

SAMMANFATTNING

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 ryggbesvär och fysiska och psykosociala faktorer i arbetsmiljön. Det finns också vetenskapligt stöd för att tidigt i processen involvera arbetsgivaren när en medarbetare drabbas av ryggbesvär. Företagshälsan i Sverige har en unik möjlighet att stödja arbetsgivare och anställda i det arbetsplatsnära hälsoarbetet. Riktlinjerna fokuserar enbart på ländryggsbesvär. De bygger på systematiska sammanställningar av internationella kunskaper samt på internationella riktlinjer som tagits fram huvudsakligen för öppenvården. Dessa riktlinjer, som här presenteras i en förkortad version, ger stöd till personal inom företagshälsor som möter anställda med ryggbesvär. Syftet med denna artikel är att skapa intresse för och att ge en introduktion till de mer omfattande riktlinjerna. När riktlinjerna ska användas i det praktiska arbetet bör den fullständiga versionen, med bland annat fylligare beskrivningar av testmetoder och implementeringsstöd, användas.

Riktlinjerna är framtagna av 15 personer i en multiprofessionell arbetsgrupp ledd av professor Irene Jensen samt forskare Charlotte Wåhlin vid Karolinska Institutet. Kjerstin Stigmar och Stella Ziemelis har med lång erfarenhet från företagshälsovården medverkat som ergonomer i Företagshälsans riktlinjegrupp. Samtliga författare i Riktlinjegruppen presenteras i slutet på denna artikel.

Riktlinjer vid ländryggsbesvär

Evidensbaserade metoder för företagshälsan



IRENE JENSEN

Professor, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet. Forskningsprogrammet för företagshälsovård.

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. 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.

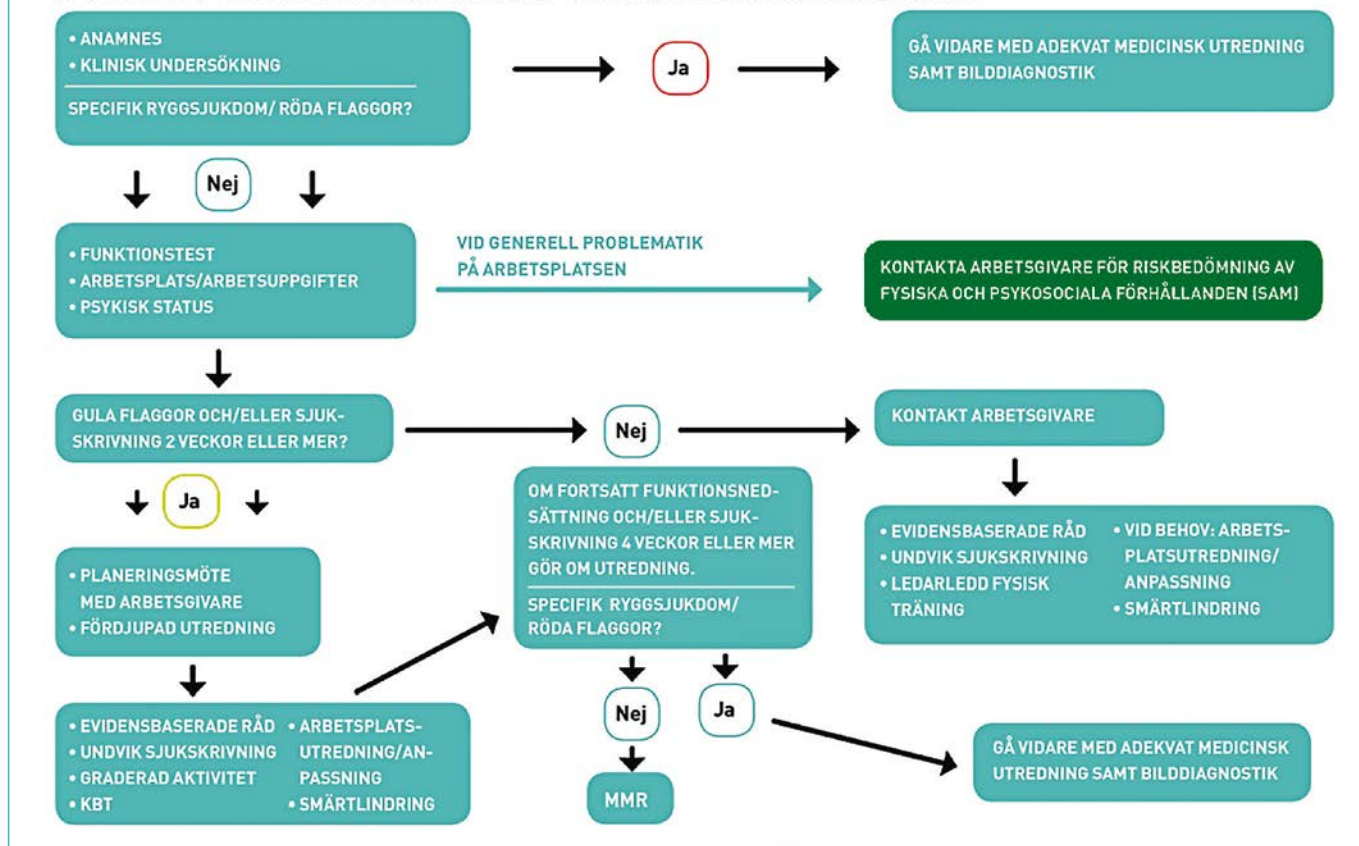
För att betona skillnaden från hälso- och sjukvården kommer företagshälsovården fortsättningsvis kallas företagshälsan i denna skrift. När företagshälsan möter anställda med ländryggsbesvär är utgångspunkten alltid att individens besvär och förmåga hänger samman med arbetsmiljön och arbetsuppgifterna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

Det finns också vetenskapligt stöd för att tidigt i processen involvera arbetsgivaren när en medarbetare drabbas av ryggbesvär. 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 ryggbesvär.

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.

Flödesschema över arbetsprocessen • Strategier vid ländryggsbesvär

IFYLLANDE AV ÖMPSQ SAMT ANDRA SJÄLVRAPPORTERANDE UTREDNINGSTRÄNING



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 anställda.

Mål och syfte med riktlinjerna

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 och vänder sig till personal som är verksam inom företagshälsan.

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 arbets-

uppgifter. 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 ryggsbesvär får besvara frågeformuläret *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire* (ÖMPSQ). Formuläret besvaras helst innan mötet med läkaren/fysioterapeuten så att underlaget kan användas i utredningen och bedömningen. För att effektivt hantera information från frågeformulären rekommenderas att alla formulär som används i utredningskedjan 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



CHARLOTTE WÅHLIN
Med.dr., ergonom/leg.
fysioterapeut, postdoc vid
Enheten för interventions-
och implementerings-
forskning, Institutet för
miljömedicin, Karolinska
Institutet.

”Vanligtvis är bilddiagnostik inte nödvändigt, men vid osäkerhet eller mycket långvarig intensiv smärta kan det vara ett av verktygen vid utredning.”

- gula flaggor). 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) vilka är exempel på ryggspecifika frågeformulär. Man kan komplettera med *Patient-Specifik Funktionell skala* (PSFS) som till skillnad från frågeformulären ODI och RMDQ ger ett strukturerat samtalsunderlag om vilka aktiviteter som individen har problem med att utföra i sitt vardags- och arbetsliv.

Medicinsk utredning och funktionsbedömning

Enligt flertalet internationella riktlinjer för utredning och åtgärder vid ländryggsbesvär bör den medicinska bedömningen och funktionsbedömningen omfatta följande: 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 denna medicinska/funktionella bedömning 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 ryggsjukdom 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
- Drogmissbruk, HIV
- Allmänt nedsatt
- Långvarig hosta
- Uttalad morgonstelhet
- Gradvis insättande sjukdom före 45 års ålder
- Ihållande rörelseinskränkning
- Svullna perifera leder
- Irit, psoriasis, kolit, utsöndring urinrör
- Ärftlighet
- Ridbyxeanestesi
- Svårighet att urinera
- Förlust av tonus i analsfincker
- Utbredd motorisk svaghet
- Osteoporos, anamnes tidigare frakturer
- Trauma
- Steroidbehandling
- Strukturell deformitet – exempelvis minskad längd, asymmetri, nyttillkommen 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 avvikande 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 ryggskada eller annan sjukdom föreligger. Cirka 80 procent av befolkningen 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 ländryggsbesvär 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 här inte är något sådant genom att säga "Då kan jag lugna dig med att det är det inte", eller "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 inte är cancer, hjärtsjukdom eller någon annan svår sjukdom
- aktivitet trots smärta förbättrar prognos.

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.

Klinisk undersökning

Den kliniska undersökningen ska utesluta specifik ryggskada, 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, huktittande). 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 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.

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).

Bedömning av arbetsplatsen och arbetsuppgifter

Vid första besöket förs en diskussion med den



- anställde 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 i riktlinjerna 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 arbetsförhållanden.

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. Efter den initiala utredningen rekommenderas att bjuda in närmaste chef till planeringssamtal tillsammans med anställda och ansvariga på företagshälsan (se bilaga 3 i riktlinjerna 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 huruvida fler på arbetsplatsen har liknande besvär tas upp för att identifiera eventuell generell arbetsmiljöproblematik. Mötet avslutas med en gemensam plan för åtgärder. Planeringsträffar med närmaste chef bör genomföras regelbundet vid arbetsoförmåga.

Åtgärder vid ländryggsbesvär

Här 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 i riktlinjerna 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 att det inte handlar om någon allvarlig sjukdom. (Läs mer under Medicinsk utredning och funktionsbedömning). Förklara betydelsen av att hålla sig aktiv – både fysiskt och psykiskt.

Tips på formuleringar till patienten:

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

Sjukskrivning bör undvikas då forskning entydigt visar 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. Man kan också lämna ut eventuell skriftlig evidensbaserad information. Avsluta med att försäkra dig om att personen förstått den information han eller hon har fått.

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

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.



”Det gäller att engagera den sjukskrivnes chef och arbetskamrater för att han eller hon ska behålla kontakten med arbetsplatsen och få möjlighet till arbetsanpassningar.”

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 förhållnings-sätt 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 en 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 arbetsplatsens dokumentation från riskbedömningar enligt systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Finns indikationer på att flera på samma arbetsplats har besvär eller utsätts 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).

Precis som vi ovan nämnt är det önskvärt att ha en participatorisk ansats. Två exempel på metoder som bygger på att individen är delaktig är riskbedömningsmetoden *Quick Exposure Check* (QEC) samt *Video- och datorbaserad arbetsanalys* (VIDAR). Några ytterligare observationsmetoder är vetenskapligt säkerställda och lätta att använda. Metoderna har individperspektiv med participatorisk ansats.

- *Plan för identifiering av belastningsfaktorer* (PLIBEL)
- *Washington State Ergonomic checklist/tool* (WSET)
- *Rapid entire body assessment* (REBA)
- *NIOSH lifting equation*

Vibrationer

Helkroppsvibrationer är en känd riskfaktor för ländryggsbesvär som bör riktas speciell uppmärksamhet mot 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 vibrations-exponeringen 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 ►

”För vissa personer som har uttalade besvär från ländryggen räcker det inte med aktiva strategier. De kan även behöva skräddarsydda rehabiliterande interventioner.”

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.

Insatser på arbetsplatsen:

- Återkoppla till närmaste chef och involvera honom eller henne i initialskedet.
- Tips: Formulera gärna en standardiserad skriftlig information och inbjudan till chefen om arbetsförmågeutredning och planering.
- Gå igenom den fysiska arbetsmiljön och eventuella åtgärder enligt participativ metod.
- Arbetsförmågeutredning. Genomför ett gemensamt strukturerat målsamtal med den anställda och närmaste chefen 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 individinriktade.
- Ge evidensbaserad information och/eller utbildning om ryggbesvär och smärta till närmaste chef/arbetsgivaren vid behov.

Rehabiliterande interventioner

För vissa personer som har uttalade besvär från ländryggen räcker det inte med aktiva strategier. De kan även behöva skräddarsydda 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 ländryggsbesvär 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 McKenzie-konceptet 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 besvärperiod, 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. Bland annat vid 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 att minska 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 på 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 besvärerna avtar. Uppföljningen bör ske av den person 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 arbetsoförmågan kvarstår.

Generell problematik på arbetsplatsen

Att en enskild anställd signalerar om ryggbesvär 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).

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 besvärerna 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.

Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) är ytterligare ett vetenskapligt prövat formulär för mätning av den psykosociala arbetsmiljön som bygger på *QPS Nordic*. Information om formuläret finns på www.mah.se/copsoq.

AHA-metoden, *Arbete och Hälsa*, är en metod som kartlägger hälsa och psykosocial arbetsmiljö. Formuläret bygger på *QPS Nordic* men har vidare utvecklats och inkluderar även frågor om hälsa och levnadsvanor. Resultaten från kartläggningen används på både grupp- och individnivå. Information om AHA-metoden finns på www.ahametoden.se.

Utredningen ska minst omfatta:

1. Utredning av eventuell arbetsrelaterad orsak till besvärerna. I de fall där det misstänks skall nedanstående steg tillämpas. Är besvärerna 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.

”För en lyckad implementering av riktlinjerna krävs förändringsbärare och stöd i organisationen samt att evidensbaserade metoder efterfrågas i större utsträckning.”

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

För en lyckad implementering av dessa riktlinjer spelar förberedelser och information en viktig roll. Det är också viktigt att ha en plan för hur implementeringen ska genomföras. Det behövs även en projektgrupp för att utarbeta denna plan samt för att informera om 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 arbetssättet
- representerar yrkeskategorier som berörs av det nya arbetssättet.

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

Några andra framgångsfaktorer för en lyckad implementering är följande:

- Att ledningen vill införa detta – det innebär att de stöder och engagerar sig i införandet.
- Att det finns tid och resurser för utbildning, planerings- och informationsmöten, uppföljning och inköp av nödvändig utrustning med mera.
- Att det finns och skapas förändringsbärare ute på varje enhet som stödjer, inspirerar och talar för genomförandet.


I den fullständiga versionen av riktlinjerna finns ett utförligt avsnitt med kunskapsstöd för implementering. I denna förkortade version vill vi avsluta med att presenteras några råd för en lyckad 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.

Konklusion

Riktlinjerna vid ländryggsbesvär ska säkerställa att anställda och arbetsgivare nås av den senaste vetenskapen. Den består av tre delar; 1) Bedömning av individens hälsa, kapacitet och arbetsförhållanden 2) Åtgärder och fördjupad utredning på arbetsplatsen och anpassningar samt 3) Implementeringsstöd. Syftet med riktlinjerna är att skapa en standardisering och en struktur för kvalitetssäkrade arbetssätt vid utredning och åtgärder för anställda med ländryggsbesvär.

Bedömningen syftar till att få en bild av den anställdes hälsotillstånd, kapacitet och arbets-situation. Utgångspunkten är ett biopsykosocialt synsätt där fysiska, psykiska och sociala aspekter beaktas samt hur den anställdes förmågor överensstämmer med krav i det nuvarande arbetet. Vid utredning och åtgärder behövs ett aktivt samarbete mellan personal inom företagshälsan, den anställde, arbetsgivare och med primärvård och övriga vårdgivare. Åtgärderna baseras på den strukturerade bedömningen där ländryggsbesvären analyseras, resurser och förmågor identifieras. En participativ ansats rekommenderas vilket innebär att den anställde själv deltar aktivt i att identifiera problem och besluta om åtgärder.

Metoder för självhjälp förs fram där åtgärder med starkast evidens är rekommendationer om att personen ska fortsätta vara aktiv samt ta kontroll över och minska personens eventuella rädsla. Att ge information till anställd och arbetsgivare är också delar av de åtgärder som lyfts fram. Anpassningar på arbetsplatsen och ergonomiska åtgärder kan öka den anställdes möjligheter att fortsätta arbeta trots pågående episod av ländryggsbesvär. För en lyckad implementering av riktlinjerna krävs förändringsbärare och stöd i organisationen samt att evidensbaserade metoder efterfrågas i större utsträckning av arbetsmarknadens parter. 

Riktlinjegruppen har bestått av:

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).
Camilla Backlund, arbetsmiljöingenjör, S:t Erikshälsan.

Utvärdering och uppföljning

Lydia Kwak, forskare, Karolinska Institutet.

Dessutom har en stor grupp externa experter och granskare medverkat i framtagandet av riktlinjerna. Samtliga presenteras i riktlinjedokumentet.



De fullständiga riktlinjerna med referenslista, bilagor samt förteckning över alla medverkande experter och granskare finns att ladda ned på www.fhvforskning.se.

Denna artikel finns i pdf-format på www.fysioterapi.se under fliken Forskning