

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Långvarig generaliserad smärta hos vuxna

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

| Innehåll | sid |
|----------|-----|
|----------|-----|

| | |
|-----------------------|---|
| Introduktion | 2 |
| Målsättning | 2 |
| Intervention | 2 |
| Mätmetoder | 3 |
| Restriktioner | 3 |
| Uppföljning/vårdkedja | 4 |
| Referenser | 5 |

Författare

- Susanne Sandström, Birgitta Helmerson Ackelman

Kontaktinformation

- susanne.sandstrom@karolinska.se
birgitta.helmerson-ackelman@karolinska.se
- Tfn: 08 - 585 821 47
Sektionen för smärta och psykisk ohälsa

Sökvägar

- Pub Med
- SBU
- Google
- LSR

Produktionsår

- 2007

Revideringsår

- 2008
- 2013

Introduktion

Generaliserad långvarig smärta, oavsett mekanismbaserat smärtursprung, innebär för många människor en nedsatt funktionsförmåga såväl fysiskt som psykiskt och dessutom en svårighet att delta i aktiviteter som krävs i familjen, yrkeslivet och i övriga sociala sammanhang (1). På Fysioterapikliniken träffar vi dessa patienter för behandling inom öppenvård och behov finns att beskriva våra interventioner och utvärderingar av de insatser som görs. Patienterna kommer alltid på remiss från läkare, vilket innebär att visst samarbete med den inremitterande finns. Rekommendationer finns för multimodal rehabilitering för patienter med långvarig smärta (1, 22). Patienterna på Fysioterapikliniken har ofta samtidig pågående behandling hos fysioterapeut, läkare, eventuellt psykolog, men ej direkt samordning av åtgärder.

Målsättning

Öka patientens kunskap och insikt om generaliserad smärta

Optimera egenhantering av smärtlindring

Bibehålla eller öka

- fysisk funktionsförmåga
- delaktighet i aktiviteter/familj
- delaktighet i aktiviteter/samhälle

Öka acceptansen av eventuell funktionsnedsättning

Intervention

Fysisk aktivitet (1,22)

Pedagogiska interventioner, rådgivning/guidning kring allmän och specifik träning/aktivitet. Dosering och gradering av träning/aktiviteter efter patientens och fysioterapeutens gemensamma målformulering (12-13).

Individuellt utformade och under överinseende av fysioterapeuten genomförda träningsprogram – i träningslokal, i bassäng och för hemmabruk.

Beteendeterapeutiska metoder (1,22)

Beteendeanalys, exponering för aktivitet och graderad träning (rörelserädsla). Psykoedukativa interventioner gällande acceptans, ångest, depression och rörelserädsla.

Avslappningsträning (1,22)

Avslappning som metod i smärt- och stresshanterings syfte (14) genomförs dels individuellt och dels i grupp (15).

Kroppskännedomsträning

Individuellt och/eller i grupp (16-18).

Smärtlindring

Utprovning av Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) för att underlätta patientens egenhantering av smärtan och möjliggöra träning och fysisk aktivitet (1,19,20).

Akupunktur som en tidsbegränsad insats som kombineras med andra interventioner som främjar fysisk aktivitet (1).

Övrig egenhantering av smärtlindring – värme, kyla.

Massage, i kombination med träning (1).

Mätmetoder

Mätmetoder i syfte att kartlägga funktion i bedömningsfas, som stöd för att målformulera och utvärdera interventioner.

| Funktionsnedsättning | Mätinstrument | Kropps- funktion | Aktivitet /delaktighet | Omgivning /miljö |
|--|----------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| Ängest, depression | HAD (2) | x | | |
| Fysisk aktivitetsnivå | Folkhälsoinstitutet (3) | | x | |
| Hälsorelaterad livskvalitet | EQ5D (4) | x | x | |
| Smärta intensitet, affektiv komponent | VAS, NRS, VRS (5-9) | x | | |
| Sömnstörning | ISI (10) | x | | |
| Rörelserädsla | TSK-SV (11) | x | | |
| Måluppfyllelseskala | GAS (12-13) | | x | |

Restriktioner

Viktigt att kartlägga komorbiditet som ex ångeststörning, depression eller sömnstörning som kan behöva behandlas separat. Depression är vanligt hos patienter med långvarig smärta (1) och sömnstörning likaså (21). Ett annat

observandum är hög läkemedelskonsumtion/beroende eller annat beroende som kan göra patienten kognitivt påverkad.

Det kan finnas skäl att genast efter bedömningsfasen återkoppla till inremitterande innan eventuell vidare behandling påbörjas.

Uppföljning/vårdkedja

Utvärdering av behandlingsinsatser genom angivna utvärderingsinstrument och genom sammanfattning med patient.

Planering för aktiviteter i egen regi. Eventuellt överföring till annan aktivitet.

Eventuellt telefonuppföljning med patienten.

Återkoppling till inremitterande läkare främst via remissvar.

Referenser

1. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Metoder-for-behandling-av-langvarig-smarta/>
2. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
3. <http://www.fhi.se/upload/ar2007/Ovrigt%202007/HLV/Fbakgrund071126.pdf>
4. The EuroQol Group. EuroQol- a new facility for the measurement of health-Related Quality of Life. *Health Policy* 1990;16(3):199-208.
5. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974;9:1127-1131.
6. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain.* 1983;16:87-101.
7. Dixon JS, Bird HA. Reproducibility along a 10 cm vertical visual analogue scale. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 1981;40(1):87-89.
8. Langley GB, Sheppard H. The visual analogue scale: its use in pain measurement. *Rheumatol Int.* 1985;5:145-148.
9. Wilkie D, Lovejoy N, Dodd M, Tesler M. Cancer pain intensity measurement: concurrent validity of three tools-finger dynamometer, pain intensity number scale, visual analogue scale. *Hospice J.* 1990;6(1):1-13.
10. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297-307.
11. Lundberg, M. (2006) Kinesiophobia - various aspects of moving with musculoskeletal pain. *Department of Orthopaedics, Institute of Clinical Sciences, The Sahlgrenska Academy at Göteborg University.* Göteborg, Göteborg University.
12. Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE: Goal attainment scaling: applications, theory and measurement. 1994: Lawrence Earlbaum Publishers, New Jersey.
13. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Can J Occup Ther.* 2002;69:84-94.
14. Gustavsson C. Applied relaxation in the treatment of long-lasting neck pain: a randomized controlled pilot study. *J Rehabil Med.* 2006;38(2):100-107.
15. Lars-Göran Öst. Tillämpad avslappning, manual till en beteendeterapeutisk copingteknik. Universitetsstryckeriet Uppsala 2006.
16. Lundvik Gyllensten A. (2001) *Basic Body Awareness Therapy.* Avhandling, Lunds universitet. Beställes från Amanda Lundvik. Tfn: 0708 – 30 99 02
17. Roxendal G (1985) *Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, Treatment and Evaluation in Psychiatric Physiotherapy.* Avhandling, Institutionen för medicinsk rehabilitering, Universitetet Göteborg
18. Mattsson M (1998) *Body awareness –application in physiotherapy.* Avhandling, Umeå universitet, Psykiatriska Institutionen, Umeå (beställes, Sjukgymnastiken, Psyk kliniken, NUS, 901 85, Umeå)
19. Cruccu G, Aziz TZ, Garcia-Larrea L, Hansson P, Jensen TS, Lefaucheur JP, Simpson BA, Taylor RS. EFNS guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain. *Eur J Neurol.* 2007;14(9):952-70.

20. Johnson M, Martinson M. Efficacy of electrical nerve stimulation for chronic musculoskeletal pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain*. 2007;130(1-2):157-65.
21. von Knorring L, Ekselius L. Idiopathic pain and depression. *Quality of Life Res*. 1994;3:57-68.
22. http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/rehab_smarta_samfattning.pdf