

Att ta hänsyn till och att använda patientens egna kunskaper och erfarenheter är en viktig del i ett kognitivt förhållningssätt

- \* *Ge konkreta råd om aktivitet*
- \* *Ordinera vid behov smärtstillande läkemedel i fast dos och under en begränsad tidsperiod.*
- \* *Ta ställning till sjukskrivning*

### 1.3 När det börjar bli problem.

När besvären inte minskar i den takt som kan förväntas, när besvären återkommer tidigare eller oftare än förväntat eller när det i något annat avseende börjar verka komplicerat finns det skäl att göra en del kompletterande undersökningar.

### Anamnes

- \* *Lyssna på patientens beskrivning av symtomen*
- \* *Fråga efter patientens egna tankar och föreställningar om besvären*
- \* *Fråga efter symtom på depression och ångest*
- \* *Fråga efter hur patienten hanterar smärtan*
- \* *Fråga efter sociala förhållanden*

### Status

- \* *Gör en bra basal undersökning av patienten*

En väl genomförd undersökning inger förtroende och bidrar till att skapa trygghet. Patienten ska vara avklädd. Arbeta lugnt och systematiskt.

### Arbetsinstrument som kan användas som komplement

#### [Smärtritning med VAS skala](#)

Ger värdefull information om smärtutbred

#### [Frågefomulär om smärta](#)

Validerat formulär som ger en totalpoäng som anger risk för att besvären blir långvariga.

### Ta ställning till

- \* *Röda flaggor*
- \* *Gula flaggor*
- \* *Samråd med sjukgymnast för gemensam vårdplanering*

## Behandling

\* *Utvärdera och vid behov förbättra smärtlindringen*

Ge helst analgetika i fast dosering och i begränsade perioder

\* *Samarbeta med sjukgymnast*

Etablera ett "miniteam" för att tillsammans kunna ge enhetliga svar på patientens frågor, dra åt samma håll när det gäller aktivitet, läkemedelsbehandling och sjukskrivning osv.

\* *Ta ställning till sjukskrivning*

\* *Använd svaren på [smärtformulärets frågor](#) för diskussion med patienten*

Text om smärthantering, smärtans effekter på dagliga aktiviteter, smärtans svårighetsgrad, depression mm

\* *Använd vid behov annan kompetens inom eller utanför vårdcentralen*

Utnyttja vid behov kurator eller psykolog om sådan finns inom organisationen. Tag reda på om det finns företagshälsovård och ta ställning till behovet av att remittera patienten dit.

### 1.4 Indikationer för bilddiagnostik vid besvär från ländryggen

1. Vid följande tillstånd görs MR (utan föregående slätröntgen):

\* Symtom och fynd som vid diskbråck som inte har klart förbättrats 6 veckor efter debuten

\* Symtom och fynd som vid spinal stenos som kvarstår i minst 12 månader

2. Vid följande tillstånd görs slätröntgen:

\* Misstänkt skelettskada

\* Misstänkt spondylolisthes

3. Vid följande tillstånd görs skelettscint

\* Ländryggsvärk hos patient som har eller har haft en malign sjukdom

### 1.5 Indikationer för remiss till ryggsektionen på ortopedkliniken USÖ

För att på bästa sätt utnyttja kirurgisk kompetens är det av stort värde att rätt patienter remitteras till ortopedkirurgiska klinikens ryggsektion därför är följande tillstånd aktuella:

Patient som kan tänka sig kirurgi. I princip går alla ryggsjukdomar att operera men få patienter har nytta av kirurgi. Om patienten inte kan tänka sig kirurgi är remissen till ortopedkliniken meningslös.

1. MR-verifierat diskbråck med ischias som inte förbättrats på 2- 3 månader. 70 % av patienter med symptomgivande diskbråck läker ut på 3 månader

2. MR-verifierad spinal stenos med bensymptom som pågått minst 12 månader. Patienter med kort gångsträcka (<100m) och med få bisjukdomar har visats sig ha mest nytta av kirurgi

3. Rtg-verifierad spondylolisthes som inte förbättrats trots 3-6 månaders stabiliseringsträning

4. Kronisk lumbago med smärtduration på minst 12 månader och utebliven förbättring trots multimodal rehabilitering. Den gruppen är den mest svårvärderade men internationella och svenska

studier ha visat att aktiv multimodal rehabilitering kan ge minst lika stor effekt som fusionskirurgi. Diskproteskirurgi är fortfarande att betrakta som experimentell kirurgi.

## 1.6 När besvären är långvariga

När besvären är långvariga finns det enligt rapporten stöd för att multidisciplinär bedömning och behandling är bättre än konventionellt arbetssätt. För att bättre kunna förstå och behandla patienter med långvarig värk behöver ett traditionell biomedicinskt synsätt kompletteras med kunskaper om smärtans psykologi. I rapporten framhålls bland annat psykologiska faktorerens betydelse för övergången från akut till kronisk smärta.

Att arbeta i team är en utmaning och en möjlighet för primärvården. Primärvården har bred kompetens och kunskap om lokalsamhället som kan utnyttjas för att bygga upp ett sådant arbetssätt. Den praktiska utformningen av arbetet måste utgå från vårdcentralens egna förutsättningar

### Anamnes, status och överväganden

se ovan

### Behandling

Utnyttja annan kompetens inom och utom vårdcentralen

\* *Läkare och sjukgymnast bildar ett "miniteam"*

Samarbete för samsyn, gemensamt förhållningssätt

\* *Samarbeta med kurator eller psykolog*

För fördjupad analys av psykosociala förhållanden. Möjlighet till korttidsinsatser av kognitiv terapi om sådan kompetens finns

\* *Utnyttja om möjligt kompetens utanför vårdcentralen*

- Arbetsterapeut
- Ergonom
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen

## 1.7 Utbildning för läkare

### Ortopedisk medicin OMT

Läkare behöver utbildning i undersökningsmetodik för att kunna göra en strukturerad och systematisk undersökning av rörelseapparaten samt för att underlätta samarbetet med sjukgymnast.

En förbättrad kompetens innebär att man kan ge en begriplig förklaring till patienten om orsaken till besvären. En bra undersökning skapar förtroende, som är en viktig del i behandlingen.

Förslag: Läkare genomgår utbildning motsvarande Svensk Förening:s för Ortopedisk Medicin utbildningar DE och DR för läkare ( 5+5 dagar).

## Kognitiv samtalsmetodik

Utbildningen förmedlar grunderna inom kognitiv beteendeterapi och lär ut några tekniker för kognitiv samtalsmetodik. Förslag utbildning motsvarande 3-5 dagar gärna uppdelade i 2-3 seanser med mellanliggande hemuppgifter.

## 2 Vårdriktlinjer vid ont i ryggen - Kognitivt förhållningssätt

### 2.1 Kognitiva processer vid smärta



Patienters egen tolkning av symptomen (tankar, attityder, idéer om orsak och betydelse) resulterar i ett beteende. Patientens smärtbeteende kan vara gynnsamt och leda till återhämtning eller ogynnsamt och leda till att smärtproblemet blir kroniskt. För att som behandlare kunna påverka patientens beteende är en gemensam förståelse (shared understanding) av problemet nödvändigt.

### 2.2 Samtal med patienten

Ta hänsyn till följande två fokuspunkter

#### "Beliefs"

Vad är patientens idéer om besväret? Vilka föreställningar har patienten om till exempel smärtans orsaker och konsekvenser?

Efter att ett symptom uppmärksammas tolkas det automatiskt. Bland annat tas ställning till om signalen är 'farlig' eller 'normal'. En viktig del av tolkningen är vad man uppfattar som orsaken till smärtan. En annan del är vilka förväntningar eller betydelse man förknippar med smärtsymptomen. Så kan man t ex oftare tolka molande ryggbesvär som "vanlig" medan skarpa, huggande smärtor oftare bedöms som "allvarliga".

## Förväntningar

I vilken grad är patienten orolig för framtiden med anledning av smärtan? Har patienten positiva eller negativa förväntningar när det gäller fortsatt arbete eller fritidsaktiviteter.

Patientens egna uppfattningar om sina möjligheter att kunna hantera besväret och att kunna ta kontroll själv är starkt förknippat med utfallet. Uppfattar patienten till exempel ingen möjlighet att hantera smärtan och att framtiden ser mörk ut då är chansen mycket stor att patienten hanterar smärtan passivt. Passiva coping strategier är bland de största riskfaktorerna för att utveckla ett långvarigt problem.

## 2.3 Exempel på frågor

- Vad tror du är orsaken till Din smärta?
- Hur påverkas Du av smärtan?
- Hur reagerar Din familj på problemet?
- Hur reagerar Dina arbetsgivare/kollegor på Ditt problem?
- Kommer Du att ha några problem att arbeta?
- Hur ser Du på framtiden?
- Vilken kontroll över Din smärta upplever Du att Du har?
- Vad tror Du skulle vara en bra behandling?

## 3 Vårdriktlinjer vid ont i ryggen - ryggstatus RYGGSTATUS

### 3.1 Ländrygg

#### Gående

- spontan rörelse, hålta, smärtbeteende

#### Stående

- hållningsavvikelse
- ryggradskrökar, kyfos, lordos, skolios
- olisteshak
- sidotippning av bäckenet , benlängdsskillnad
- rörlighet: flektion, extension, sidoböjning, ext-rotation

#### Sittande

- reflexer

#### Ryggläge

- sensibilitet

- grov kraft
- muskelatrofier
- höftleder (flektion, rotation, abduktion)
- SLR

### **Bukläge**

- palpation av spinalutskott, interspinala strukturer
- palp av muskulatur rygg och glutealt
- palp av SI-leder

### **Övrigt**

- rektalpalpation, palp av trochanterområdet

## **3.2 Halsrygg**

### **Gående/stående**

- Spontanrörlighet,
- "hållning" (humpbildning, anteroposition, deviation)
- Rörlighet; flektion övre och nedre halsrygg, extension, sidovridning, sidoböjning, rörelseutslag, sidoskillnad, smärta, endfeel
- Foramenkompressionstest
- Palpation av muskulatur: trapezius, levator scapulae, muskelfästen i nacken

### **Liggande**

- Palp av spinalutskott C2-C7, tansversalutskott C1, facettleder C2-C7
- Neurologisk undersökning av armen; reflexer, sensibilitet, motorik.

## **4 Vårdriktlinjer vid ont i ryggen – Smärtritning**

### **SMÄRTRITNING**

Smärtritning är ett sätt att låta patienten beskriva smärtans karaktär och utbredning. Det kan underlätta smärtanalysen tex. kan symmetrisk utbredning tala för generaliserat smärttillstånd, brännande karaktär kan tala för neurogen komponent osv. Smärtritningsformulär kan skrivas ut (pdf) och finns på flera olika språk. VAS skala finns endast på de svenska formulären.

### **[Här kan Du skriva ut smärtritningsformulär på olika språk](#)**

Ett sätt att låta patienten gradera sin smärta. Be t ex patienten ange när det är som värst respektive som bäst och hur det är vid besökstillfället. VAS-skalan



## 5 FRÅGEFORMULÄR OM SMÄRTPROBLEM

Se länk: [Frågeformulär om smärtproblem](#)

### 5.1 TOLKNINGSMALL TILL FRÅGEFORMULÄR

Poängen skrivs i rutorna i högermarginalen

#### *Fråga 5*

Räkna antal besvärstillfällen. Multiplicera med 2

#### *Fråga 6 och 7*

Det finns 10 olika svarsalternativ, motsvarar 1-10 poäng.

#### *Fråga 8-11, 13-15, 18-20*

Poäng = av patient inringad siffra

#### *Fråga 12, 16-17, 21-25*

Poäng = 10 minus av patient inringad siffra

#### Summera

**Max poäng**                    210 poäng

**Liten risk**                    <90 poäng

**Måttlig risk**                91-104 poäng

**Betydande risk**            >105 poäng

Totalpoängen ger en uppskattning av risken för långvariga besvär. 82% säkerhet att förutsäga risken för att vara långtidssjukskriven 6 månader efter testet.

Svaren på de enskilda frågorna ger också viss vägledning

## 6 RÖDA FLAGGOR

En viktig del i undersökningen är att finna de patienter vars ryggsmärta orsakas av en allvarlig sjukdom och där en helt annan handläggning krävs. Det handlar om att skilja ut de patienter som har en avvikande sjukhistoria som kan tyda på malignitet, fraktur, spondylit, diskbråck med caudasyndrom som kan ge bestående men om obehandlat eller inflammatorisk ledsjukdom.

De indikatorer rapporten lyfter fram (vol. 1 s 369) är:

- ryggsmärta hos barn under 18 år
- avsevärda smärtor eller smärtdebut efter 55 år
- våldsamt trauma bakom smärtan
- konstant eller progredierande smärta under natten
- tidigare cancersjukdom

- systemisk steroidbehandling
- drogmissbruk, HIV
- vikt förlust
- allmänt nedgången
- bestående svår rörelseinskränkning
- intensifierad smärta vid minsta rörelse
- strukturell deformitet
- svårigheter att urinera
- förlust av tonus i analsfinkter eller avföringsinkontinens, sadelanestesi
- utbredd progredierande motorisk svaghet eller gångstörningar
- misstänkt inflammatorisk ledsjukdom ( Bechterew)
- gradvis isättande sjukdom efter 40 års ålder
- markant morgonstelhet
- ihållande rörelseinskränkning
- perifera leder angripna
- irit, hudutslag, kolit, utsöndring från urinröret
- ärftlighet

Dessa förhållanden bör skärpa uppmärksamheten på allvarlig bakomliggande sjukdom och stärka indikationen för vidare åtgärder (provtagning, röntgen, akutremittering)

## 7 GULA FLAGGOR

Gula flagor är psykosociala faktorer som hindrar återhämtningen efter en akut episod av muskuloskeletal smärta.

Gula flaggor kontrasteras med så kallade "röda flaggor" vilka är allvariga men sällsynta såsom frakturer, cancer, infektioner etc.

Psykosociala faktorer är väsentliga faktorer, särskilt i utvecklingen av ett långvarigt smärtproblem. Vanligtvis är psykosociala faktorer viktigare än biomedicinska eller biomekaniska faktorer.

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 förrän normala aktiviteter eller arbete kan resumeras.

## Beteende faktorer

- t.ex.- passiva coping strategier såsom disproportionellt undvikande av aktiviteter och rörelser
- medicinförbrukning

## UTREDNING AV GULA FLAGGOR. TIPS TILL HANTERING

Psykosociala riskfaktorer kan utredas med "[Frågeformulär om smärtproblem](#)"

En mycket bra översikt av hur man kan bäst utreda psykosociala gula flaggor i akut muskuloskeletal smärta och förslag hur man kan ta hand om patienten i en tidig fas finns i boken: Kendall, NAS, Linton, SJ, Main, CJ (1997). Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long Term Disability and Work Loss. Accident rehabilitation & compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee. Wellington, NZ.

## 8 COPING STRATEGIER

### 8.1 Vad är coping?

Coping är begreppet för den strategi patienten använder för att handskas med sitt besvär.

I stort sett kan man uppdelat coping strategier i två grupper, aktiva/konfronterande strategier och passiva/undvikande strategier. Att använda passiva/undvikande copingstrategier är en klar riskfaktor för att utveckla ett långvarigt problem och det är viktigt att ta itu med detta.

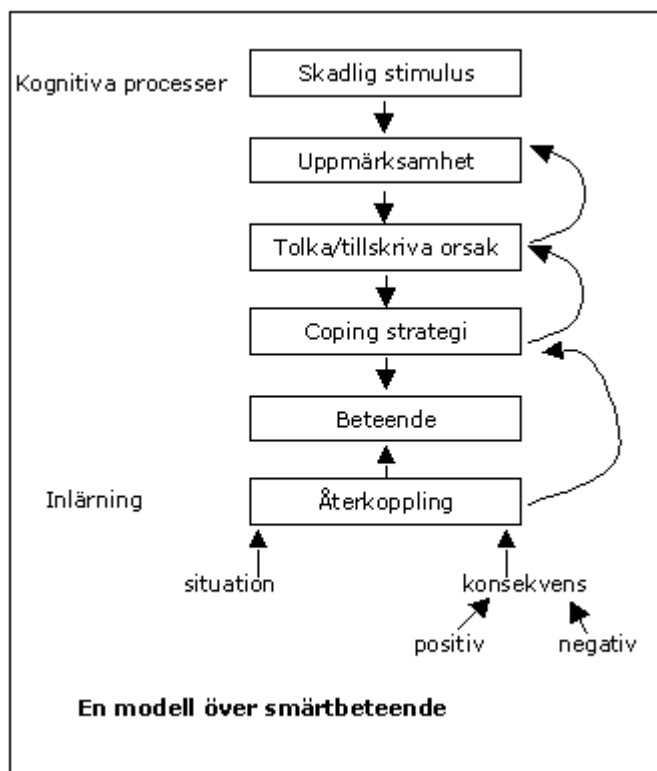
#### Den som undviker (passiv)

- \* blir skrämdd av att det gör ont och oroar sig för framtiden.
- \* är rädd att smärta alltid betyder att skadan förvärras.
- \* vilar mycket och väntar på att smärtan skall gå bort av sig själv.

#### Den som konfronterar (aktiv)

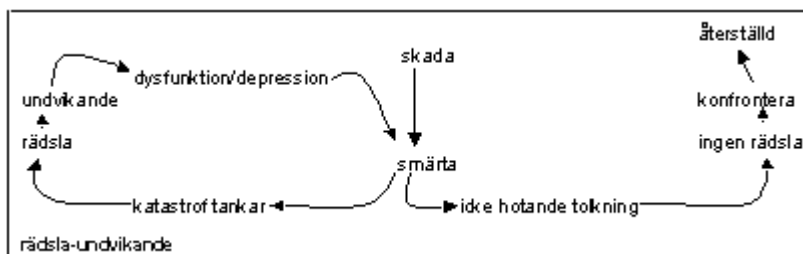
- \* vet att smärtan kommer att minska och är inte orolig för framtiden.
- \* fortsätter sitt liv så normalt som möjligt.
- \* handskas med smärtan genom att vara positiv, fortsätter att vara aktiv och att arbeta

Vilken strategi man använder har mycket att göra med hur man tolkar besväret och med konsekvenserna av strategien (inlärning). I stort sett kan man säga att ett beteende som är framgångsrikt i att reducera eller eliminera smärtan kommer att öka i frekvens i liknande situationer; det blir bekräftat. På samma sätt kommer ett beteende som gör att smärtan blir värre att minska i frekvens; det blir bestraffat.



## 8.2 Rädsla undvikande – en förklaringsmodell

Ett viktigt exempel på hur tolkning och inläring kan påverka coping är mekanismerna bakom rädsla-undvikande. Första fasen, betingningen, går till så att stimuli såsom en viss aktivitet eller situation framkallar en reaktion t ex rädsla, ångest och muskelspänning. I andra fasen blir dessa stimuli (aktiviteten eller situation) tolkade som "hot" och detta kan sätta igång undvikande reaktioner. Konsekvensen (minskad ångest, spänning och smärta) av beteendet (att undvika aktiviteten eller situationen) blir på så vis bekräftad. När denna inläring har skett är mönstret svårt att bryta. Patienten kan till i oändlighet undvika kontakten med den ursprungliga hotande aktiviteten eller situation. Rädsla-undvikande är associerat till specifika tankepatroner som man ofta kallar för "katastroftankar". Katastroftankar är negativa och förstärkta tolkningar av situationer eller upplevelser.



### 8.3 Lästips

- Linton, S.J. (2000). Rädd för att röra sig? "Rädsla-undvikande i utveckling och rehabilitering av ryggbesvär. Socialmedicinsk tidskrift, 5, 415-420.
- Linton, S.J. (1992). Smärtans psykologi, muskuloskeletala besvär-teori och åtgärder. FOLKSAM.

## 9 SYN PÅ BEHANDLING OCH PROGNOIS

Ha inte enbart smärta som utfallsmått. Det kan leda till att all uppmärksamhet inriktas på smärtan så att andra framsteg underskattas. Fokusera på förbättringar i tex aktivitetsnivå. Ge positiv återkoppling ("Vad bra att Du kan gå längre sträckor. Du ser att det går sakta men säkert framåt trots att smärtan inte har minskat än"). Det minskar patientens oro/ångest över smärtan. Jämför gärna med när det var som värst, inte med när patienten var besvärsfri.

### Konkreta råd om aktivitet

- \* Det är bra att vara aktiv trots att det gör lite ont. Förbättringen går fortare.
- \* Det är viktigt att fortsätta med dagliga aktiviteter så mycket som möjligt. Det kommer inte att orsaka någon skada.
- \* Att ta smärtstillande mediciner inom fasta tidsramar kan vara bra för att kunna fortsätta att vara aktiv.
- \* Det är viktigt att vara positiv. Ryggbesvär betyder inte att man kommer att bli invalid.
- \* Det är normalt att känna värk och smärta ibland. Börja aktiviteterna lugnt och gör lite mer varje dag, så att framstegen syns.
- \* Återgå till arbetet så fort som möjligt. Om det är nödvändigt kan man fråga efter lättare sysslor under en vecka eller två.

### Behandling

- \* Behandlingen bygger på de fynd som gjorts vid funktionsanalysen.
- \* Finns fynd som talar för en dysfunktion på organnivå bör den behandlas enligt den evidens som finns idag.
- \* Viktigt att patienten är så aktiv som möjligt redan i akuta fasen.
- \* Smärtlindrande behandlingsmetoder för att skapa bättre förutsättningar för rörelse och aktivitet kan ibland behöva användas.
- \* Viktigt är att skapa förtroende mellan patient och den som behandlar. Därigenom blir patienten motiverad till träning. Behandlaren måste göra patienten delaktig och införstådd med målet i behandlingen.
- \* Till behandlingen hör även riktad träning för att förbättra hållfasthet och rörlighet i de olika strukturerna. Det gäller framförallt vid långvariga tillstånd.

## 10 FÖRKLARINGSMODELL TILL VAD SOM KAN GÖRA ONT I RYGGEN OLIKA TYPER AV SMÄRTA

### Nociceptisk smärta

Nervsystemet är intakt. Smärtan är en skyddsmekanism. Det skall göra ont när man skadar sig. Upplevelsen finns i hjärnan. Det finns broms och gas som styrs av hjärnan. Upplevelsen påverkas av många faktorer.

### Neurogen smärta

Nervsystemet är skadat. Smärtan utgår från de delar som leder impulser. Ofta hjälper inte antiinflammatorisk medicin. Smärtan blir sann i hjärnan och kan där både dämpas och ökas.

### Psykogen smärta

Smärta utlöst av psykiska faktorer.

### Idiopatisk smärta

Smärta till synes utan orsak (man vet inte var den kommer från). Ju mera vi lär oss om smärtfysiologi ju mindre blir denna grupp

## SMÄRTA INDELAT EFTER TIDSINTERVALL

### Akut smärta 0-3 veckor.

De flesta vävnaderna i rygg och nacke har en innervation av smärtrådar. Det betyder att om de utsätts för våld eller överbelastning som riskerar skada eller ger skada skall de reagera med smärta. Smärtan är en skyddsreflex. Akut smärta går över när skadan läks. "Ha respekt för den akuta smärtan men var inte rädd för den".

### Subakut smärta 4-12 veckor

### Långvarig smärta >12 veckor

Detta gäller för alla typer av skada som ger upphov till smärttillstånd.

Det finns ett flertal förklaringar till att smärtan kvarstår efter att den (normala) läkningstiden har passerat.

1. Man har inte tillåtit skadan att återhämta sig tillräckligt.
2. Läknings-/mobiliseringen har bidragit till rörelseinskränkning/ nedsatt hållfasthet.
3. Läkning har påverkats negativt av andra faktorer vilket gör att vävnaden inte tål den belastning den utsätts för (tex. diabetes, RA)
4. Skadan är läkt men smärtupplevelsen ligger kvar pga. en skada i smärtrapporteringen som kan orsakas av:

A. att det har uppkommit en ökad känslighet i vävnaden. En normalt smärtande impuls gör mera ont (primär/sekundär hyperalgesi).

B. på grund av överkoppling, som medför att berörings- och rörelseimpulser kopplas fel och går till en smärtbana så att beröring eller rörelse gör ont. Något som inte är en smärtande funktion gör ont (allodyni).

Smärta är en upplevelse som styrs av styrkan på den inkommande impulsen och av vilka dämpningsätt vi har till vårt förfogande. Dämpningen beror på flera faktorer bl.a. hur vi mår allmänt, rädslan för

smärtan, vilka tidigare erfarenheter vi har, hur väl vi känner till mekanismerna bakom smärtan. Detta gör att vi i olika hög grad kan dämpa impulsen (lägga på ett filter med olika finhet). Beroende på hur bra vi lyckas med att handskas med impulsen kommer den långvariga smärtan att påverka oss i olika grad.

Det förekommer en hel del kombinationer av dessa tillstånd d.v.s. en långvarig åkomma kan ibland vara mera akut i sin karaktär.

## ANAMNESTISKA OCH MANUELLA FYND SOM KAN TALA FÖR OLIKA DIAGNOSER

### Överbelastning/segmentrelaterad smärta (SRS)

- \* Successiv debut
- \* Trötthetskänsla/molvärk speciellt vid statisk belastning (cocktail party syndrom)
- \* Ökad värk och stelhetskänsla vid för hög/långvarig aktivitet
- \* Ytterlägessmärta aktiv/passiv
- \* Lokal ökad eftergivlighet
- \* Refererad smärta

Prognos är god vid adekvat omhändertagande. Minska belastning initialt, sedan successivt öka belastningstoleransen i vävnaden via doserad träning.

### Artrogen smärta

- \* Rörelsesmärta
- \* Unilateral smärtutstrålning
- \* Diffus smärtutstrålning
- \* Ytterlägessmärta a) divergens, b) konvergens
- \* Lokal palpationssmärta
- \* Lokala vävnadsförändringar

### SI-ledsproblem

- \* Smärtlokalisering: över leden, skinkan, baksidan av lår, ljumske.
- \* Provoceras av: belastning av benet, häftiga rörelser, långa steg (positiva smärtprovokationstester, inskränkt rörlighet)

### *Möjlig förklaring till smärta vid artrogen dysfunktion*

Smärtan kan komma från all vävnad kring och i leden utom brosket. Akut jämförbart med en stukning, skada på ledkapsel, ledband, lednära muskulatur. Detta leder till en nociceptisk (smärta som uppkommer där nervsystemet är intakt) smärta. Vid läkningen uppkommer en inflammatorisk process som leder till att smärtröskeln sätts ner och det gör ont. Kroppens eget sätt att minska belastning för att få tillfälle till återhämtning och läkning. "I akutskede är det OK att belasta Dig trots att det gör lite ont (upp till smärtgränsen)". Skada på ledband/kapsel har en läkningstid på ca 6-8v. Detta är ej direkt kopplat till smärtans tidsaxel.

### Neurogen affektion

- \* Akut/subakut debut
- \* Host- och nyssmärta

- \* Belastningskänslig
- \* Deviation i frontalplan-sagittalplan
- \* Rörelseinskränkning
- \* Neurogen smärta
- \* Konduktionsstörning (kraft, sensibilitet (beröring, stick, temperatur), reflexer
- \* Positiva tensionstester för nervvävnad
- \* Palpationssmärta av neurogen vävnad

### **Diskogen smärta (utan nervrotspåverkan)**

- \* Akut/subakut debut
- \* Host- och nyssmärta
- \* Belastningskänslig
- \* Deviation i frontalplan-sagittalplan
- \* Rörelseinskränkning, muskulär defens ff.a. i stående
- \* Fri rörlighet i liggande
- \* Refererad smärta ev. neurogen smärta

### ***Möjlig förklaring till smärta från disk/nervrot***

Diskens inre delar har ingen smärtekänslighet. När en skada uppstår kommer reaktionen oftast inte förrän skadan berör det yttre delarna av disken. Nervroten är i sig känslig för tryck, framförallt om det kommer plötsligt. Den reagerar även kraftigt på kemiska ämnen som frigörs vid en inflammatorisk process. Om en nerv skadas mycket ger den upphov till domning, kraftnedsättning, reflexbortfall och smärta. Vid lindrigare skada endast smärta. (Belasta Dig upp till smärtgränsen). Läkningstid för en disk vid diskbräck ligger på upp till 2 år. Detta är ej direkt kopplat till smärtans tidsaxel. Man kan dock belasta sig mycket tidigare då det oftast är inflammationen som gör ont, inte bråcket i sig.

### **Mekanisk muskelskada**

- \* Akut/subakut debut
- \* Rörelsesmärta i 1-2 plan (koncentriskt-excentriskt)
- \* Smärta vid muskelkontraktion
- \* Smärta vid töjning
- \* Lokal palpationsömheter

### **Metabolisk muskelskada**

- \* Långsam debut
- \* Brännande, skarp smärta, tilltar med aktivitetens längd
- \* Palpationssmärta över muskel

### ***Möjlig förklaring till smärta vid muskelskada***

Skada i en muskel kan ske på två sätt:

- mekanisk skada med blödning och inflammation+ som följd (nociceptisk smärta)
- metabolisk skada dvs. muskeln får inte tillräckligt med syre för att kunna fungera bra, vilket leder till att muskeln blir "sur" vilket i sin tur åter aktiverar känselkroppar (nociceptisk smärta) som gör att



närliggande muskler spänner sig vilket leder till mindre syre och mer smärta osv. "Belasta Dig upp till smärtgränsen". Mekanisk skada läks på 3-6v. Det är ej direkt kopplat till smärtans tidsaxel.

## 11 KVALITETSUTVECKLING

### UTVECKLINGSARBETE

Vårdcentralen gör en analys av egna och omgivningens resurser.

- Patienter med långvariga besvär från rörelseapparaten behöver i regel en handläggning i ett multidisciplinärt team. Miniteamet utgörs av läkare och sjukgymnast. Därtill är det önskvärt med tillgång till psykosocial kompetens för utredning och behandling.
- Inom företagshälsovården finns personal med kompetens att göra bedömningar av arbetsmiljö ur såväl fysiska som psykosociala aspekter. Dessa resurser kan tillgodoses via anställning eller tjänsteköp.
- Utveckla nya samverkansformer med sjukhusen för konsultationsstöd.
- Utarbeta pedagogiska modeller för information till patienter.
- Vårdcentralen utvecklar kontakter med lokala resurser för utslussning av patienter med besvär från rörelseapparaten. Det kan röra sig om lokala projekt som MåBra, Friskvården, patientföreningar, idrottsföreningar och gym.

### KVALITETSSÄKRING OCH MÅL

#### Struktur

#### *Krav på vårdcentralen*

- Vårdcentralen har en dokumenterad rutin för multidisciplinär handläggning av långtidssjukskrivna och patienter som av annan orsak har ett komplicerat rehabiliteringsbehov.
- Alla medarbetare har individuella fortbildningsplaner där kompetens och utbildningsbehov inom områdena ortopedisk medicin och kognitiv samtalsmetodik värderas.
- Vårdcentralens aktiviteter kring patienter med komplicerade rehabiliteringsbehov tas upp i utvecklingsdialog och verksamhetsplaner.

#### *Krav på vårdgrannar - Sjukhus*

- Väntetid för röntgenundersökning är högst 2 veckor.
- Väntetid för bedömning hos ortopedkirurg är högst 4 veckor.
- En genomarbetad policy för indikationer och kostnadsfördelning för neuroradiologiska undersökningar utarbetas gemensamt mellan primärvård och sjukhus. En restriktiv indikationsställning bör eftersträvas.

#### *Krav på vårdgrannar - Försäkringskassa*

- FK har en handläggare som kontaktperson för varje vårdcentral

**Process**

- Patienter med komplicerad problematik har haft kontakt med vårdgivare med flera olika kompetenser.

**Resultat**

- Nyrekrytering av kroniska smärtpatienter minskar.
- I patientenkäter kan man finna att patienterna känner sig tryggare och väl undersökta.

**12 DOKUMENTFAKTA****Gäller för**

Primärvården, Region Örebro län

**Arbetsgrupp**

Katja Boersma psykolog Yrkesmedicinska kliniken USÖ

Ethel Bronegård sjukgymnast Askersunds vårdcentral

Bengt Karlsson distriktsläkare Baggängens vårdcentral

Agneta Larsson samordnande sjukgymnast Utvecklingsenheten

Georg Lohse sjukgymnast Örebro Rehab Center

Tomas Overmeer sjukgymnast Yrkesmedicinska kliniken USÖ

Lennart Svärd distriktsöverläkare Kumla vårdcentral.

**Redigering och distribution**

Allmänmedicinskt forskningscentrum

Redaktör Sven Röstlund

**Uppdaterad avseende länkar**

Erik Längström distriktsläkare. September 2022