

# Rehabilitering av patient med akut rygg- och nackbesvär

Gäller för: Region Kronoberg

## Innehåll

Rehabilitering av patient med akut rygg- och nackbesvär.....	1
1 Inledning.....	2
1.1 Syfte.....	2
1.2 Målgrupp.....	2
1.3 Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp .....	2
1.4 Resurser, kompetens .....	3
1.5 Definitioner .....	3
2 Flöde/Process.....	4
3 Rehabilitering/behandling vid akuta rygg/nackbesvär .....	5
3.1 Utredning/bedömning .....	5
3.2 Indikationer för behandling.....	6
3.3 Behandling.....	7
3.4 Egenvård.....	7
3.5 FaR.....	8
3.6 Uppföljning/avslut.....	8
3.7 Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående....	8
3.8 Patientsäkerhet, riskanalys.....	8
3.9 Mål och mätetal.....	8
Mål .....	8
Mätetal .....	8
3.10 Dokumentation och KVÅ .....	9
4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring.....	9
5 Sjukskrivningsprocessen .....	9
6 Patient och handikapporganisationer.....	10
7 Kvalitetsindikatorer .....	10
8 Referenser .....	10
9 Bilaga.....	10

## 1 Inledning

### 1.1 Syfte

Att erbjuda personer som insjuknar med akuta rygg- och nackbesvär snabb, likvärdig och kompetent bedömning och behandling inom ramen för vård- och behandlingsgarantin och i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om God Vård SOSFS 2005:12 samt Region Kronobergs vision och värderingar.

\*Sjukgymnast benämns fysioterapeut i dokumentet.

### 1.2 Målgrupp

Alla som söker för besvär från rygg och/eller nacke enligt definitionen akut rygg/nacke.

Ryggbesvär är ett vanligt förekommande problem och drabbar upp till 80% av alla människor någon gång i livet. Livstidsprevalensen för nacksmärta är 50 %. Av de som drabbas av ryggproblem blir 60 % i allmänhet smärtfria inom två veckor och 80-90 % inom tre månader.

Riktlinjen omfattar ej akut omhändertagande av whiplash skada. Se riktlinje för handläggning av nackskadade i Kronobergs län (bilaga 2).

### 1.3 Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp

Rörelseorganens sjukdomar är sjukdomar i muskler, skelett och leder och är vanligast bland de självrapporterade sjukdomarna. De orsakar både stort personligt lidande och får stora samhällsekonomiska konsekvenser. Dessa sjukdomar är den vanligaste anledningen till att personer har ont, får nedsatt arbetsförmåga, blir långtidssjukskrivna samt får sjuk- och aktivitetsersättning. Akut rygg/nacksmärta hör till de allra vanligaste av dessa sjukdomar och drabbar både yngre och äldre. Smärtan kan vara lokaliserad till enbart ländrygg eller nacke men kan också innefatta utstrålade smärta i ben eller arm. Smärtorsaken är oftast okänd men symtombilden är snarlik.

Enligt SBU finns inget samband mellan förändringar i ryggraden, t ex förslitningar, diskbräck och vanligt ryggont. Det finns ryggar med tydliga fel men där bäraren aldrig haft några besvär och tvärtom. I dagens samhälle är det sällan som vanligt ryggont beror på fysisk överbelastning, snarare att vi använder kroppen för lite. Vi sitter för mycket och rör oss för lite, både i arbetet och på fritiden. Den bästa egna åtgärden för den som drabbas av akut ont i rygg/ nacke är att försöka leva som vanligt och framför allt hålla sig i rörelse, så mycket det går. Det leder till snabbare tillfrisknande och minskar risken för kronisk funktionsnedsättning. För den som behöver värktabletter för att snabbare komma i rörelse är detta en viktig åtgärd. Rygg/nacksmärta är oftast godartad och ospecifik. Allvarliga problem utgör troligen mindre än 5 % av alla ryggfall. Vid nervrotssmärta kan överdiagnostik skapa stor oro och vara minst lika skadlig för patienten som underdiagnostik.

SBU påtalar att för de allra flesta personer med ryggsmärtor är de åtgärder som kan utföras i primärvården de enda nödvändiga. Personalens attityd och förmåga

att lyssna till och uttrycka empati för patienten är av stor betydelse för behandlingsutfallet.

Information om egenvård och lämplig, receptfri farmakologisk smärtbehandling är en bra metod vid nästan all ospecificerad ryggsmärta. Det är viktigt att denna rådgivning ges oavsett var eller hos vem patienten söker. Många studier har visat att anti-inflammatorisk medicinering liksom muskelavslappnande medicinering har signifikant smärtreducering vid akut ryggsmärta.

#### 1.4 Resurser, kompetens

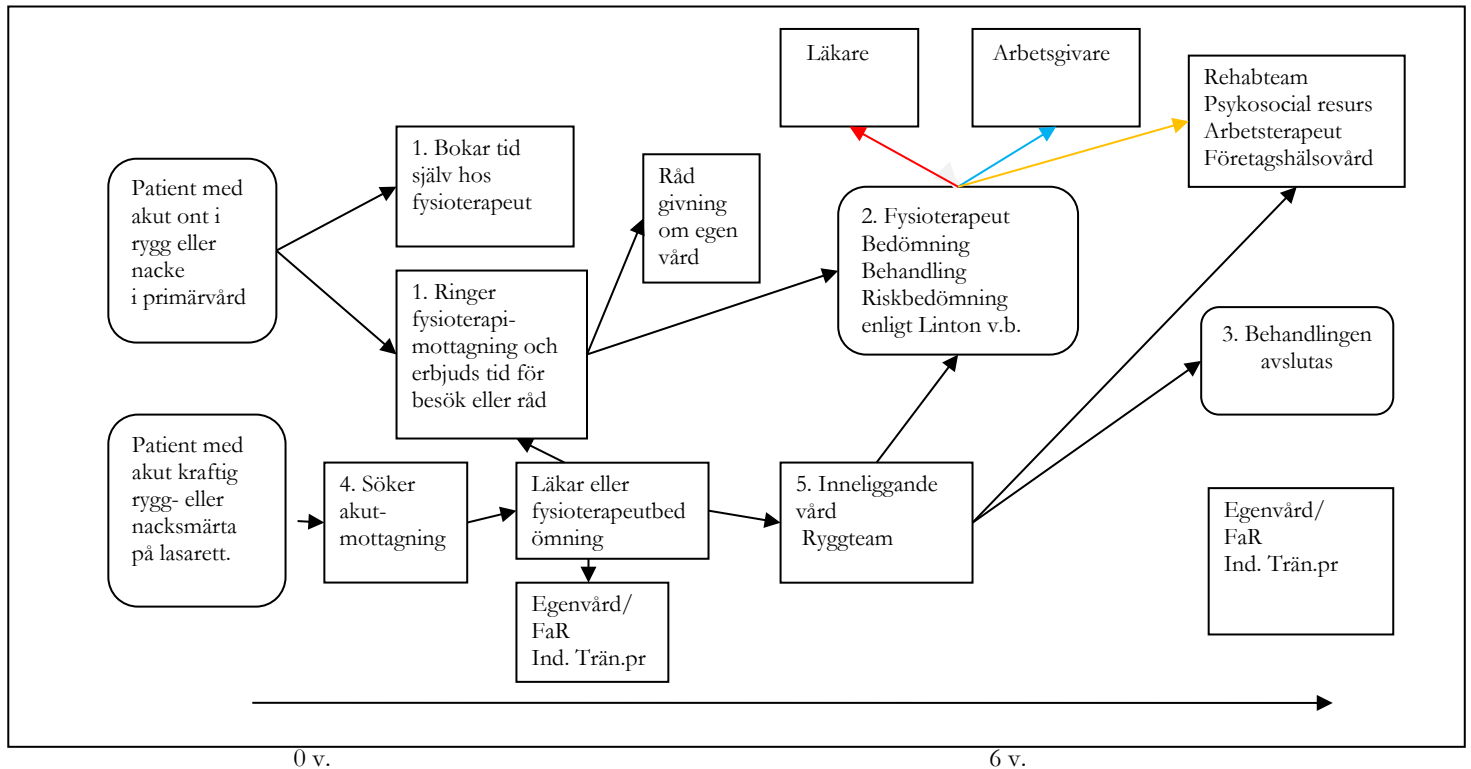
För de flesta patienter med akut ryggont krävs oftast enbart insats av enskild fysioterapeut med kompetens inom kunskapsområdet. Det krävs i allmänhet kort behandlingsperiod med eventuell uppföljning efter några veckor. Det är viktigt att behandlaren har goda kunskaper inom manuell behandling, funktionell träning, smärtbehandling och viss kunskap inom beteendeterapi. Det bör även finnas tillgång till specialistkunskap inom de manuella metoderna.

Det är viktigt att identifiera riskfaktorer för sjukskrivning men också prediktorer för arbetsåtergång. För att upprätthålla eller återfå arbetsförmåga krävs att individens olika kapaciteter relateras till arbetskrav, arbetsmiljö och arbetsorganisation. En intervention bestående av evidensbaserad fysioterapi, samt en strukturerad dialogmodell ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA) blir ett stöd för kommunikation och samarbete mellan hälso- och sjukvården, patienten och arbetsplatsen. Vid risk för långvariga besvär med komplex problematik och sjukskrivning kopplas rehab-teamet i primärvården in. Inom lasarettens slutenvård finns ryggteam med liknande funktion för dessa patienter. Kontakter med arbetsförmedling, försäkringskassan och företagshälsovården samt arbetsgivare kan också bli nödvändiga.

#### 1.5 Definitioner

- Akut rygg/nacksmärta: smärta i rygg och/eller nacke i 0-6 veckor.
- Lumbago: mekanisk smärta lokaliserad till ländryggen. Mekanisk innebär i detta fall att smärtan med stor sannolikhet är diskogen, facettledsrelaterad eller primärt muskulär.
- Lumbago-ischias: ländryggssmärta och samtidig bensmärta.
- Cervikalgi: mekanisk smärta lokaliserad till nacken. Mekanisk innebär i detta fall att smärtan med stor sannolikhet är diskogen, facettledsrelaterad eller primärt muskulär.
- Röda flaggor: tumör, osteoporos, kompressionsfraktur, cauda equina-syndrom, tidigare cancersjukdom, nattlig stark smärta, terapieresistent smärta från brösttryggen, långvarig behandling med kortikosteroider, allmän sjukdomskänsla, trauma, infektion.
- Gula flaggor: psyko-sociala riskfaktorer.
- Blå flaggor: arbetsplatsrelaterade riskfaktorer
- Rehabteam: rehabiliteringskoordinator, patientansvarig läkare, behandlande fysioterapeut, arbetsterapeut, psykosocial resurs.
- Ryggteam: slutenvårdens team med läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och smärmtotagningens läkare vid behov.

## 2 Flöde/Process



1. Patient med akut ländryggssmärta/nacksmärta söker själv kontakt med fysioterapeut eller söker fysioterapeut efter rekommendation av annan vårdgivare. På vissa mottagningar finns det finns möjlighet för patienten att omboka tid direkt i fysioterapeutens tidbok via webben. Nybesök bokas efter överenskommelse med fysioterapeut. Sjuksköterska på vårdcentral i TeleQ kan utifrån symtom och med hjälp av RGS webb (beslutstödet) boka patienten till fysioterapeut eller distriktsläkare. Vid lättare besvär kan telefonrådgivning av fysioterapeut räcka som enda åtgärd.

2. Fysioterapeuten gör bedömning och behandling påbörjas. Hur länge behandlingen pågår och vad behandlingen innehåller avgörs i samråd med patienten och av besvärsgården. Vid misstanke om annan allvarlig sjukdom hänvisas patienten till läkare.

Utifrån en eventuell riskbedömning kommer ytterligare aktörer att kopplas in tex vårdcentralens rehabteam, företagshälsovården och arbetsgivare

3. Avslutning bestäms i samråd med patienten.

4. Det är önskvärt att patient med mycket svår smärta i första hand söker primärvården. Patient som söker vård på akuten eller jourläkarcentralen, bedöms i första hand av fysioterapeut eller läkare. Patienten kan få behandling, råd om

egenvård eller uppmanas att söka fysioterapeut utanför sjukhuset nästa dag. Patient som behöver kraftfull smärtlindring erbjuds lasarettsvård.

5. De patienter som får inläggande vård träffar, förutom läkare och omvårdnadspersonal, vanligtvis fysioterapeut och arbetsterapeut på vårdavdelningen. Där görs en bedömning av patientens besvär och en inledande behandling påbörjas. Psykosocial resurs i form av kurator finns att tillgå vid behov. Om förbättring ej skett efter en vecka och MRT ej leder till operation sammankallas ryggteamet. Vid utskrivning från lasarettet rekommenderas patienten att själv ta kontakt med fysioterapeut i öppenvård, kommunen eller privata aktörer. Vid behov kan även kontakt förmedlas med primärvårdens övriga vårdgivare.

### 3 Rehabilitering/behandling vid akuta rygg/nackbesvär

#### 3.1 Utredning/bedömning

##### *Bedömning av fysioterapeut*

Fysioterapeutens anamnes och funktionsbedömning ligger till grund för val av behandling. En behandlingsplanering utformas i samråd med patienten. Recidivrisk för ryggbesvär är stor och det är viktigt att söka efter faktorer i patientens livsstil som kan minska eller öka risken för recidiv, t.ex. regelbunden fysisk aktivitet eller inaktivitet. Vid upptäckt av så kallade ”röda flaggor” hänvisas patienten till vidare medicinsk utredning. Vid misstanke om att psykosociala faktorer kan påverka patientens rehabilitering används Lintons Frågeformulär om smärtproblem. Fysioterapeuten tar vid behov kontakt med t.ex. psykosocial resurs eller arbetsterapeut. Vid risk för sjukskrivning och/eller långvarig funktionsnedsättning bör fysioterapeuten på ett tidigt stadium överrapportera patienten till vårdcentralens rehabteam. Rehabplan görs tillsammans med patienten med de åtgärder och mål som är lämpliga.

Bedömningsinstrument:

- VAS: smärtskala som mäter patientens subjektiva upplevelse av smärta på en skala där 0 mm innebär ingen smärta och 100 mm outhärdlig smärta. En förändring på 10 mm anses vara signifikant smärtminskning.
- Ledrörlighetsmätning
- Eurocol (EQ-5D): beskriver det allmänna hälsotillståndet genom 5 frågor som bedömer rörlighet, hygien, huvudsaklig sysselsättning, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet samt en termometerliknande VAS där 0 är låg och 100 är hög livskvalitet.
- Oswestry Low Back Pain Index (ODI): ryggspecifikt mätinstrument. 10 frågor ger maximalt 100 poäng. En förändring på 20-40 poäng indikerar förbättrad funktion.
- Neck Disability Index (NDI): nackspecifikt mätinstrument. 10 frågor ger maximalt 50 poäng. En förändring på 5 poäng indikerar förbättrad funktion.
- Lintons frågeformulär om smärtproblem (kortversion): 10 frågor som tar upp patientens rörelsefunktion, smärta, psykologiska faktorer, coping-

- förmåga, undvikande beteende och arbetsförmåga. Hög poäng, > 50, innebär hög risk för att utveckla långvariga besvär och sjukskrivning.
- Screeninginstrument. Röda flaggor. Work-Up 2013, Kerstin Stigmar, Lunds universitet

#### *Bedömning av kurator*

Kurator på lasarettet kopplas in när sjuksköterska eller annan vårdgivare bedömer att patienten har problem av social eller psykosocial art, som påverkar sjukdomen. Kuratorns bedömning innefattar patientens situation avseende familj, socialt nätverk, arbete/utbildning och sjukdomens psykiska påverkan samt patientens egna resurser och vilka yttre och inre hinder, som finns.

#### *Bedömning av arbetsterapeut*

Arbetsterapeuten på lasarettet lägger stor vikt vid anamnes för kartläggning av patientens tidigare situation och aktivitetsförmåga i hem, arbete fritid före och efter att besvären uppkom. Bedömning av aktivitetsförmågan görs genom intervju samt observation.

Arbetsterapeuten i primärvård kan vid risk för sjukskrivning eller långvariga besvär och som förebyggande åtgärd, i ett tidigt skede kartlägga aktivitetsförmåga och arbetssituationen. På arbetsplatsen görs en arbetskravanalys samt bedömning av patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter på ett ändamålsenligt sätt. Patienten kan även komma till mottagningen för att utföra liknande arbetsuppgifter. Arbetsterapeuten bedömer resurser och hinder gällande arbets- och aktivitetsförmåga samt patientens upplevelse av sin arbets- och aktivitetsförmåga. Det kan också förekomma att arbetsterapeuten kartlägger behov av hjälpmedel samt arbetsteknik.

Bedömningsinstrument som används är:

- FSA:s ADL taxonomi: beskriver en persons aktivitetsförmåga, omfattar 12 aktiviteter inom personlig vård, boendeaktiviteter, fritidsaktiviteter och kommunikation.
- WEIS= The Work Environment Impact Scale: behandlar patientens syn på arbete och miljö
- AWP= Assessment of Work Performance: bedömer patientens färdigheter vid utförandet av arbete via observation.
- AWC= Assessment of Work Characteristics: ger en uppfattning i vilken utsträckning det ställs krav på en individs färdigheter.

### **3.2 Indikationer för behandling**

Rehabilitering/behandling är indicerad för alla personer som inte förväntas bli tillräckligt hjälpta av råd om egen träning och/ eller lämplig medicinering. Efter bedömning informeras patienten noga om sitt tillstånd och görs delaktig i behandlingen. Recidivfrekvensen vid ryggbesvär är hög och det är därför av stor vikt att ge information hur ryggen bibehålls frisk samt ge strategier för egenbehandling vid tendens till återfall.

### 3.3 Behandling

#### *Behandling av fysioterapeut*

Behandlingen ska ge positiva effekter i direkt anslutning till behandlingen eller efter några få gånger. Vid utebliven effekt omprövas behandlingen eller görs om möjligt second opinion av kollega.

Behandlingen ska bestå av orsaksförklaring, individuellt anpassad träning, ergonomisk rådgivning, samt egenvård för att få en trygg patient med aktiva strategier, god copingförmåga och egenansvar.

- Råd, information, regim/hållning, träningsprogram
- McKenzie-behandling och/eller ledmobilisering/manipulation
- Information/undervisning om ergonomi
- Gånghjälpmedel vid behov.

#### *Behandling av kurator*

Kurator på lasarettet kan ge stödsamtal med lösningsfokuserad inriktning med mål att hantera smärtan för att få en bättre livskvalitet. Vid behov informeras om samhällets resurser t ex socialförsäkringar och samarbete med/hänvisning till andra instanser.

#### *Behandling av arbetsterapeut*

Arbetsterapeut i primärvård kan efter bedömt behov ge råd och stöd gällande arbetsteknik, ergonomi, behov av hjälpmedel, strategier för att patienten ska kunna utföra sina arbetsuppgifter eller enskilda aktiviteter såväl på arbetet som i hemmet/fritiden. Vid behov kan även arbetsterapeuten vara den som tillsammans med patienten ha en dialog med arbetsgivaren för att göra en plan för återgång i arbete eller anpassningar på arbetsplatsen.

Arbetsterapeut på lasarett är främst inriktad på ergonomisk information och hjälpmedelsbedömning för att underlätta och möjliggöra aktiviteter i dagliga livet.

### 3.4 Egenvård

- Generella råd är att fortsätta med sina normala aktiviteter men att undvika tunga lyft och tungt bärande. Om möjligt undvika hel sjukskrivning. Tillståndet förvärras inte av aktivitet och rörelse, tvärtom förbättras det fortare. Information om korrekt sittställning och att minimera sittandet i det mest akuta skedet.
- Adekvat smärtlindrande medicinering kan vara nödvändigt för att göra det möjligt att vara så fysiskt aktiv som möjligt.
- Individuellt anpassat träningsprogram.

### 3.5 FaR

Patienten informeras om lämpliga motionsformer som är anpassade till tillståndets svårighetsgrad. Dessa kan vara promenader, stavgång, cykling, skidåkning, bassängträning, simning, motionsgymnastik. Viktigt med försiktig start av de nya aktiviteterna. Aerob träning kan påverka kroppens endorfinproduktion och cirkulationen runt disken positivt och kan därmed förbättra läkningen och minska smärtan.

### 3.6 Uppföljning/avslut

Bestäms efter dialog med patienten. Uppföljningen kan vara i form av telefonkontakt. Patienten följer anvisad regim samt tränar med anpassat träningsprogram i syfte att förhindra recidiv.

### 3.7 Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

Patient och behandlare är överens om lämpligt behandlingsalternativ samt realistisk mål för behandlingen. Information om träning och egenvård ges muntligt och skriftligt.

### 3.8 Patientsäkerhet, riskanalys

Det är viktigt att patienten får snabb bedömning med hänsyn taget till röda, gula och blå flaggor och för att undvika långvariga besvär.

Vid stor användning av passiva behandlingsmetoder kan det finnas risk för att patienten blir osjälvständig och terapeutberoende.

### 3.9 Mål och mätetal

Mål	Mätetal
Minskad smärta	VAS, minskad VAS med 10 mm.
Ökad livskvalitet	EQ-5D VAS, högre skattad livskvalitet, förändring 10 mm.
Förbättrad rygg/ nack funktion	Oswestry Low Back Pain Index, förbättrad funktion förändring 20-40 poäng. Neck Disability Index, förbättrad funktion förändring 5 poäng.
Återgång i arbete vid sjukskrivning.	Sjukskrivningens längd



### 3.10 Dokumentation och KVÅ

Dokumentation i Cambio Cosmic
DN006 Mobilisering
DN008 Manipulation
DU007 Stödjande samtal
QG001 Rörlighetsträning
QG003 Muskelfunktions och styrketräning
QV002 Information/undervisning om hälsoproblem
QV010 Information/undervisning om ergonomi
QV011 Träningsprogram

#### 4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Vid risk för sjukskrivning bör patienten på ett tidigt stadium tas upp i vårdcentralens rehabteam. Rehabiliteringsplan görs tillsammans med patienten med de åtgärder och mål som är lämpliga. Ryggteam på lasarett påbörjar en rehabplan som följer patienten i fortsatt rehabilitering.

#### 5 Sjukskrivningsprocessen

De patienter som inte är förbättrade efter 2-3 behandlingar eller där behandlande fysioterapeut får viss indikation på att patienten inte kommer att tillfriskna som förväntat bör Lintons riskbedömning göras i tidigt skede, inom två veckor.

Vid risk för sjukskrivning eller långvariga problem tar behandlande fysioterapeut kontakt med rehabiliteringskoordinator och rehab-teamet på vårdcentralen eller sjukhusavdelningens ryggteam som följer utarbetade riktlinjer. Om bedömningen blir att patienten behöver ytterligare insatser remitteras till psykosocial resurs eller annan lämplig instans. För att upprätthålla eller återfå arbetsförmåga krävs att individens olika kapaciteter relateras till arbetskrav, arbetsmiljö och arbetsorganisation.

## 6 Patient och handikapporganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Mer information om aktuell patientförening finns på regionens hemsida, [regionkronoberg.se](http://regionkronoberg.se) under rubriken Hälsa och vård/Hitta rätt i vården.

Det går också att hitta kontaktpersoner och mer information om föreningars verksamhet och målsättning i en pärm i väntrummet på vissa av regionens mottagningar. Pärmerna är märkt "Patientinformation".

## 7 Kvalitetsindikatorer

- Andel patienter som återgår till arbete, helt eller delvis.
- Andel patienter med fullgod rygg/nackfunktion och god livskvalitet enligt utvärdering med ovan angivna mätinstrument.

## 8 Referenser

Tullberg T, Branth B. Ryggen. Stockholm. Liber ab. 2010. ISBN 978-91-47-09326-7

Kinkade S. Evaluation and Treatment of Acute Low back Pain. American Family Physician 2007; vol 75;8: 1181-88.

SBU. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning, volym II. Stockholm : SB offset AB, 2000.

## 9 Bilaga

1. Prioriterade åtgärder och evidens vid akut ländryggssmärta, akut nacksmärta
2. [Riktlinjer för handläggning av nackskadade i Kronobergs län](#)

## Bilaga 1: Prioriterade åtgärder och evidens vid akut ländryggssmärta, akut nacksmärta

Hälsotillstånd/ åtgärd	Tillståndets svårighets- grad	Patientnytta effekt av åtgärd	Evidens	Rang- ordning
<b>Akut ländryggssmärta</b>  <b>Akut nacksmärta</b>	Mycket stor, stor, måttlig eller liten	Mycket stor, stor, måttlig eller liten	Evidensgrad 1-4 om data finns alt beprövad erfarenhet. 1= mycket god osv.  <u>eller</u>  Mycket gott, gott, visst, otillräckligt vetenskaplig t underlag	<b>1-10</b>  Relativ skala  <b>1 = hög</b>  <b>10 = låg</b>
Råd, information, regim/hållning, hemträningprogram	liten till måttlig	stor	1	1
McKenzie-behandling	liten till mycket stor	stor	1	2
Ledmobilisering/ manipulation	liten till mycket stor	stor	2	2
Information/under- visning om ergonomi	liten till måttlig	stor	beprövad erfarenhet	3
ADL-bedömning (inneliggande pat)	stor till mycket stor	stor	beprövad erfarenhet	3
Hjälpmedel (inneliggande pat)	stor till mycket stor	stor	beprövad erfarenhet	3
Psykosocial insats, Kognitiv beteendeterapi	måttlig till mycket stor	stor	3 för rygg- besvär, beprövad erfarenhet för nack- besvär.	3
Nervmobilisering (nacksmärta)	liten till mycket stor	stor	2	4

Ryggrövning (rörelsetrövning, cirkulationströvning, stretching,)	mycket stor	måttlig-stor	beprövad erfarenhet	5
<b>Hälsotillstånd/ åtgärd</b>	<b>Tillståndets svårighets- grad</b>	<b>Patientnytta /effekt av åtgärd</b>	<b>Evidens</b>	<b>Rang- ordning</b>
<b>Akut ländryggssmärta</b>	Mycket stor, stor, måttlig eller liten	Mycket stor, stor, måttlig eller liten	Evidensgrad 1-4 om data finns alt beprövad erfarenhet. 1= mycket god osv.  <u>eller</u>  Mycket gott, gott, visst, otillräckligt vetenskap- ligt underlag	<b>1-10</b>  Relativ skala  <b>1 = hög</b>  <b>10 = låg</b>
Stabiliseringströvning	liten till mycket stor	liten	beprövad erfarenhet  förhindra recidiv.	6
Värme	liten till mycket stor	måttlig	4 för ryggbesvär	6
TENS	liten till mycket stor	liten	3	9
Triggerpunkts- behandling	måttlig till stor	liten	otillräck- ligt veten- skapligt underlag	9
Akupunktur	liten till mycket stor	ingen/liten	1 betyder; mycket god evidens för att åtgärden gör ingen/ liten nytta	10
Traktion	liten till	ingen/liten	1 betyder; mycket	10

	mycket stor		god evidens för att åtgärden gör ingen/liten nytta	
Ultraljud	liten till mycket stor	ingen	4	10

Sökningar har gjorts under februari och mars 2010 på SBU:s hemsida (sbu.se) PEDro (pedro.org.au) och PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)). Sökningarna har inskränkts till metaanalyser och riktlinjer och båda databaserna har givit samma resultat.

**Rangordningen påverkas av tillståndets svårighetsgrad!**