



Riktlinjer vid lëndryggsbesvär

En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 1/2013

Enheten för interventions- och implementeringsforskning
Institutet för miljömedicin (IMM)
Karolinska Institutet
www.ki.se/imm/iir

Grafisk form: Petra Fagerlind
Textredigering: Michael Nyhaga
Tryck: Universitetservice US-AB, Stockholm
Utgåva 1, 2014

En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 1/2013

Ländryggsbesvär

Riktlinjegruppen

Riktlinjegruppen består av praktiker och forskare. I gruppen ingår representanter från flertalet professioner på olika företagshälsor i Sverige, branschföreningen Sveriges Företagshälsor, representanter från Svenska företagsläkarföreningen samt forskare från Enheten för interventions- och implementeringsforskning vid Karolinska Institutet. Riktlinjegruppen ingår som en part i Kompetenscentret för företagshälsovård.



**sveriges
företags
hälsor**



**SVENSKA
FÖRETAGSLÄKARFÖRENINGEN**

Innehåll

Förord	5	Uppföljning	18
Inledning	7	Generell problematik på arbetsplatsen	19
Mål/Syfte	7	Utredning av den psykosociala arbetsmiljön	19
Målgrupp	7		
Avgränsningar	7	Implementeringsstöd	21
Flödesschema över arbetsprocessen	8	Vad	21
		Varför	21
Bedömning av hälsa, kapacitet och arbetsförhållanden	9	Information	21
Psykosocial riskbedömning	9	När	22
Självrapporterade mått om ryggspecifik funktionsförmåga	9	Vem	22
Medicinsk utredning och funktionsbedömning	10	Verktyg för implementeringsstöd	22
Klinisk undersökning	11	Organisatoriska förutsättningar för en lyckad implementering	23
Kompletterande funktionstest	11	Ledningen	23
Bedömning av psykisk status	12	Implementeringsteam	23
Bedömning av arbetsplatsen och arbetsuppgifter	12	Vem gör vad	23
Planeringsmöte med bedömning av individens hälsa och kapacitet i relation till arbetet	12	Resurser	23
		Bilagor	24
Åtgärder vid ländryggsbesvär	15	Bilaga 1a. ÖMPSQ inkl scoring	24
Evidensbaserade råd	15	Bilaga 1b. ÖMPSQ scoring	28
Metoder för självhjälp	15	Bilaga 2. Lathund för frågor om arbete och möjligheter till arbetsanpassningar	29
Medicinering vid ländryggsbesvär	15	Bilaga 3. Underlag för inbjudan till närmaste chef/arbetsgivare	30
Fördjupad utredning och anpassningar på arbetsplatsen	16	Bilaga 4. Exempel på information till individen om hur ryggsbesvär kan påverka vardagslivet	31
Belastningsergonomisk utredning	16	Bilaga 5. Översikt av evidensbaserade åtgärder – internationella riktlinjerna rekommenderar.	33
QEC- Quick Exposure Check	16	Bilaga 6. Arbetsmaterial för gemensam åtgärdsplanering	34
VIDAR	16	Bilaga 7. Underlag för riskbedömning av arbetsplatsen vid generell problematik	38
Vibrationer	17	Bilaga 8. Checklista för implementeringsstöd	39
Arbetsplatsanpassning	17		
Rehabiliterande interventioner	17	Referenser	41–44
Fysioterapi och träning	18	Länkar till internationella riktlinjer	44
Kognitiv beteende terapi (KBT)	18		
Multimodal rehabilitering (MMR)	18		

Riktlinjer vid ländryggsbesvär

Riktlinjegrupp

Irene Jensen, *ordförande, professor, Karolinska Institutet.*
Charlotte Wåhlin, *forskare, Karolinska Institutet.*
Marie Dahlgren, *utbildningsansvarig, Sveriges Företagshälsor.*
Lars Hjalmarson, *vd, Sveriges Företagshälsor.*
Stella Ziemelis, *ergonom, Landstingshälsan i Värmland.*
Per Blomquist, *arbetsmiljöingenjör, Runstenen.*
Rolf Hagström, *arbetsmiljöingenjör, Feelgood.*
Annika Berndtsson, *företagssköterska, Previa.*
Ebba Nordrup, *beteendevetare, Landstingshälsan i Örebro.*
Ragnhild Ivarsson Walther, *företagsläkare, Kommunhälsan i Eskilstuna.*
Michael McKeogh, *företagsläkare, Feelgood.*
Bodil Carlstedt-Duke, *företagsläkare, PhD, Avonova.*
Kjerstin Stigmar, *ergonom, PhD, Lunds universitet samt Epi-centrum, Region Skåne.*
Lotta Rahm, *hälsoutvecklare, Previa AB (till aug. 2013).*
Lisa Eden, *hälsopedagog, Hälsan och Arbetslivet (till juli 2013).*

Utvärdering och uppföljning

Lydia Kwak, *forskare, Karolinska Institutet.*

Externa medverkande experter

Svend Erik Mathiesen, *professor, Högskolan i Gävle.*
Hannu Määttänen, *ortopedspecialist, doktorand, Karolinska Institutet.*
Jonas Källström, *företagsläkare, S:t Erikshälsan.*
Madelene Malvezzi, *beteendevetare, S:t Erikshälsan.*
Margareta Torgén, *överläkare, forskare, Arbets- och miljömedicin, Uppsala.*
Peter Palm, *ergonom, doktorand, Arbets- och miljömedicin, Uppsala.*

Kristina Eliasson, *ergonom, doktorand, KTH, Sensia företagshälsovård.*

Externa granskare

Åke Nygren, *professor, ordförande i Rehabiliteringsrådet.*
Steven Linton, *professor, Örebro universitet.*
Carl Åborg, *psykolog, docent, Uppsala universitet.*
Sara Holmberg, *med dr, företagsläkare, Kommunhälsan, Växjö kommun.*
Eva Vingård, *professor, överläkare, Arbets- och miljömedicin, Uppsala.*
Gunnar Bergström, *docent, Centrum för Arbets- och miljömedicin, SLL, Karolinska Institutet.*
Claes-Gunnar Ericsson, *företagsläkare, Manpower Hälsopartner.*
Mikael Forsman, *docent, Centrum för Arbets- och miljömedicin, SLL, Karolinska Institutet.*
Jan Rosen, *ordförande, Svenska företagsläkarföreningen.*
Jessica Bergström, *ergonom, styrelseledamot, ergonomisektionen inom LSR.*
Tanja Vaara, *ordförande, FTF Arbetsmiljö.*
Per Larsson, *beteendevetare, Previa.*

STOCKHOLM DEN 16 DECEMBER 2013

Förord

Dessa riktlinjer har tagits fram av Företagshälsans riktlinjegrupp, en verksamhet inom programmet för forskning om metoder för företagshälsa vid Karolinska Institutet, samt Kompetenscentret för företagshälsovård. Riktlinjerna är en fortsättning på de satsningar som Delegationen för kunskapsområdet företagshälsovård (FHV), FHV-delegationen, genomförde för att stödja utvecklingen av högkvalitativ företagshälsovård i Sverige. Två forskningsprogram, två nätverksbidrag och en professur med syfte att utveckla forskningen om metoder för företagshälsa möjliggjordes genom anslag från FHV-delegationen och FAS (nuvarande forskningsrådet FORTE).

Det ena programmet startades vid Karolinska Institutet med professor Irene Jensen som ansvarig. Det andra vid Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) under ledning av professor Jörgen Eklund. Vid Karolinska Institutet bildades en grupp för att ta fram riktlinjer för evidensbaserade metoder inom företagshälsan. Målet är att stödja den evidensbaserade praktiken (EBP) inom företagshälsan, det vill säga att integrera de senaste vetenskapliga rönen i den dagliga verksamheten.

Från och med hösten 2013 ingår riktlinjegruppen i Kompetenscentret för företagshälsovård. Detta centrum bildades med Karolinska Institutet, KTH, Uppsala universitet samt Svenska Miljöinstitutet IVL som samarbetspartners. Centrumet ska sprida forskningsbaserade kunskaper från de bägge forskningsprogrammen.

Riktlinjegruppens verksamhet finansieras via anslag från FORTE och AFA Försäkring. Dessutom finansieras verksamheten via resurser (arbetstid, lokaler med mera) från Sveriges Företagshälsor och de företagshälsor som är representerade i gruppen.

Arbetet med att ta fram evidensbaserade riktlinjer sker i ett unikt samarbete mellan yrkesverksamma inom företagshälsovården och verksamhetsnära forskare. Målsättningen är riktlinjer som bygger på bästa tillgängliga evidens och är lätta att tillämpa i företagshälsans dagliga arbete. Vi har också tagit hänsyn till vad som bedömts vara möjligt att implementera i den mångskiftande verksamhet som FHV är.

Vill du veta mer är du välkommen att läsa mer på:

Hemsidan för Kompetenscentret för företagshälsovård, www.fhvforskning.se
Karolinska Institutets hemsida, www.ki.se/imm/iir

Irene Jensen
Professor och programansvarig

Inledning

Det finns ett stort antal publicerade evidensbaserade riktlinjer för utredning och åtgärder mot ländryggsbesvär. De fokuserar på de metoder som vetenskapligt visat sig mest effektiva för att påverka symtomen, förbättra funktionen samt stärka förmågan att klara arbetsliv och fritid. Föreliggande riktlinje baseras både på internationella riktlinjer och vetenskapligt publicerade översiktsartiklar (se referenslistan). De har också tagits fram för att passa företagshälsovårdens uppdrag att främja friska arbetsplatser och arbetsrelaterad hälsa.

Det som skall särskilja företagshälsovården från hälso- och sjukvården är

- kunskap om hur arbetet påverkar hälsan,
- kunskap om arbetsplatsen,
- kunskap om effektiva åtgärder på arbetsplatsen,
- möjligheten att arbeta i nära kontakt med och på uppdrag av arbetsgivaren,
- möjligheten att arbeta med åtgärder på arbetsplatsen.

För att betona skillnaden från hälso- och sjukvården kommer företagshälsovården fortsättningsvis kallas företagshälsan i denna skrift. När företagshälsan möter anställda med ländryggsbesvär är utgångspunkten alltid att individens besvär och förmåga hänger samman med arbetsmiljön och arbetsuppgifterna samt de risker som kan finnas där. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för ett samband mellan ryggsbesvär och fysiska och psykosociala faktorer i arbetsmiljön.

Det finns också vetenskapligt stöd för att tidigt i processen involvera arbetsgivaren när en medarbetare drabbas av ryggsbesvär. Företagshälsan i Sverige har en unik möjlighet att stödja arbetsgivare och anställda i det arbetsplatsnära hälsoarbetet. Dessa riktlinjer ger stöd till personal inom företagshälsor som möter anställda med ryggsbesvär.

Den första kontakten med företagshälsan beror på hur avtalet ser ut. Den kan ske via chefen, att den

drabbade själv tar kontakt eller att besvären kommer fram i samband med exempelvis en hälsokontroll. Den första kontakten kan ske via olika professioner på företagshälsan. Det är dock viktigt att utredningsgången som beskrivs i riktlinjerna följs – oavsett vem som har första kontakten med den anställde.

Mål/Syfte

Syftet med dessa riktlinjer är att ge företagshälsan ett forskningsbaserat underlag för att utreda och åtgärda ländryggsbesvär. De ska vara lätta att använda samt ta tillvara företagshälsornas flerprofessionella kompetens inom arbetshälsa och nära koppling till arbetsplatsen. Riktlinjerna handlar därför också om hur de ska införas och tillämpas i den dagliga verksamheten.

Målgrupp

Personal som är verksam inom företagshälsan.

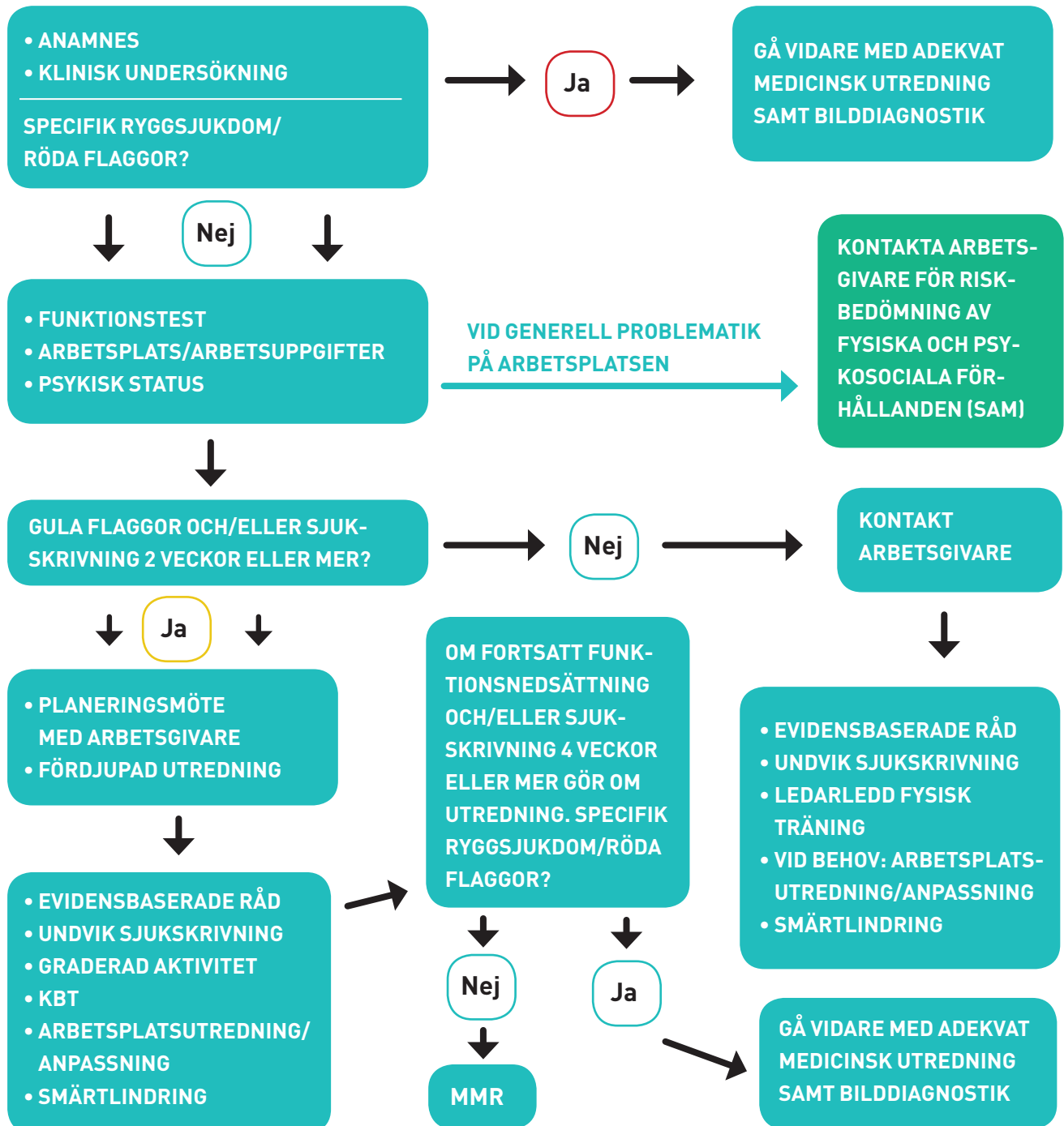
Avgränsningar

Riktlinjerna fokuserar enbart på ländryggsbesvär. De bygger på systematiska sammanställningar av internationella kunskaper samt på internationella riktlinjer som tagits fram huvudsakligen för öppenvården. Riktlinjegruppen har valt att börja med riktlinjer vid ländryggsbesvär eftersom ländryggsbesvär orsakar en hög andel av arbetsoförmågan och sjukfrånvaron. Det är också ett område där det finns mycket evidensbaserad kunskap.

Flödesschema över arbetsprocessen

Strategier vid ländryggsbesvär

IFYLLANDE AV ÖMPSQ SAMT ANDRA SJÄLVRAPPORTERANDE UTREDNINGSTRINSTRUMENT



Bedömning av hälsa, kapacitet och arbetsförhållanden

Syftet med bedömningen är att få en bild av den anställdes hälsotillstånd och kapacitet för att kunna koppla bedömningen till arbetssituation och arbetsuppgifter. Utgångspunkten är ett biopsykosocialt synsätt, det vill säga fysiska, psykiska och sociala aspekter samt hur förmågor överensstämmer med krav i det nuvarande arbetet. Bedömningen bör vara kopplad till den så kallade DFA-kedjan (diagnos-funktion-aktivitet).

I samband med första besöket rekommenderas att personen med ryggbesvär får besvara frågeformuläret ”Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire” (ÖMPSQ). Formuläret besvaras helst innan mötet med läkaren/sjukgymnasten så att underlaget kan användas i utredningen och bedömningen. För att effektivt hantera information från frågeformulären rekommenderas att alla formulär som används i utredningsskedet vid första besöket besvaras innan mötet.

Psykosocial riskbedömning

I den inledande psykosociala riskbedömningen används ÖMPSQ. Det är ett väletablerat och vetenskapligt kvalitetssäkrat sätt att kartlägga smärtproblem kopplat till de psykosociala riskerna (kallat gula flaggor) (bil 1a, 1b). Formuläret handlar om smärthantering (coping), fysisk och psykisk funktion, arbetssituation och tilltron till sig själv och sin förmåga. Det ger goda möjligheter att förutsäga framtida funktionsnedsättning. Svaren delas in i risknivåer efter poäng. 90 poäng eller mindre innebär låg risk för framtida funktionsnedsättande besvär, 90–105 poäng tyder på måttlig risk och 106 poäng eller mer indikerar en hög risk för långvarig funktionsnedsättning.

I ÖMPSQ ingår frågor om rädsla för aktivitet

och smärta (så kallat fear avoidance, frågorna 18–20). Om svaren innebär höga poäng på dessa frågor bör detta särskilt beaktas. En annan viktig fråga i ÖMPSQ är nr 16 om tron på att kunna gå tillbaka till arbetet. Höga poäng på den frågan bör också beaktas särskilt. Om poängen visar att personen har hög riskprofil diskuterar man svaren på de frågorna och går eventuellt vidare med en fördjupad bedömning av psykolog eller beteendevetare.

Självrapporterade mått om ryggspecifik funktionsförmåga

I samband med den kliniska undersökningen kan kompletterande information fås genom att följande vetenskapligt kvalitetssäkrade frågeformulär används för att få ett mått på den ryggspecifika funktionsförmågan:

Vi rekommenderar att man använder

- Oswestry low back pain Disability Index (ODI) eller
- Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ).

Man kan komplettera med

- Patient-Specifik Funktionell skala (PSFS).

Oswestry low back pain Disability Index (ODI) och Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) är exempel på ryggspecifika frågeformulär. ODI baseras på 10 frågor som handlar om hur individen kan hantera vardagliga situationer som att gå, stå, sociala situationer, arbete och hur smärtan upplevs. Möjliga poäng är 0–100 och höga poäng indikerar sämre funktion. Den svenska versionen av ODI med beräkningsunderlag kan laddas ner från www.fhvforskning.se.

Frågeformuläret RMDQ kan användas för att mäta ryggfunktion och baseras på frågor kring aktiviteter i dagliga livet. Summan varierar mellan 0–24, där 0 står för inga funktionsproblem och värdet 24 innebär att personen har stora funktionsproblem. Den svenska versionen av RMDQ kan laddas ner från www.fhvforskning.se.

RMDQ rekommenderas när funktionsnedsättningen inte är så stor. Vid större funktionsnedsättning används ODI. I frågeformuläret RMDQ finns endast två svarsalternativ vilket gör det svårt att värdera förbättring eller försämring över tid. I frågeformuläret ODI finns flera svarsalternativ vilket ger en möjlighet att även värdera eventuell förändring i samband med uppföljning.

Patient-Specifik Funktionell skala (PSFS) är till skillnad från frågeformulären ODI och RMDQ ett strukturerat samtalsunderlag om vilka aktiviteter som individen har problem med att utföra i sitt vardags- och arbetsliv. Individen blir ombedd att skatta minst tre aktiviteter som han/hon har problem med att utföra. Individen skattar sedan utifrån svårighetsgrad på en skala från 0–10 där 0 motsvarar ”kan inte utföra aktiviteten” och 10 står för ”Kan utföra aktiviteten obehindrat eller som före skadan/sjukdomen”. PSFS kan identifiera både fysiska, psykiska och sociala aktivitetsbegränsningar. Den svenska versionen av PSFS finns tillgänglig, och kan laddas ned från sjukgymnastförbundets hemsida samt från www.fhvforskning.se.

Medicinsk utredning och funktionsbedömning

Enligt flertalet internationella riktlinjer för utredning och åtgärder vid ländryggsbesvär bör den medicinska bedömningen och funktionsbedömningen omfatta: självrapporterade mått, som bland annat kan ge information om prognos och vilka

åtgärder som behöver sättas in, en utförlig anamnes samt en klinisk undersökning/tester.

Syftet med den medicinska/funktionella bedömningen är att ge en profil på den anställdes hälsotillstånd, funktions- och aktivitetsförmåga. Bedömningen baseras på ett helhetsperspektiv och inkluderar analys av fysisk, psykisk och social funktionsförmåga.

Den inledande anamnestagningen och kliniska undersökningen ska säkerställa att specifik rygg-sjukdom samt annan sjuklighet kan uteslutas. Här kan röda flaggor användas som stöd. Med ”röda flaggor” avses tecken på allvarlig sjukdom som kräver fortsatt utredning eller skyndsamt handläggning. Man bör speciellt rikta uppmärksamheten på följande:

- Insättande smärta efter 55 års ålder
- Tidigare cancersjukdom
- Konstanta eller progredierande smärtor nattetid
- Feber
- Ofrivillig viktminskning
- Nyligen infekterad
- Droghmissbruk, HIV
- Allmänt nedsatt
- Långvarig hosta
- Uttalad morgonstelhet
- Gradvis insättande sjukdom före 45 års ålder
- Ihållande rörelseinskränkning
- Svullna perifera leder
- Irit, psoriasis, kolit, utsöndring urinerör
- Ärftlighet
- Ridbyxeanestesi
- Svårighet att urinera
- Förlust av tonus i analsfinkter
- Utbredd motorisk svaghet
- Osteoporos, anamnes tidigare frakturer
- Trauma
- Steroidbehandling
- Strukturell deformitet – till exempel minskad längd, asymmetri, nytillkommen skolios, kyfos.

Remittera inte till bilddiagnostik om inte röda flaggor eller indikationer på behov av kirurgi finns. Vanligtvis är bilddiagnostik inte nödvändigt, men vid osäkerhet eller mycket långvarig intensiv smärta kan det vara ett av verktygen vid utredning. När resultaten från bilddiagnostiken tolkas och inget av-

vikande kan konstateras är det viktigt att undersökaren tydligt förklarar att man inte hittar tecken på allvarlig sjukdom samt hjälper patienten att förstå hur man bäst behandlar och lever med denna typ av smärttillstånd.

Undvik att uttrycka det som att ”bilderna visar inget” då det kan skapa oro hos individen om att du inte lyckats hitta vad som är fel.

Det är mycket ovanligt att specifik ryggskjutning eller annan sjukdom föreligger. Cirka 80 procent av befolkning drabbas någon gång av ryggbesvär men de flesta har övergående besvär. Enligt siffror från Svenska ryggregistret (www.4s.nu) genomfördes totalt 7 961 ländryggsoperationer under 2012. Den dominerande orsaken var spinal stenos (3 540 patienter) följt av diskbräck (2 262 patienter). Ryggmetastaser står för 2 procent av alla opererade. Man beräknar att mellan 10 och 20 procent av alla som remitteras för utredning av specifika ländryggbesvär opereras.

Undvik att använda laddade ord som till exempel cancer eller dylikt. Ställ istället frågan till patienten ”är du orolig för att det är någon allvarlig sjukdom? Om svaret är ”ja” svarar du ”vad är du orolig för?” Då får patienten själv uttrycka sin sjukdomsrädsla varpå du försäkrar att det inte är det genom att säga ”då kan jag lugna dig att det är det inte” och ”du behöver inte vara orolig för att det är någon allvarlig sjukdom.”

Budskapet som ges informerar tydligt om att:

- ryggbesvär är mycket vanligt,
- smärtan inte är farlig,
- smärtan är inte cancer, hjärtsjukdom eller andra svåra sjukdomar,
- aktivitet trots smärta förbättrar prognos.

Klinisk undersökning

Den kliniska undersökningen ska utesluta specifik ryggskjutning, röda flaggor, identifiera neurologisk påverkan samt bedöma funktion och smärtans karaktär. Syftet med undersökningen är inte nödvändigtvis att fastställa en diagnos. Det är snarare att utesluta allvarlig sjukdom, bedöma prognos och skapa underlag för val av åtgärder. Enligt gällande praxis bör undersökningen omfatta:

- Granskning av personen i såväl vila som rörelse (hållning, gång, avklädning, förflyttningar, huksittande). Strukturella avvikelser och avvikande rörelsemönster noteras.
- Undersökning av generell rörlighet i ryggen samt höft- och knäleder.
- Palpation av ryggens och bäckenets muskulatur och leder för att identifiera ömmande punkter, muskelspänning, konsistensökning och muskelsmärta och leder.
- Testning av utstrålade besvär i ben: Lasegue, reflexer, kraftnedsättning samt sensibilitet.

Kompletterande funktionstest

Den medicinska funktionsbedömningen kan med fördel kombineras med några enkla funktionstest.

- **PILE lift-test** har god tillförlitlighet och kan mäta förändring över tid. Testet genomförs på mottagningen. Man ska ha tillgång till standardiserade vikter och hyllplan. Personen som testas får lyfta en låda med vikter i ett visst tempo. Var 20:e sekund läggs ytterligare vikt till. Testet ger information om hur mycket personen orkar lyfta, men också värdefulla upplysningar genom själva genomförandet.
- **The 6-minute walk test**, är ett test som används i

Utöver sedvanlig anamnes bör följande noggrant tas upp

- En beskrivning av nuvarande arbetssituation och arbetsuppgifter.
- Speciellt kopplingar till olika arbetsmoment/ arbetssituationer bör uppmärksammas (helkroppsvibrationer, upprepade tunga lyft, vridna arbetsställningar stress, konflikter etc).
- Pågående behandlingar och medicinering.
- Tidigare och pågående sjukfrånvaro.
- Patientens egen uppfattning om sina besvär och sin arbetsförmåga.

många sammanhang, bland annat för att förutsäga arbetsförmåga hos individer med ryggbesvär. Testet är enkelt att genomföra och kräver ingen extra utrustning, förutom tillgång till en lokal där man kan mäta upp en sträcka på 30 meter, med en kon i varje ände. Individen uppmanas att gå den uppmätta sträckan under sex minuter.

En detaljerad beskrivning av ovanstående tester finns tillgänglig på www.fhvforskning.se

Bedömning av psykisk status

Smärta hänger ofta samman med ångest och depression. Psykisk ohälsa kan ge upphov till smärttillstånd och sådan ohälsa kan uppstå på grund av långvarig smärta. Det är också väl belagt att depressioner ofta missas inom första linjens vård. Det är därför viktigt att göra en bedömning av psykisk status. Undersökningen görs med fördel på ett standardiserat sätt genom vetenskapligt kvalitetssäkrade frågeformulär och en samlad klinisk bedömning.

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) och Beck Depression Inventory (BDI) ger en detaljerad bild av patientens nuvarande sinnestillstånd (eventuell depression). Manual och formulär för BDI finns i boken Beck Depression Inventory: BDI : manual : svensk version /Aaron T Beck, Robert A Steer. Formulär och tolkning av MADRS finner du på www.fhvforskning.se

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) är ytterligare ett validerat och kliniskt användbart frågeformulär. Det innehåller två delskalor som mäter patientens sinnesstämning (ångest respektive depression). Styrkan med HAD i det här sammanhanget är att det är framtaget för att upptäcka ångest och depression hos patienter med somatiska besvär. Formuläret innehåller därför inga frågor om sådant som kan bero på de kroppsliga besvären, exempelvis sömnlöshet. Åtta (8) poäng och över indikerar depression respektive ångest. Formulär

och tolkning finner du på www.fhvforskning.se

Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS), är en självskattningsskala för att identifiera utmattningssyndrom och för att följa förloppet av utmattningssyndrom. KEDS bygger på de diagnostiska kriterierna i ICD. Formulär och tolkning finner du på www.fhvforskning.se.

Bedömning av arbetsplatsen och arbetsuppgifter

Vid första besöket förs en diskussion med den anställda kring arbetssituationen där eventuella upplevda hinder för att klara av arbetet identifieras. Forskningen ger stöd i att tidigt utreda hur individen uppfattar sin arbetssituation och vilken påverkan den har på arbetsförmågan (se bilaga 2 för exempel på frågor att ställa om arbetet).

Det så kallade flaggsystemet med röda och gula flaggor har utvecklats vidare av etablerade forskare och inkluderar nu även blåa och svarta flaggor för att speciellt fokusera på arbetsplatsfaktorer för individer som har ländryggsbesvär. Blå flaggor handlar om individens uppfattning om arbetsplatsrelaterade faktorer som kan påverka arbetsförmågan och försvåra återgång i arbete. De svarta flaggorna handlar om objektiva arbetsplatsrelaterade faktorer som kan leda till uppkomst av eller fortsatt funktionsnedsättning. Denna indelning är dock inte lika väl spridd eller använd i internationella riktlinjer. Därför används inte dessa begrepp i den följande texten om arbetsförmåga och arbetsförhållandena.

Planeringsmöte med bedömning av individens hälsa och kapacitet i relation till arbetet

Ländryggsbesvär är en av de allra vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro och påverkar ofta hur man kan utföra sitt arbete. Det är därför viktigt att relatera personens hälsa och funktionsförmåga till kraven i det aktuella arbetet.

Något av följande frågeformulär kan användas vid bedömning av psykisk status

- Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).
- Beck Depression Inventory (BDI).
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).
- Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS).

Efter den initiala utredningen rekommenderas att bjuda in närmaste chef till planeringssamtal tillsammans med anställda och ansvariga på företagshälsan (se bilaga 3 för exempel på inbjudan). Utifrån en gemensam strukturerad bedömning av arbetsförmågan i relation till det nuvarande arbetet – exempelvis med hjälp av det standardiserade formuläret Krav och Funktionsschema (KOF) – planeras åtgärder tillsammans vid mötet.

Vid mötet bör frågan om fler på arbetsplatsen har liknande besvär tas upp för att identifiera eventuell generell arbetsmiljöproblematik. Mötet avslutas med en gemensam plan för åtgärder (se exempel i bilaga 6). Planeringsträffar med närmaste chef bör genomföras regelbundet vid arbetsoförmåga.

Forskningen ger stöd i att tidigt utreda hur individen uppfattar sin arbetssituation och vilken påverkan den har på arbetsförmågan.

KOF är en dialogmetod för att bedöma arbetsförmåga i relation till det nuvarande arbetet. Den innefattar analys av funktionsförmåga och arbetskrav. Bedömningen inleds med en strukturerad dialog mellan arbetstagaren, arbetsgivaren och representanten för de medicinska professionerna inom företagshälsan. Under samtalet identifieras obalanser mellan aktuell funktionsförmåga och arbetskrav inom sex områden: psykisk och kognitiv förmåga, basala färdigheter och social förmåga, tolerans för fysiska förhållanden, förmåga till dynamiskt arbete, förmåga till statiskt arbete samt att kunna arbeta vissa tider. Samtalet resulterar i en sammanställning över områden där arbetstagarens aktuella funktionsförmåga understiger kraven i arbetet och en gemensamt överenskommen åtgärdsplan kring möjligheter att minska arbetskraven och/eller höja funktionsförmågan.

Kortfattad beskrivning av KOF-metoden återfinns hos Arbets- och miljömedicin i Uppsala (www.amm uppsala.se/krav-och-funktionsschema-kof). Introduktionsutbildning ges från och med vintern 2014 som en webbaserad uppdragsutbildning via Uppsala universitet.

Åtgärder vid ländryggsbesvär

I detta kapitel beskrivs de åtgärder som har starkast evidens och konsensus i tidigare publicerade riktlinjer. Val av åtgärder för ländryggsbesvär ska baseras på en strukturerad bedömning där individens ländryggsbesvär analyseras och resurser och förmågor identifieras. I bilaga 5 ges en sammanställning över evidensbaserade åtgärder från den internationella litteraturen.

Evidensbaserade råd

Cirka 80 procent av befolkningen drabbas någon gång av ryggbesvär men de flesta har övergående besvär. Ge tid att förklara besvären för personen och försäkra om att det inte handlar om någon allvarlig sjukdom (se under medicinsk utredning).

Förklara betydelsen av att hålla sig aktiv – både fysiskt och psykiskt. Sjukskrivning bör undvikas då forskning visar entydigt att det är en stark riskfaktor för mer långvariga besvär. Sjukfrånvaro som varar längre än 60 dagar har i ett flertal studier visat sig försvåra återgång i arbete. Använd Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning som stöd i detta; www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod

Lämna eventuell skriftlig evidensbaserad information som exempelvis Ryggboken (www.fhvforskning.se) och informationsblad (bilaga 4). Avsluta med att försäkra dig om att personen förstått den information han eller hon har fått.

Tips på formuleringar till patienten:

- Det är inget som förvärras eller förstörs när du arbetar.
- Du kan påverka smärtan själv genom att undvika vila.

Budskapet som ges informerar tydligt om att:

- Smärtan är inte farlig.
- Smärtan är inte cancer, hjärtsjukdom eller andra svåra sjukdomar.
- Aktivitet trots smärta förbättrar prognos.

Metoder för självhjälp

Vid icke-specifika ländryggsbesvär är den drabbade den viktigaste aktören på så sätt att det är avgörande att han eller hon får verktyg och möjligheter att själv hantera sina ryggbesvär. Grunden är bra evidensbaserad information och råd. De evidensbaserade råden för självhjälp betonar aktivitet, att ta kontroll samt att minska rädsla. Främjande av goda levnadsvanor har också visat sig vara effektivt för att förbättra arbetsförmågan. Att ge möjlighet och incitament för den anställde, eller alla anställda med ländryggsbesvär, att vara mer fysiskt aktiva är ett sätt att lindra och förebygga återkommande ländryggsbesvär.

- Uppmuntra till fysisk aktivitet, översyn av levnadsvanor och att fortsätta arbeta.
- Aktiva åtgärder före passiva behandlingsmetoder.
- Fokusera inte på smärtan utan på aktivitet och friskbeteenden.
- Ge patientinformation, till exempel Ryggboken (www.fhvforskning.se).
- Ge standardiserad information/utbildning till den anställde och arbetsgivaren om evidensbaserad utredning och åtgärder vid ryggbesvär.

Medicinering vid ländryggsbesvär

Preparat med paracetamol är förstahandsval vid olika typer av smärta. NSAID kan vara ett komplement till grundmedicineringen, eventuellt kombinerat med omeprazol. Både paracetamol och ibuprofen finns i långtidsverkande beredningsformer som

täcker in hela dygnet. Opioider har normalt ingen plats i behandlingen.

Fördjupad utredning och anpassningar på arbetsplatsen

Arbetsplatsen är central när det gäller såväl bedömning av som åtgärder mot en individs ländryggsbesvär. Vi rekommenderar en så kallad participativ ansats. Den innebär ett arbets- eller förhållningssätt där den anställde själv har en aktiv och deltagande roll vid identifiering av problem och beslut om åtgärder. Det sker i samverkan med arbetsledning och med stöd av experter. Metoden har gott vetenskapligt stöd för att skapa arbetshälsa och har också stöd i föreskrifter från Arbetsmiljöverket (AFS 1994:01, Arbetsanpassning och rehabilitering).

Studier har visat att åtgärder som involverar arbetsplatsen är mycket viktiga. Det gäller att engagera den sjukskrivnes chef och arbetskamrater för att han eller hon ska behålla kontakten med arbetsplatsen och få möjlighet till arbetsanpassningar.

Insatser för att främja arbetsförmåga eller återgång till arbete är avgörande vid sjukskrivning. Det är viktigt att den anställde inte släpper kontakten med arbetsplatsen. Till exempel kan planeringsmöten förläggas dit, så att insatserna sker arbetsplatsnära. Är en riskinventering av den aktuella arbetsplatsen inte gjord bör den göras snarast för att kartlägga risker och förekomst av besvär. Förekommer det vibrationer (helkropp, verktyg) måste en speciell riskbedömning göras för detta.

Den ergonomiska bedömningen bör omfatta

- den tekniska/fysiska arbetsmiljön,
- den anställdes arbetsuppgifter,
- den organisatoriska och psykosociala arbetsmiljön,
- samt utförandet av arbetsuppgifterna.

Belastningsergonomisk utredning

I enlighet med den participativa ansatsen bör den ergonomiska bedömningen av arbetsplatsen inledas med ett möte där den anställde, närmaste chef samt ergonom och/eller arbetsmiljöingenjör medverkar.

Den ergonomiska bedömningen börjar med en nulägesanalys, där man bland annat tar del av ar-

betsplatsens dokumentation från riskbedömningar enligt systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Finns indikationer på att flera på samma arbetsplats har besvär eller utsatts för skadlig exponering i arbetet ska en diskussion inledas med arbetsgivaren om psykosocial och belastningsergonomisk riskbedömning samt åtgärder enligt SAM.

Det finns vetenskapligt stöd för en rad olika bedömningsmetoder. Syftet med bedömningen och problemområdet ska alltid vara styrande. En vägledning till arbetsgång vid riskbedömning och metoder finns beskrivna i en rapport från Arbets- och miljömedicin i Uppsala (Belastningsergonomisk riskbedömning – vägledning och metoder www.amm uppsala.se/rapporter).

Eftersom det är önskvärt att ha en participatorisk ansats så beskrivs nedan exempel på två metoder som bygger på att individen är delaktig: riskbedömningsmetoden Quick Exposure Check (QEC) samt Video och datorbaserad arbetsanalys (VIDAR). Vi nämner även några ytterligare metoder som är vetenskapligt säkerställda och lätta att använda. Metoderna har individperspektiv med participatorisk ansats.

QEC – Quick Exposure Check

Metoden innebär att exponeringsbedömningar utförs med hjälp av QEC-formuläret. Förändringar kan mätas i exponering för muskuloskeletala riskfaktorer när det gäller bröst- och ländrygg, skuldra/arm, handled/hand samt nacke före och efter ergonomisk intervention på arbetsplatsen.

Observatören bedömer exponeringen i bröst- och ländrygg, skuldra/arm, handled/hand och nacke. Metoden involverar även arbetstagarens bedömning. Exponeringspoängens totalsumma fås genom att kombinera observatörens och arbetstagarens bedömning. Det finns föreslagna prioriteringsnivåer för exponeringspoäng i QEC att tillgå.

QEC har översatts till svenska vid Högskolan i Gävle där manual och frågeformulär fritt kan laddas ner. Du hittar enkelt dit via en länk på www.fhvforskning.se.

VIDAR

VIDAR innebär att man filmar den anställde när olika arbetsuppgifter genomförs. Man kommer gemensamt överens om vilka arbetsmoment i det dagliga

arbetet som ska filmas. När filmningen är avslutad tittar en ergonom och den anställde tillsammans på de olika momenten och gör en bedömning som kan kopplas till QEC och den belastningsergonomiska föreskriften. Arbetsituationerna sparas med bilder. En rapport, som enkelt skrivs ut, kan användas som underlag vid diskussioner om förändringar och eventuella anpassningar. Analysen baseras på den anställdes kunskap om och upplevelse av sitt arbete. Påfrestande fysiska arbetsituationer (man markerar kroppsregion samt uppskattar graden av obehag) samt den psykiska situationen värderas.

Metoden är utvecklad och tillämpad i Sverige och rekommenderas framför allt för att den är pedagogisk. VIDAR kan köpas från www.vidarweb.se

Det finns även stöd i litteraturen för att använda andra evidensbaserade observationsmetoder:

- PLIBEL (Plan för Identifiering av BELastningsfaktorer).
- Washington State Ergonomic checklist/tool (WSET).
- REBA (Rapid entire body assessment).
- NIOSH lifting equation.

Dessa metoder finns beskrivna i rapporten ”Belastningsergonomisk riskbedömning – vägledning och metoder” www.amm uppsala.se/rapporter. Ytterligare referenser finns tillgängliga i Takalas översiktsartikel från 2010; ”Systematic evaluation of observational methods assessing biomechanical exposures at work” (se referenslistan)

För vissa branscher – till exempel för förflyttningmoment inom vården – finns det också speciellt utvecklade observationsmetoder.

I Sverige har Arbetsmiljöverkets metoder KIM 1 och 2 fått stor spridning. Ytterligare forskning behövs när det gäller att värdera om KIM är mätsäkert och relevant för muskuloskeletal besvär.

Vibrationer

Helkroppsvibrationer är en känd riskfaktor för ländryggsbesvär som bör riktas speciell uppmärksamhet och är särskilt förekommande i anläggningsarbeten och transportyrken. Risken för påverkan på ländryggen ökar om både exponering för helkroppsvibrationer och arbete med vriden rygg förekommer samtidigt. Om inte vibrationsexponeringen helt kan upphöra bör den dagliga exponeringsdosen uppskattas. Detta regleras i AFS om vibrationer 2005:15.

Arbetsplatsanpassning

Arbetsplatsanpassningar av olika slag är en av de viktigaste åtgärderna för att en person med ländryggsbesvär ska kunna arbeta. Anpassningar kan omfatta många olika åtgärder: byte av arbetsuppgifter, att slippa vissa arbetsuppgifter, minskad arbetstakt, hjälpmedel, anpassning av arbetsstation, utökad bemanning, anpassade arbetstider, en förändrad organisation av arbetet med mera. Anpassningarna kan vara tidsbegränsade eller permanenta. Det är viktigt att informera arbetskamrater om arbetsplatsanpassningarnas varaktighet och omfattning så att inga oklarheter uppstår.

Rehabiliterande interventioner

För vissa personer som har uttalade besvär från ländryggen räcker det inte med aktiva strategier. De

Arbetsplatsen

- Återkoppla till närmaste chef och involvera honom eller henne i initialskedet.
- Tips: formulera gärna en standardiserad skriftlig information och inbjudan till chef om arbetsförmågeutredning och planering.
- Gå igenom den fysiska arbetsmiljön och eventuella åtgärder enligt participativ metod.
- Arbetsförmågeutredning. Genomför ett gemensamt strukturerat målsamtal med den anställde och

- närmaste chef enligt participativ metod.
- Utred individens inställning till sin förmåga att fungera i nuvarande arbete eller annat arbete.
- Identifiera upplevda hinder för att klara av arbetet.
- Arbetsplatsåtgärder, generella samt individriktade.
- Ge evidensbaserad information och/eller utbildning om ryggsbesvär och smärta till närmaste chef/arbetsgivaren vid behov.

kan även behöva skraddarsydd rehabiliterande interventioner. Arbetsgruppen bakom de europeiska riktlinjerna för behandling av långvarig icke specifik ländryggssmärta rekommenderar följande aktiviteter för behandling utifrån starkast evidens; kognitiv beteendeterapi, övervakad fysisk träning, kortare utbildningsinterventioner och multimodal intervention baserad på en biospsykosocial förklaringsmodell. Det finns också evidens som talar för att rehabiliterande interventioner behöver kombineras med åtgärder och förändringar på arbetsplatsen för att god effekt ska uppnås. Föreslagna åtgärder nedan skall därmed inte ses som avskilda insatser utan skall alltid ske i samverkan med närmaste chef så att åtgärder på arbetsplatsen kan initieras om de behövs.

Fysioterapi och träning

Fysioterapeutiska insatser bör i första hand inriktas mot att aktivera individen. Mer passiva behandlingsmetoder för ländryggbesvär bör kombineras med aktiva metoder. Personen bör uppmuntras till aktivitet och att så snart som möjligt återgå till sina vanliga aktiviteter. Även om smärta kvarstår, bör han eller hon försöka arbeta. Här kan fysioterapeuten vara ett stöd så att aktivitetsnivån anpassas och ökar gradvis. På arbetsplatsen kan detta ske genom arbetsanpassningar och här vill vi betona vikten av en god kommunikation med arbetsledning och andra anställda. Man bör som fysioterapeut vara uppmärksam på att träning i arbetsteknik på kliniken inte automatiskt omsätts i verkligheten på arbetet.

Träning kan ske i grupp och har bättre effekt om den är ledarledd. Så kallad ”graded activity” har visst vetenskapligt stöd. Träningen kan omfatta konditionsträning, muskelstärkande övningar och olika former av rörlighetsträning. Mer specifika träningsformer som yoga har visst vetenskapligt stöd. Mekanisk diagnostik och behandling enligt McKenziekonceptet är initialt ledd av terapeuten, men övergår successivt till att bli ett självträningsprogram. Det finns viss evidens för denna metod.

Mer passiva behandlingsmetoder bör, som nämnts ovan, endast användas i kombination med aktiva strategier. Det finns visst stöd för att akupunktur kan ha en positiv effekt på smärta och funktion. Även manipulationsbehandling kan rekommenderas och då företrädesvis i början av en

besvärsperiod under de första 12 veckorna. Behandlingen bör ges i kombination med träning. Olika typer av smärtrehabiliteringsprogram har visat effekt, men det är svårt att uttala sig om frekvens och varaktighet för sådana program.

Kognitiv beteende terapi (KBT)

Detta är en behandling som fokuserar på att förändra beteenden och psykosociala faktorer som bidrar till utveckling av långvarig smärtproblematik. Vid bland annat rädsla för smärta och aktivitet är KBT en effektiv insats. Grundläggande vid långvarig icke specifik smärtproblematik från ryggen (så kallade belastningsbesvär) är att insatserna och samtliga inblandade på företagshälsan (konsulter/behandlingarna) arbetar utifrån att smärta och aktivitet inte är farligt.

KBT inriktat på undvikande och rädsla för smärta och rörelse samt aktiviteter för återgång/vidmakthållande av arbetet såsom arbetsträning, besök på arbetsplatsen, planeringssamtal med närmsta chef är viktiga komponenter för att öka möjligheten till att återgå i arbete.

I bilaga 6 ges ett underlag för strukturerad planering för beteendeförändringar/åtgärder som upprättas tillsammans med individen och med denne som huvudansvarig. Manual för hur KBT vid smärta genomförs baserat på de svenska studierna som ligger till grund för evidensen finns att tillgå (www.fhvforskning.se).

Multimodal rehabilitering (MMR)

MMR bör användas när kartläggningen pekar på hög risk för den anställde. Det är mest effektivt när den psykosociala insatsen bygger på KBT och hela MMR-insatsen sker i nära samverkan med arbetsplatsen. MMR kan användas som individ- eller gruppbehandling. Vid svårare problematik (som mycket långvarig sjukskrivning) bör MMR ges av specialister inom arbetslivsinriktad rehabilitering. En manual för hur MMR genomförs – baserad på de svenska studier som ligger till grund för evidensen – finns på www.fhvforskning.se.

Uppföljning

Den som har ryggbesvär ska följas upp. Det görs med regelbundna intervall som kan planas ut när besvären avtar. Uppföljningen bör ske av den per-

son vid företagshälsan som är huvudansvarig för åtgärderna. Vid hög riskprofil är det viktigt med täta uppföljningar. Forskningen ger ännu inga klara svar på hur ofta eller hur länge uppföljning bör ske – mer än att det är viktigt att följa den anställde så länge arbetsförmågan kvarstår.

Generell problematik på arbetsplatsen

Att en enskild anställd signalerar om ryggsbesvär kopplat till sin arbetssituation kan vara en viktig ingång till preventiva insatser för hela arbetsgruppen. Därför bör en riskbedömning av arbetsplatsen göras med utgångspunkt i föreskriften Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM, se bilaga 7).

Riskbedömningar av arbetsplatsen ska enligt SAM (AFS 2001:01) ske kontinuerligt och är arbetsgivarens ansvar. Arbetsgivaren har också ett ansvar att göra individuella anpassningar (Arbetsmiljölagen, 2011; AFS 2012:2 Belastningsergonomi, AFS 1994:01 Arbetsanpassning och rehabilitering). Här är företagshälsan en viktig expertkompetens.

Vid ländryggsbesvär är det väsentligt att ha en helhetssyn och inkludera en bedömning av hela arbetsplatsen tidigt i utredningen. De fysiska och psykosociala arbetsförhållandena utreds, dels utifrån den drabbade personen men också utifrån att förebygga och åtgärda risker för andra arbetstagare.

Är besvären helt eller delvis orsakade av förhållanden på arbetsplatsen har arbetsgivaren en skyldighet att agera (9, 10 §§ AFS 2001:1 med ändringar till och med 2008-09-30). Arbetsgivaren har även en skyldighet att anpassa arbetet till arbetstagarens förutsättningar (Arbetsmiljölagen 3 kap. 3 § och

föreskriften Belastningsergonomi (AFS 2012:2).

Involvera arbetsgivaren/närmaste chef i ett tidigt skede för gemensam problemanalys och planering. Den vetenskapliga evidensen visar att insatser på arbetet är mycket viktiga för att återfå arbetsförmågan.

Utredning av den psykosociala arbetsmiljön

Det finns flera vetenskapligt kvalitetssäkrade frågeformulär som kan användas för att kartlägga den fysiska och psykosociala arbetsmiljön. De flesta är dock utprovade för att användas på grupper för att ge en beskrivning av arbetsförhållanden och visa på eventuella brister i arbetsmiljön.

QPS Nordic är ett frågeformulär som mäter anställdas upplevelse av psykiska krav i arbetet samt sociala och organisatoriska faktorer i arbetslivet. Frågeformuläret gäller för de flesta typer av arbeten och arbetsplatser. Formuläret kan användas för organisationsutveckling och interventioner, dokumentation samt utvärderingar av förändringar i arbetsförhållanden. Formuläret finns i sin originalversion endast i pappersformat men erbjuds i reviderad version på www.metodicum.se.

COPSOQ – Copenhagen Psychosocial Questionnaire – är ytterligare ett vetenskapligt prövat formulär för mätning av den psykosociala arbetsmiljön. Det bygger på delar av QPS Nordic men har dessutom utvecklats till att inkludera och utveckla andra dimensioner av psykosocial arbetsmiljö. Formuläret finns översatt till ett 20 tal språk och finns på www.mah.se/copsoq.

Utredningen ska minst omfatta

- 1.** Utredning av eventuell arbetsrelaterad orsak till besvären. I de fall där det misstänks ska nedanstående steg tillämpas. Är besvären inte relaterade till arbetsplatsen har arbetsgivaren en skyldighet att anpassa arbetsuppgifterna. I dessa fall tillämpas punkt 4–7.
- 2.** Undersökning av den anställdes arbetsplats enligt rekommenderade metoder.
- 3.** Undersökning om arbete med liknande risker finns på arbetsplatsen. Är en riskbedömning gjord för detta arbete? Om inte ska en sådan göras. Finns liknande risker för ryggsproblem vid andra arbetsmoment?
- 4.** Åtgärd av de brister som upptäckts. Exempel på åtgärder är tekniska hjälpmedel, förändrat arbetsinnehåll, arbetsrotation med mera (enligt MTO: Människa, Teknik, Organisation).
- 5.** Bedömning av den anställdes förmåga att klara arbetsuppgifterna efter att åtgärderna införts.
- 6.** Uppföljning av rutin för förebyggande undersökning.
- 7.** Uppföljning av åtgärder.

Implementeringsstöd

I detta kapitel beskrivs fördelarna med dessa riktlinjer, vad som bör förberedas innan de införs och vilken roll information och tydlighet spelar för en lyckad implementering.

Vad

Det första steget vid implementering av en ny metod eller ett nytt arbetssätt är att tydligt beskriva det som skall införas. I beskrivningen bör ingå vilka teorier och förhållningssätt som det nya baseras på. Det ger en grund och hjälp i de kliniska besluten om utredningar och åtgärder, men också ett stöd till samsyn och teamarbete inom organisationen.

Dessa riktlinjer om ländryggsbesvär baseras på det internationella evidensläget. De utgår från en biopsykosocial grund. Evidensen stöder ett förhållningssätt som utgår från att smärtan påverkas av både somatiska och psykosociala faktorer. Det är mycket viktigt att inte misstolka det biopsykosociala synsättet som att smärtan inte är verklig, som att den ”bara” är psykisk. Smärtan påverkas alltid av personens fysiska, psykiska och sociala förhållanden. Aktivitet och stärkande av självhjälp/kontroll är ett avgörande budskap. Det är viktigt att också ge trygghet och stöd i att smärtan inte är farlig. Det är avgörande med samsyn i arbetsgruppen. Brist på samsyn kan med stor sannolikhet leda till att patientens osäkerhet och rädsla ökar – vilket också enligt evidensen ökar risken för långvarig funktionsnedsättning.

Varför

Det är rimligt att anta att företagshälsan arbetar enligt bästa evidens. De här riktlinjerna är till för att skapa en standardisering och struktur för ett kvalitetssäkrat arbetssätt med ländryggsbesvär i nära anknytning till arbetsplatsen.

Varför skall vi ändra arbetsätt och använda nya metoder? Det är den avgörande frågan som först måste ställas och besvaras. Syftet och målet med förändringen formuleras så att innovationerna känns igen och enkelt kan appliceras i den dagliga

verksamheten. Innan införandet påbörjas måste alla berörda vara överens om och ställa upp på de formulerade målen. Utan en sådan samsyn är risken stor, visar forskning, att förändringen misslyckas eftersom de som skall arbeta enligt de nya metoderna och arbetssätten fortsätter att arbeta enligt det gamla invanda sättet.

Det absolut avgörande är att syfte och mål är verksamhetsnära samt att de är väl förankrade hos högsta ledningen och berörda medarbetare.

För denna riktlinje kan följande argument ges:

- Det är en metodik som bevisat ger minskad sjukfrånvaro, ökad hälsa och produktivitet.
- Svenska studier har visat att det är kostnadseffektivt i relation till ökad arbetsförmåga.
- En MMR-insats som kostar 40 000 kr är återbetalad i form av minskad sjukfrånvaro inom tre månader.
- Kvalitetssäkring med evidensbaserade metoder.
- Patientsäkerheten ökar genom ett strukturerat och evidensbaserat arbetssätt.
- Ger möjlighet att arbeta mer förebyggande och främjande genom att involvera arbetsplatsen.
- Ger möjlighet att arbeta förebyggande och främjande genom att öka individens ansvar och delaktighet.
- Använder företagshälsornas unika möjlighet till arbetsplatsnära insatser.
- Kostnadseffektivt arbetssätt genom struktur och evidensbaserade metoder med kända effekter.

Information

Information är viktigt men ännu viktigare är hur den sprids och om den är möjlig att tillgodogöra sig. Tänk noga igenom de informationskanaler som är

etablerade inom enheten och upplevs som fungerande (var du hittar info, var kollegor hittar info och så vidare) innan ni väljer informationskanal. Vilken nytta det nya arbetssättet har för företagshälsan, klinikern och kunden (patienten, arbetsgivaren) bör finnas med i informationen.

Till dessa riktlinjer finns en kort presentation i powerpointformat som kan användas för att ge och utforma information om vad som skall införas.

När

Informationen bör också innehålla en tidsplan för när det nya skall vara på plats och användas. I planen är det viktigt att ta hänsyn till den dagliga verksamhet som skall skötas samtidigt som det nya införs. En fullt detaljerad tidsplan utarbetas innan implementeringen påbörjas så att den enkelt kan följas av samtliga berörda medarbetare. Tidsplanen bör också ha ett uppföljningssystem där man prickar av allteftersom planen genomförs. Se checklistan i bilaga 8.

Vem

Vilka inom enheten berörs och skall arbeta enligt det nya sättet? Den frågan ställs ganska omgående öppet eller dolt inom organisationen så det är viktigt att från början vara tydlig med vilka på enheten som berörs. Om utbildning och kompetensutveckling behövs bör det klargöras vilken typ av kompetens, vilken/a utbildningar som kommer att krävas och av vem/vilka inom personalen. Behövs nyrekrytering är det lika viktigt att vara tydlig med vilken kompetens som saknas och hur nyrekryteringen bidrar till enhetens övergripande mål.

Utöver grundläggande kompetens för FHV-personal inom området arbete och hälsa kräver dessa riktlinjer följande kompetenser:

- Läkare, fysioterapeut med kunskap i evidens-

baserad medicinsk bedömning enligt röda flaggor.

- Personal med kompetens i belastningsergonomi och metoderna Quick Exposure Check (QEC) samt VIDAR.
- Fysioterapeut, hälsovetare med kompetens inom träningsterapi med inriktning på graderad träning.
- Personal med kompetens i participativ metod.
- Psykolog med KBT-kompetens alternativt legitimerad KBT-terapeut.
- Personal med kompetens inom organisation och psykosocial arbetsmiljö.
- Personal med kompetens i administration av frågeformulär.
- Personal med kompetens i KOF eller annan participativ metod för bedömning av arbetsförmåga i relation till arbetets krav.
- Personal med kompetens i team- och rehabiliteringssamordning.

Verktyg för implementeringsstöd

Ett bra planerings- och uppföljningssystem är en stor hjälp när man inför nya metoder och arbetssätt. Det hjälper till att identifiera hinder och faktorer som underlättar och möjliggör implementeringen. Att tidigt identifiera hinder och möjliggörare ger en chans att planera åtgärder för hindren, men också att använda möjliggörarna i genomförandet. Två saker som ger stöd vid implementering är en lathund såsom Guldbandsens verktygslåda för implementering (bilaga 8) och ett strukturerat uppföljningssystem för feedback. Uppföljningssystemet kan vara gruppmöten med kliniker som skall använda det nya arbetssättet där man diskuterar hur och om det fungerar, svårigheter, nödvändiga förändringar, anpassningar med mera. Det kan även vara bra att pröva det nya arbetssättet i en mindre skala först i form av så kallade pilottest, för att upptäcka eventuella verksamhetsbetingade anpassningsbehov.

Råd för implementering

- Definiera noggrant vad som skall införas.
- Formulera mål och syfte tydligt och enhetligt.
- Ta fram informationsmaterial om riktlinjerna.
- Visa nyttan med det nya arbetssättet.
- Gör en tidsplan för full implementering, det vill säga när allt är på plats och rullar.
- Gör en utbildningsplan.
- Inför en uppföljningsstruktur och ett feedbacksystem, till exempel gruppmöten med öppna diskussioner.
- Använd en verktygslåda för implementering – till exempel Guldbandsens checklista (bilaga 8).
- Genomför pilottest för att testa införandet.

Organisatoriska förutsättningar för en lyckad implementering

Ledningen

För att lyckas med en större förändring krävs att ledningen aktivt stöder den. Det innebär bland annat att de deltar i informationen, förmedlar målen och är tydliga med att detta är något de vill. Det innebär också att de ser till att nödvändiga resurser finns avsatta. Var tydlig med vem som äger frågan, det vill säga även om högsta ledningen delegerat själva genomförandet är det ytterst viktigt att på ett konkret sätt visa att högsta ledningen följer och uppskattar förändringen.

Implementeringsteam

Det behövs en projektgrupp för att utarbeta en plan, informera och stödja genomförandet. Gruppen bör bestå av personer som:

- Har goda kunskaper om enhetens verksamhet.
- Är trovärdiga i organisationen.
- Har kunskap och förståelse för nya arbets sättet.
- Representerar yrkeskategorier som berörs av det nya arbets sättet.

Med en sådan projektgrupp blir informationen och planeringen mer initierad och realistisk.

- Ledningen vill införa detta – det innebär att de stöder och engagerar sig i införandet.
- Det finns tid och resurser för utbildning, planerings- och informationsmöten, uppföljning och inköp av nödvändig utrustning med mera.
- Skapa en grupp – eller använd en som redan finns – som ansvarar för införandet. Den bör bestå av yrkeskategorier som berörs av riktlinjerna.
- Skapa förändringsbärare ute på varje enhet som stödjer, inspirerar och talar för genomförandet.

Vem gör vad

Gör upp vem som skall göra vad och när i processen det skall göras. Planeringen av flödet bör göras så konkret som möjligt – från frågan om vem som tar emot personen först till vem som följer upp honom eller henne. Administrativa rutiner som vem som ser till att frågeformulären blir besvarade och analyserade och hur vi skall administrera frågeformulären bör också planeras konkret. Frågeformulären som används i utredningen bör besvaras innan personen (patienten) träffar läkaren/sjukgymnasten så att

resultaten kan användas effektivt i utredningen.

I dessa riktlinjer finns ett flödesschema över vad som – enligt den vetenskapliga evidensen – bör finnas med vid utredning och insatser för ländryggsbesvär. Detta flödesschema kan med fördel användas vid planering av enhetens egen arbetsfördelning och flödesbeskrivning. Anpassa flödesschemat till enhetens specifika organisation.

- Vem tar emot den anställde med ryggon först?
- Vem administrerar formulären?
- Hur administreras formulären? Bra rutiner för hantering av formulär är till exempel dator i väntrummet, datorkiosk, webbenkät och datorprogram som sammanställer svaren.
- Lägg in extra tid (ca 15 min för ÖMPSQ) vid första besöket där patienten besvarar frågeformulären innan denne träffar läkaren/sjukgymnasten?
- Vem kontaktar närmaste chef?

Resurser

Resurser för implementering av nya arbets sätt handlar inte enbart om mer pengar utan framför allt om att använda de resurser vi har. Det handlar om att man inom en verksamhet vill göra på annat sätt och att personalen skall förändra sitt arbets sätt. Därför krävs tid att förankra och planera och genomföra förändringen, för utbildning och eventuell nyrekrytering. Det blir också kostnader för nya verktyg eller instrument samt en tillfällig minskning av debiteringsgraden när det nya sättet skall läras in.

Dessa riktlinjer kräver vanligtvis följande resursplanering:

- Förankring och planering av införandet – tid för ledning och personal.
- Administration av frågeformulär/utredningsinstrument – IT baserat verktyg, personal för hantering av pappersversion alternativt svar från webben.
- Säkerställ KBT kompetens och kompetens inom organisation och psykosocial arbetsmiljö.

Kompetensutveckling inom:

- Ryggutredning ”Röda flaggor”.
- Psykosocial riskutredning ”Gula flaggor”.
- Belastningsergonomiska mätningar Quick Exposure Check (QEC) och VIDAR.
- Vibrationsexponering och mätning.
- Graderad träning.
- Krav och funktionsschema KOF.

Bilagor

Bilaga 1a. ÖMPSQ inkl scoring

Finns även att hämta ned i pappersversion eller elektroniskt på www.fhvforskning.se

FRÅGEFORMULÄR OM SMÄRTPROBLEM

NAMN:

ADRESS:

POSTADRESS:

TEL. NR:

MOBILNR:

DATUM:

Här följer några frågor och påståenden som kan vara aktuella för dig som har besvär, värk eller smärta. Läs varje fråga och svara så gott du kan. Tänk inte för länge på varje fråga. Det är viktigt att du svarar på alla frågorna. Det finns alltid ett svarsalternativ som liknar din situation.

Exempel: svara genom att ringa in ett alternativ

Jag tycker om apelsiner.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls

Väldigt mycket

Eller kryssa för en ruta.

Hur många dagar per vecka motionerar du?

0–1 dagar

2–3 dagar

4–5 dagar

6–7 dagar

1. Vilket år föddes Du? 19.....

2. Är du man kvinna

3. Är Du född i Sverige ja nej

4. Vad är Din huvudsakliga sysselsättning? Kryssa i det alternativ som bäst beskriver Din nuvarande situation.

yrkesarbetande Studerande Oavlönat arbete (t.ex. i hemmet) arbetslös Pensionär annat:

5. Var har Du besvär? Kryssa för alla aktuella ställen.

nacke skuldror/axlar ryggens övre del ryggens undre del ben

6. Hur många dagar har Du varit sjukskriven p.g.a. Dina besvär de senaste tolv månaderna?

1–2 dagar 3–7 dagar 8–14 dagar 15–30 dagar 61–90 dagar 91–180 dagar

181–365 dagar mer än 365 dagar

7. Hur länge har Du lidit av Ditt nuvarande besvär?

0–1 vecka 2–3 veckor 4–5 veckor 6–7 veckor 8–9 veckor 10–11 veckor

12–23 veckor 24–35 veckor 36–52 veckor mer än 52 veckor

8. Är Ditt arbete tungt eller monotont? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
inte alls väldigt mycket

ej yrkesverksam

9. Hur mycket smärta har Du haft den senaste veckan? Ringa in ett alternativ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
inte alls ont outhärdligt ont

10. Hur ont har Du haft i genomsnitt under de senaste tre månaderna? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
inte alls ont outhärdligt ont

11. Hur ofta har Du i genomsnitt haft ont de senaste tre månaderna? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
aldrig alltid

12. Med tanke på det Du gör under en genomsnittlig dag för att hantera eller klara av Din smärta: Hur stora är Dina möjligheter att minska den? Ringa in den siffran på skalan nedanför som stämmer bäst för just Dig.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ingen möjlighet fullständig
att minska smärtan smärtlindring

13. Hur spänd eller stressad har Du känt Dig den senaste veckan? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
helt lugn mycket spänd

14. I vilken utsträckning har Du känt Dig nedstämd den senaste veckan? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
inte alls väldigt mycket

15. Som Du upplever det själv hur stor är risken att Ditt nuvarande besvär skulle bli långvarigt?

Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ingen risk mycket stor risk

16. Hur stor chans tror Du att Du har att kunna arbeta om sex månader? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen chans mycket stor chans

17. Om Du tar hänsyn till Dina arbetsuppgifter, arbetsbelastning, arbetsledning, lön, utvecklingsmöjligheter och arbetskamrater hur nöjd är Du med Ditt arbete? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
inte nöjd helt nöjd

ej yrkesverksam

Bilaga 1b.

ÖMPSQ scoring

Poängberäkning och tolkning av "Frågeformulär om smärtproblem" – Gula flaggor. De första fyra frågorna ingår inte i poängberäkningen.

Fråga 5 – räkna antal smärtlokaliseringar och multiplicera med 2

Fråga 6 & 7 – poängsätt de kryssade rutorna från 1 till 10, där 1 är den översta rutan från vänster och 10 den nedersta rutan till höger

Fråga 8–11, 13–15, 18–20 – poängen är siffran som blivit vald

Fråga 12, 16, 17, 21–25 – poängen är 10 minus den siffra som valts

Skriv poängen för varje fråga i den skuggade rutan till höger (fråga 5–25). Summerapoängen och skriv summan i avsedd ruta sista i formuläret.

- Total poäng under 90 indikerar en låg risk för långvariga funktionsnedsättande problem.
- Total poäng mellan 90 och 105 indikerar en moderat risk för långvarig funktionsnedsättande problem.
- Total poäng på 106 poäng eller mer indikerar en hög risk för långvariga funktionsnedsättande problem.

Hög risk betyder att risken finns att utveckla långvariga besvär, då man uppgivit problem inom flera områden, som man idag vet utgör riskfaktorer för långvariga besvär. Hög risk betyder dock inte att personen med all säkerhet kommer att få långvariga besvär. Det är viktigt att beskriva detta på ett nyanserat sätt för personen.

Om patienten har låg poäng ge feedback att patienten verkar kunna hantera sina besvär bra (ge gärna konkreta exempel ur formuläret). Det är också av vikt att beröra de frågor som patienten eventuellt skattat högt på även om totalpoängen är låg. Om patienten exempelvis har höga poäng på de arbetsrelaterade frågorna bör detta utredas ytterligare

Bilaga 2.

Lathund för frågor om arbete och möjligheter till arbetsanpassningar

Session	Mål	Metod	Exempel på frågor/kommentarer
1 (uppstart)	Bedöm klientens anknytning till arbetslivet.	Inkluderas som en del av uppstartsmötet.	<ul style="list-style-type: none">– Berätta för mig om ditt arbete?– Hur länge har du arbetat där?– Hur är det att arbeta där?– Hur reagerade arbetsplatsen på dina besvär?
2	Bedöm de fysiska arbetskraven ur klientens perspektiv.	Självifyllande frågeformulär.	<ul style="list-style-type: none">– Utför du repetitiva arbetsuppgifter?– Utför du tungt fysiskt arbete?– Kräver ditt jobb statiska arbetsställningar?– Hanterar du fordon eller maskiner?
3	Identifiera de viktigaste arbetsrelaterade och funktionella utmaningarna.	Inkluderas under ledarledd träningstillfälle.	<ul style="list-style-type: none">– Vilka arbetsuppgifter kommer bli svårast för dig att återuppta?– Är du bekymrad att besvärerna ska återkomma?– Vilka aktiviteter och kroppsställningar är mest smärtsamma?– Vilka arbetsuppgifter behöver förändras?
4	Bedöm klientens upplevelse av organisatoriskt stöd och spelrum.	Inkluderas under ledarledd träningstillfälle.	<ul style="list-style-type: none">– Hur flexibelt är ditt arbete?– Kan du påverka sättet du arbetar på?– Kommer du att få hjälp från andra?– Kommer din närmsta chef att hjälpa dig?
5	Tänk på och fundera ut möjliga förändringar som kan göras på arbetsplatsen.	Inkluderas under träff vid simuleringen av arbetsuppgifter.	<ul style="list-style-type: none">– Kan du förändra din arbetstid och dina arbetspass?– Kan kraven/förväntningarna på ditt arbete och produktivitet förändras?– Kan du ordna tillfällig hjälp?– Kan du förändra dina arbetsuppgifter eller din arbetsstation?
6 (avslutning)	Stärk klientens förmåga att hantera kvarstående symptom och planera för återgång till arbete.	Inkluderas vid avslutningsmöte och dokumenteras skriftligt.	<ul style="list-style-type: none">– beskriv din arbetsmiljö– lista dina bekymmer på arbetsplatsen– lista vad en arbetsanpassning kan fokusera på– beskriv graden av stöd på arbetsplatsen (hög/medel/låg)– kan en samordning av insatserna för återgång till arbetsplatsen bli nödvändig... (ja/nej)

Källa: Shaw WS, Main CJ, Johnston V. *Addressing occupational factors in the management of low back pain: implications for physical therapist practice.* Phys Ther. 2011 May;91(5):777-89.

Svensk översättning av Företagshälsans riktlinjegrupp, Karolinska institutet, 2013

Bilaga 3.

Underlag för inbjudan till närmaste chef/arbetsgivare

Information och kontakt

Informationen till närmaste chef/arbetsgivare kan ges muntligt eller skriftligt utformat utifrån de individuella företagshälsornas förutsättningar.

Exempel på textformulering

En av dina medarbetare har haft kontakt med oss på grund av ryggbesvär. Vår bedömning är att vi kan erbjuda hjälp i detta. Vi behöver därför också kontakt med dig som närmaste chef. Första steget är att vi har ett gemensamt planeringsmöte där du, medarbetaren och xxxxx från Företagshälsan deltar. Syftet med mötet är att göra en problemanalys utifrån arbetets krav och arbetsförmåga för att kunna göra en handlingsplan för att återupprätta arbetsförmågan. Tacksam för kontakt snarast för en planering av mötestid. Du når mig bäst på (tel, tid, mail).

Företagshälsans namn, kontaktperson adress, tel.nr.

Bilaga 4.

Exempel på information till individen om hur ryggbesvär kan påverka vardagslivet

Det här är lite information om hur långvarig smärta kan påverka och förändra livssituationen.

Frågan som många med ihållande smärta ställer sig är hur man kan leva med smärtan när den:

- berövar sömnen,
- tär på krafterna,
- tar fram det dåliga humöret, hopplösheten och nedstämdheten,
- hindrar individen att göra det han/hon trivs med,
- skapar ett beroende av mediciner,
- gör så att tankarna bara kretsar kring smärtan och det man inte kan.

Smärta anses vanligen vara en varningssignal, ett symtom på en bakomliggande sjukdom som måste behandlas. Detta är sant när det gäller akut smärta som uppträder vid exempelvis blindtarmsinflammation eller kärlekskramp, men hur förhåller det sig med långvarig smärta som håller i sig långt efter att den tjänat sitt syfte? Det är lätt att man efter en tid med smärta som inte verkar gå över börjar betrakta sig själv som invalid eller i varje fall kroniskt arbetsförmögen. Det är svårt att fortsätta arbeta som förr och den ekonomisk ersättning man får i form av exempelvis sjukersättning, vilket bara delvis kompenserar inkomstbortfallet, kan leda till en förskjutning i familjens inbördes förhållande.

När en av inkomsttagarna inte längre kan bidra till ekonomin lika bra som förut, inte kan hjälpa till med hushållsarbete och blir mer och mer tillbakadragen, då förskjuts tyngdpunkten i familjen bort från den smärtdrabbade och till de familjemedlemmar som är mera aktiva och engagerade. Den värkdrabbade kan då känna sig mindre betydelsefull. De andra familjemedlemmarna tycker synd om den som har ont, känner sig frustrerade och skuldmedvetna för att de inte kan hjälpa till att lindra smärtan, samt kan i hemlighet vara, knappt så de förs erkänna det för sig själva, lite förbittrade över att de får mer att göra.

Vissa familjer blir kvar i detta påfrestande och spänningsfyllda tillstånd. I andra familjer börjar patienten förlora sin ställning och utan att inse det

tyrannisera familjen. Detta kan ske direkt, genom retlighet och vredesutbrott, eller indirekt genom att den smärtdrabbade manipulerar andra att utträtta saker han eller hon skulle kunna göra själv. Dessa manipulationer är möjliga bland annat på grund av skuldkänslor hos familjemedlemmar som inte kan hjälpa den lidande och är förbittrade över dennes oförmåga. Det är som sagt mycket plågsamt att se någon man tycker om ha ont och ännu värre att man inte kan göra något åt det. Den naturliga impulsen är att försöka lindra smärtan eller i alla fall ge tröst.

Dina närstående kan känna sig frustrerade och hjälplösa när de inget kan göra och inget tycks hjälpa. När smärta och lidande varat i månader, eller till och med år, känner närstående sig nästan lika trötta och slitna som den som lider av smärtan. Ni har kanske gått från läkare till läkare, tillbringat timmar i väntrum, kanske åkt till akuten mitt i natten samt spenderat massor av pengar på dyra mediciner som ändå inte hjälpt. Förr eller senare börjar varje människa som lider av långvarig smärta att undra om han eller hon ”inbillar” sig smärtan eller utlöser den på psykisk väg. Dessa funderingar väcks eftersom smärtan håller i sig så länge och ingen har ställt någon diagnos eller erbjudit effektiv behandling. Det är viktigt för dig att veta att smärtan så gott som alltid har en reell fysisk grund men att den påverkas av både fysiska och psykiska faktorer.

Många människor med värkbesvär möter misstroende från sin omgivning. Det är mycket svårt att sätta sig in i hur det är att leva med värk dag ut och dag in. Värkintensiteten varierar oftast över timmar och dagar. En vanlig dygnsvariation är mindre ont på morgonen och ökade besvär framåt kvällen. Dessutom är det vanligt att värken är olika svår från dag till dag. Ena dagen kanske du kan diska, bädda sängen och till och med städa, nästa dag klarar du ingenting av hushållsarbetet. Det är just dessa variationer, tillsammans med att värken inte syns (som ett ärr eller gips) som skapar misstroende.

Som anhörig och arbetsbelastad blir man ofta trött och bitter. Som värkdrabbad individ blir man också trött och bitter. Båda tänker kanske ”varför kan han/hon inte förstå min situation”.

Som anhörig börjar du med tiden undra hur du ska bete dig.

- Bör du ge all hjälp och stöd du kan?
- Bör du visa medkänsla och kärleksfull omvårdnad eller är det att uppmuntra smärtan?
- Bör du ignorera smärtan och kräva att personen ska bete sig normalt eller är det att vara hård och oförstående?

Det är helt i sin ordning att visa medkänsla och omsorg till en människa som besväras av värk. Men när månaderna går och smärtan blir kronisk måste relationerna återgå till det normala. Krisen är över och det är dags att plocka upp de bitar som finns och gå vidare.

Att fastna i ett mönster där det mesta kretsar kring värk, handikapp och den värkdrabbade individen kan vara mycket förgörande för relationen och livsglädjen.

Det är viktigt att ni tillsammans försöker förändra ert sätt att leva på ett positivt sätt. Hitta det som du kan göra, istället för att tala om, till och med ibland bråka om, det som du inte kan göra.

Att besväras av värk påverkar funktionsförmågan på många sätt. Fysiskt blir man mindre rörlig och orkar mindre. Psykiskt blir man nedstämd, trött, irriterad och orolig. Detta gör att man som värkdrabbad individ oftast känner sig tvungen att upphöra med en mängd olika saker, både vad gäller arbete och fritid. Självförtroendet försämras när man inte längre är den glada, starka och duktiga människa man tidigare var.

Att leva med värk innebär en förlust både för den värkdrabbade och dennes anhöriga. Sorgereaktioner över förlusten av den livsstil som varit är naturlig och tar sig ofta uttryck i nedstämdhet och uppgivenhet. Om jag exempelvis delvis förlorar min förmåga att spela golf eller handarbete reagerar jag oftast med att upphöra helt med detta intresse, istället för att göra det lilla jag just nu kan.

Det är svårt att acceptera alternativa aktiviteter eller ett annat sätt att utföra aktiviteter på än det sätt man är van med sedan långt tillbaka.

Att upphöra med aktiviteter och intressen innebär att det blir ett stort tomrum. Viktigt är att inte låta detta tomrum kvarstå eller växa. Fyll detta tomrum med andra intressen och aktiviteter.

Det är ditt ansvar att återskapa ett meningsfullt

liv, med hjälp och stöd från omgivningen. Trots att värken innebär mycket lidande för dig kan heller inte omgivningen ”tvinga” fram engagemang och aktivitet genom tjat och bråk.

Det är endast genom att förändra sitt eget beteende som man kan påverka en annan människas beteende.

Kräv både av dig själv och din familj att ni ska försöka förstå varandra. Pröva att sätta er in i varandras situation och försök förstå att vid långvariga värkbesvär är det inte bara den med värk som påverkas utan också de i den närmaste omgivningen.

Bilaga 5.

Översikt av evidensbaserade åtgärder – internationella riktlinjerna rekommenderar

Det finns idag ett starkt vetenskapligt stöd för breda och samordnade åtgärder med en kombination av psykologiska insatser, fysisk träning och med tydlig profil mot arbetssituationen. Denna insats leder till minskad smärta, att fler återgår i arbete och kortare sjukskrivningstid. Vid akut ryggsmärta finns det starka vetenskapliga belägg för följande: **1.** fortsatta, normala aktiviteter leder till snabbare tillfrisknande **2.** antiinflammatoriska och muskelavslappande läkemedel ger effektiv smärtlindring **3.** passiv vila (sängläge) är inte effektivt.

Tabellen ger en översikt av de åtgärder internationella riktlinjerna rekommenderar sammanfattat i Rehabiliteringsrådets slutbetänkande 2011. I tabellen nedan används begreppen subakuta och kroniska besvär. Med subakuta besvär avses besvär som varat 6–12 veckor och med kroniska/långvariga besvär avses besvär som varat längre än tre månader.

Rekommenderade åtgärder vid ländryggsbesvär

	Rygg subakut		Rygg kronisk	
	Riktlinje	Review	Riktlinje	Review
Info/råd om egen vård	(1-6)	(7-10)	(3, 5, 11)	(7)
Vara aktiv, återgå till aktiviteter	(1-6)	(7-10)		
Återgå tidigt i arbete	(1, 3-6)	(8, 10)		
Undvik sängvila	(3, 5)	(6, 10)	(1, 3, 4)	(7, 9, 10)
Tidiga arbetsplats-åtgärder	(3, 4)	(8, 12)		
Fysisk träning	(1, 2, 5, 6)	(10)	(1, 5, 11)	(7, 9, 10, 13)
– handledd	(1)		(11)	(10)
– grupp	(2)		(1, 11)	
Manuell terapi	(1-6)	(7, 9, 10)	(3, 11)	(7, 9, 10, 13)
Massage		(9)	(1, 3)	(7)
Akupunktur	(2)		(1)	(7, 9, 13)
Avspänning				(7)
Yoga				(7, 13)
Ryggskola			(9)	
KBT principer			(1, 11)	(7, 9, 10, 13)
Multidisciplinär rehabilitering	(1-4, 6)	(12, 13)	(1, 3, 5, 11)	(7, 9, 10, 13)

Referenser till tabellen

1) Airaksinen O, et al., 2006. 2) Alberta Clinical Practice Guidelines Program, 2009 3) Negrini, S., et al., 2006. 4) New Zealand Guideline Group.2004. 5) The Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI),. 2008. 6) Chou, R., et al., 2007. 7) Dagenais, S., A.C. Tricco, and S. Haldeman, 2010. 8) Van Tulder, M., et al., 2006. 9) National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009. 10) Koes, B.W., et al, 2010. 13) Holm L.,2010

Bilaga 6.

Arbetsmaterial för gemensam åtgärdsplanering

Åtgärdsplanering – träning/fritid

NAMN:

DATUM:

ADRESS:

E-post:

TEL. NR:

:

PERSONNUMMER:

Mål:

Delmål:

Vad	Plats	Tidpunkt	Hur ofta

Problem som kan göra att jag inte tränar: ex hitta träningslokal, barnpassning

Lösningar:

Hur hanterar jag smärtan på fritiden eller vid träning?

Vilka positiva effekter har jag av att vara aktiv på fritiden och träna?

Mål:

Ex: Arbeta som administratör och klara av jobbet trots smärta.

Delmål:

Ex: 1) sköta träning med hjälp av sjukgymnast
2) arbetspröva på kontor

Första steget

Vad	Plats	Tidpunkt	Hur ofta

Andra steget

Vad	Plats	Tidpunkt	Hur ofta

Tredje steget

Vad	Plats	Tidpunkt	Hur ofta

Problem som kan göra att jag inte följer planen:

Lösningar:

Jag har tagit kontakt med följande personer för att planeringen skall fungera:

Smärthantering vid arbete/aktivitet

Hur hanterar jag smärta vid arbete? – avslappning, minipaus, arbeta lugnt och sakta, arbetsställning.

Vad är rimliga krav? – arbeta 2 timmar om dagen, men arbeta lugnt och ta pauser.

Vad är rätt arbetstempo? – arbeta lugnt och sakta.

Hur ofta gör jag minipaus? – var tionde minut.

När skall jag variera arbetsställning/teknik? – när jag är spänd i nacken, alternativt efter 10 min

Vilka hjälpmedel, åtgärder behövs på arbetsplatsen? – höj och sänkbart bord

Vilka positiva effekter har jag av att arbeta eller vara aktiv?

Uppföljning – vem hjälper och stöttar mig

Vem

NAMN:

ADRESS:

E-post:

Förändring mål

1.

2.

3.

4.

Bilaga 7.

Underlag för riskbedömning av arbetsplatsen vid generell problematik

Vid utredning och åtgärder för ländryggbesvär är det väsentligt att eventuella arbetsrelaterade orsaker identifieras om möjligt, så att besvärerna inte förvärras och eventuellt även drabbar andra arbetstagare. En riskbedömning bör/ska göras för arbetstagarens arbete/arbetsmoment.

Är besvärerna helt eller delvis orsakade av förhållanden på arbetsplatsen har arbetsgivaren en skyldighet att agera. Arbetsmiljölagen 3 kap. 3 § att anpassa arbetet till arbetstagarens förutsättningar.

AFS 2001:1, Systematiskt arbetsmiljöarbete, med ändringar t.o.m. 2008-09-30 9, 10 §§.

AFS 2012:2 Belastningsergonomi.

För att få en bättre bakgrund av ländryggsproblemen och utreda eventuell koppling mellan besvärerna och arbetsplatsen bör följande steg tas:

Kan man **helt utesluta** att ryggsproblemen direkt eller indirekt har uppkommit av arbetet, eller kommer att påverka arbetet?



Finns det en riskbedömning gjord för detta arbete eller arbetsmoment?

Ja

Kan FHV få ta del av riskbedömningen som ett underlag vid ryggsbesvär hos personen?

Hur och med vilken metod är riskinventeringen gjord?

Nej

En riskinventering bör/ska göras för arbetstagarens arbete/arbetsmoment. Metod t.ex. QEC eller VIDAR.

Är det flera arbetstagare som arbetar med samma arbete/arbetsmoment, som kan löpa risk att få ryggsproblem?

Ja

Förebyggande åtgärder bör initieras.

Finns det andra arbetsplatser med liknande arbete/arbetsmoment där det finns risk för ryggsproblem?

Ja

Förebyggande åtgärder bör initieras.

Nej

Nej

Bilaga 8. Checklista för implementeringsstöd

KRITERIER FÖR IMPLEMENTERING – EN CHECKLISTA

Det finns lokalt definierade behov Ja Nej Vet inte
Behov _____

Den föreslagna metoden kan möta behoven Ja Nej Vet inte
Metod _____

Metoden är:

- Relevant Ja Nej Vet inte
- Bättre än nuvarande metoder Ja Nej Vet inte
- Effektiv (evidensbaserad) Ja Nej Vet inte
- Kostnadseffektiv Ja Nej Vet inte
- Förenlig med rådande värderingar och attityder Ja Nej Vet inte
- Lätt att använda Ja Nej Vet inte
- Möjlig att testa i liten skala Ja Nej Vet inte
- Möjlig att anpassa till lokala förhållanden utan att förändra de centrala komponenterna Ja Nej Vet inte

- Eventuella risker med metoden kan hanteras Ja Nej Vet inte

- Resultaten av metoden går snabbt att observera Ja Nej Vet inte

- Kunskap om metoden kan generaliseras till andra områden Ja Nej Vet inte

- Användarna har involverats i tidigt skede Ja Nej Vet inte

- Alla berörda har kunskap om metoden och tillgång till fortlöpande stöd i det dagliga arbetet Ja Nej Vet inte

- Det finns resurser i form av pengar och personal Ja Nej Vet inte

- Det finns en adekvat och långsiktig budget Ja Nej Vet inte

- Det finns system för uppföljning och feedback Ja Nej Vet inte

- Det finns en planering för överlämnande till ordinarie verksamhet Ja Nej Vet inte
- Metodkomponenterna är definierade Ja Nej Vet inte

Metoden utgörs av:

- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____

Förväntade effekter:

- _____
- _____
- _____

Implementeringskomponenterna är definierade Ja Nej Vet inte

Flera olika implementeringsinsatser kombineras
(t.ex. information, utbildning, praktisk träning,
Coaching, återkoppling och möjlighet till konsultation) Ja Nej Vet inte

Implementeringen utgörs av:

- _____
- _____
- _____
- _____

Förväntade effekter:

Från Guldbrandsen K. Från Nyhet till Vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst.
Checklistan får kopieras och användas fritt.

Referenser

Airaksinen, O., Brox, J.I., et al. (2006). "Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain". *Eur Spine J* 15 Suppl 2: S192–300.

Alberta Clinical Practice Guidelines Program (2009). Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. Toward optimized practice program. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research and Alberta Health Services – Calgary Health Region, Editor Institute of Health Economics: Alberta. s. 1–21.

Büssing, A., Ostermann, T., Lütke, R., Michalsen, A. (2012). "Effects of yoga interventions on pain and pain-associated disability: a meta-analysis". *J Pain*. Jan;13 (1): 1–9.

Borritz, M. (2006). Burnout in human service work – causes and consequences. National institute of occupational health. Köpenhamn.

Burton, A. K., Müller, G., Cardon, G., et al. (2004). European guidelines for prevention of low back pain. Brussels: COST Action B13 Working Group on Guidelines for Prevention in Low Back Pain.

Burton, A., Balague, K.F., et al. (2006). "Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004". *Eur Spine J* 15 Suppl 2: S136–168.

Carpenter, W. R., Meyer A.M., et al. 2012). "Translating research into practice: the role of provider-based research networks in the diffusion of an evidence-based colon cancer treatment innovation". *Med Care* 50(8): 737–748.

Chou, R. and L. H. Huffman (2007). "Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline". *Ann Intern Med* 147 (7): 492–504.

Chou, R., Qaseem, A., et al. (2007). "Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society." *Ann Intern Med* 147(7): 478-491.

Chuang, L.H., Soares, M.O., et al. (2012). "A pragmatic multicentered randomized controlled trial of yoga for chronic low back pain: economic evaluation". *Spine (Phila Pa 1976)*. Aug 15;37 (18):1593–601.

Clausen, T., Christensen, K.B., et al. (2010). "Positive work-related states and long-term sickness absence: a study of register-based outcomes". *Scand J Public Health* 38(3 Suppl): 51–58.

Clemes, S. A., Haslam, C.O., et al. (2010). "What constitutes effective manual handling training? A systematic review." *Occupational Medicine-Oxford* 60 (2): 101–107.

Coggon, D., Ntani, G., et al. (2013). "Disabling musculoskeletal pain in working populations: Is it the job, the person, or the culture?" *Pain* 154 (6): 856–863.

Costa-Black, K., Loisel, M.P., et al. (2010). "Back pain and work". *Best Pract Res Clin Rheumatol* 24 (2): 227-240.

Cramer, H., Lauche, R., et al. (2013). "A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain". *Clin J Pain* 29 (5): 450–460.

Dagenais, S., Tricco, A.C., et al. (2010). "Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines". *Spine J* 10 (6): 514–529.

Fairbank, J., Couper, J., C., et al. (1980). "The Oswestry low back pain disability questionnaire". *Physiotherapy* 66 (8): 271–273.

Forsman, M., Stridqvist, J., et al. (2006). A checklist extension of VIDAR – a participative video-based method for ergonomic evaluation. The 16th World Congress on Ergonomics IEAm, July 10–14, Maastricht the Netherlands.

Grimshaw, J., McAuley, L.M., et al. (2003). "Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes". *Qual Saf Health Care* 12 (4): 298–303.

Guzman, J., Haldeman, S., et al. (2008). "Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task

- Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations". *Spine (Phila Pa 1976)* 33 (4 Suppl): 199–213.
- Haldorsen, E. M., Grasdahl, H., A. L. et al. (2002). "Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain". *Pain* 95 (1–2): 49–63.
- Holm, L. et al. (2010). Återgång i arbetet efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskaps-sammansättning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet. Göteborg, Göteborgs universitet.
- Horn, K., Jennings, K., S. et al. (2012). "The patient-specific functional scale: psychometrics, clinimetrics, and application as a clinical outcome measure". *J Orthop Sports Phys Ther* 42 (1): 30–42.
- Horneij, E., Holmström, E., et al. (2002). "Inter-rater reliability and between-days repeatability of eight physical performance tests". *Advances in physiotherapy* 4: 146–160. PILE-test.
- Jansson, K. Å. (2005). On lumbar spinal stenosis and disc herniation surgery. Institutionen för kirurgisk vetenskap. Stockholm, Karolinska institutet.
- Jensen, I.B. et al. (2012). Manual för arbetslivsriktad multimodal rehabilitering (MMR) vid icke-specifika rygg- och nackbesvär. Rapport Karolinska Institutet, Stockholm
- Jensen, L. D., Maribo, T., et al. (2012). "Counselling low-back-pain patients in secondary healthcare: a randomised trial addressing experienced workplace barriers and physical activity". *Occup Environ Med* 69 (1): 21–28.
- Kadefors, R. and Forsman, M (2000). "Ergonomic evaluation of complex work: a participative approach employing video-computer interaction, exemplified in a study of order picking". *InternJ Indust Ergonomics* 25 (4): 435–445.
- Koes, B. W., van Tulder, M., et al. (2010). "An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care". *Eur Spine J* 19 (12): 2075–2094.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., et al. (2005). "The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment". *Scand J Work Environ Health* 31 (6): 438–449.
- Kuczynski, J., Schwieterman, J.B., et al. (2012). "Effectiveness of physical therapist administered spinal manipulation for the treatment of low back pain: a systematic review of the literature". *Int J Sports Phys Ther* 7 (6): 647–662.
- Kuijpers, T., van Middelkoop, M., et al. (2011). "A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain". *Eur Spine J* 20 (1): 40–50.
- Lam, M., Curry, P., et al. (2013). "The Effectiveness of Acupuncture for Non-Specific Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Spine (Phila Pa 1976)*.
- Murphy, S., Blake, C., et al. (2013). "The role of clinical specialist Physiotherapists in the management of low back pain in a Spinal Triage Clinic". *Ir J Med Sci* 182 (4): 643–650.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009) Managing long-term sickness absence for work. London. s. 1–88.
- National institute for health and clinical excellence (NICE) (2009). Early management of persistent non-specific low back pain. Quick reference guide. NICE clinical guideline 88.
- National institute for health and clinical excellence (NICE) (2009). Review of clinical guideline (CG88) – Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain: 1–25 National collaborating centre: National clinical guidelines centre (formally national collaborating centre for primary care).
- Negrini, S., Giovannoni, S., et al. (2006). "Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines". *Eura Medicophys* 42 (2): 151–170.
- New Zealand Guideline Group (2004), New Zealand Acute Low Back Pain Guide Incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain. Wellington, New Zealand. s. 1–68.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T.S., et al. (2010). "The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire". *Scand J Public Health* 38 (3 Suppl): 8–24.

- Pengel, L. H., Refshauge, K.M., et al. (2004). "Responsiveness of pain, disability, and physical impairment outcomes in patients with low back pain". *Spine (Phila Pa 1976)* 29 (8): 879–883.
- Rivilis, I., Van Eerd, D., et al. (2008). "Effectiveness of participatory ergonomic interventions on health outcomes: a systematic review". *Appl Ergon* 39 (3): 342–358.
- Roland, M. and Fairbank, J. (2000). "The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire". *Spine (Phila Pa 1976)* 25 (24): 3115–3124.
- Rubinstein, S. M., van Middelkoop, M., et al. (2010). "A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain". *Eur Spine J* 19 (8): 1213–1228.
- Rugulies, R., Aust, B., et al. (2010). "Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark?" *Scand J Public Health* 38: 42–50.
- SBU (1991). *Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling*. Stockholm, SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2003). *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis*. Stockholm, SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2006). *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm, SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2010). *Rehabilitering vid långvarig smärta*. Stockholm, SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2013). *Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm, SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Shaw, W., Hong, Q.N., et al. (2008). "A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability". *J Occup Rehabil* 18 (1): 2–15.
- Shaw, W. S., Main, C-J., et al. (2011). "Addressing occupational factors in the management of low back pain: implications for physical therapist practice". *Phys Ther* 91 (5): 777–789.
- Shaw, W. S., van der Windt, D.A., et al. (2009). "Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability". *J Occup Rehabil* 19(1): 64–80.
- SOU (2009), *God Arbetsmiljö – en framgångsfaktor? En skrift från arbetsmiljöpolitiska kunskapsrådet.*, SOU 2009;47: Stockholm.
- SOU (2009) *Inkluderande arbetsliv – en skrift från arbetsmiljöpolitiska kunskapsrådet.*, SOU 2009;93: Stockholm
- SOU (2010) *Delbetänkande av Rehabiliteringsrådet*. SOU 2010:58. Stockholm.
- SOU (2011). *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*. SOU 2011:15. Stockholm.
- SOU (2013) *Åtgärder för ett längre arbetsliv. Slutbetänkande av pensionsåldersutredningen*. SOU 2013:25. Stockholm
- Staal, J. Hlobil, B.H., et al. (2003). "Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison". *Occup Environ Med* 60 (9): 618–626.
- Takala, E. P., Pehkonen, I., et al. (2010). "Systematic evaluation of observational methods assessing biomechanical exposures at work". *Scand J Work Environ Health* 36 (1): 3–24.
- The Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2008): *Guideline for adult low back pain*. In. Bloomington, USA; 1–67.
- Tompa, E., Dolinschi, R., et al. (2013). "Economic evaluation of a participatory ergonomics intervention in a textile plant". *Appl Ergon* 44 (3): 480–487.
- Valjakka, A. L., Salanterä, S., et al. (2013). "The association between physicians' attitude to psychosocial aspects of low back pain and reported clinical behaviour: A complex issue." *Scand J Pain* 4: 25–30.
- Walsh, L., Menzies, D., et al. (2008). "Do occupational health assessments match guidelines for low back pain?" *Occupational Medicine-Oxford* 58 (7): 485–489.
- van Tulder, M., Becker, A., et al. (2006). "Chapter 3. "European

guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care". *Eur Spine J* 15 Suppl 2: S169–191.

van Tulder, M., Kovacs, F., et al. (2006). "COST B13: "European guidelines for the management of low back pain". *Eur Spine J*: Supplement 2.

Waterschoot, F. P., Dijkstra, P.U., et al. (2013). "Dose or content? Effectiveness of Pain Rehabilitation Programs for patients

with chronic low back pain. A systematic review". *Pain*. Oct 14. pii: S0304-3959(13)00545-9

Wren A. A, Wright M. A., et al. (2011). "Yoga for persistent pain: new findings and directions for an ancient practice". *Pain*. Mar; 152 (3):477–80.

Länkar till internationella riktlinjer

www.backpaineurope.org/web/files/WG3_Guidelines.pdf

www.nice.org.uk/CG88

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Arbetets-betydelse-for-uppkomst-av-besvar-och-sjukdomar-Nacken-och-ovre-rorelseapparaten/>

Enheten för interventions- och implementeringsforskning
Institutet för miljömedicin (IMM)
Karolinska Institutet
www.ki.se/imm/iir