

VÅRDPROGRAM VID HYPERMOBILITETSSYNDROM



**Team för smärta och rörelseapparat, Dagrehab, Avdelning 13
Kliniken för rehabilitering och geriatrik
Västerviks sjukhus
2002**

INNEHÅLL

Inledning	3
Vad är hypermobilitet?	4
Vad är hypermobilitetssyndrom?	4
Medicinsk symtombild	6
Funktionell symtombild	7
Behandlingsteamet	9
Vårdprogrammets syfte och mål	9
Vårdprogrammets ansatser och metodik	9
Arbetsmodell - Patientens väg	11
Grupprogramets innehåll	12
Uppföljning/Utvärdering	12
Teammedlemmarnas specifika insatser	14
Läkarens roll	14
Sjuksköterskans roll	15
Arbetsterapeutens roll	16
Sjukgymnastens roll	17
Sjukgymnast med inriktning mot kroppskännedom/psykosomatik	17
Sjukgymnast med inriktning mot smärta	18
Sjukgymnast med inriktning mot OMT (ortopedisk manuell terapi) ...	18
Kuratorns roll	19
Psykologens roll	20
Resurspersonens roll:	21
Källförteckning	23

INLEDNING

Ordet mobil betyder rörlig och ordet hypermobil betyder således överrörlig. Hypermobilitet kan vara lokal i en eller flera leder eller generaliserad i hela kroppen. Av normalbefolkningen har 4 till 13 procent generell hypermobilitet (1). Det varierar med ålder, kön och folkgrupp.

Att vara hypermobil betyder inte nödvändigtvis att man har problem, tvärtom kan man utnyttja rörelseförmågan till gymnastik och andra sporter.

När man ser ett samband mellan hypermobilitet och till exempel smärta, benämner man det hypermobilitetssyndrom. Det är viktigt för individen att få en förklaring till sina problem och en diagnos.

Hypermobilitetssyndrom debuterar ofta i samband med en fysisk överbelastning eller skada, även psykisk överbelastning kan leda till en debut.

Individen upplever ofta problem i sina vardagliga aktiviteter. Besvären består av smärta i leder och muskler. Trötthet, morgonstelhet och fumlighet är andra exempel på besvär.

Insikten om psykisk reaktion vid smärttillstånd är viktig för individen. Smärtan kan väcka mycket känslor och vi reagerar på olika sätt. Det kan vara förnekande, rädsla, ilska och förtvivlan. Sjukdom och besvär kan ge vittgående konsekvenser för individens situation, både i familjen, i arbetet och i det sociala nätverket.

Ett bra omhändertagande förutsätter således att de psykosociala frågorna behandlas parallellt med de medicinska.

För att individen ska få bästa tänkbara stöd arbetar teamet tillsammans med individen enligt ett vårdprogram som bygger på teamarbete och helhetssyn.

VAD ÄR HYPERMOBILITET?

Hypermobilitet är rörlighet i led/leder över det normala vedertagna rörelseomfånget för en given led.

Everman & Robin 1998,(1) beskriver hypermobilitet som onormalt (abnormalt) ökat ledomfång på grund av ökad elasticitet i ledens bindvävssystem, man diskuterar vad som är den övre delen av normalvariationen och vad som är en avvikelse. Hypermobiliteten kan vara lokal i en eller flera leder eller generaliserad i hela kroppen.

Rörligheten varierar med ålder och kön, kvinnor är rörligare än män. Variation finns i olika folkgrupper. Människor i Afrika, Asien och Mellersta Östern är generellt rörligare jämfört med de i Västeuropa.

Generell hypermobilitet är ett delsymtom vid en del ärftliga bindvävsyndrom som Marfans syndrom, Osteogenesis imperfecta, Ehlers-Danlos syndrom. Även vid Down's syndrom finns hypermobilitet i leder.

Vid Ehlers-Danlos syndrom (EDS) finns olika subgrupper. Förutom hypermobilitet som inte alltid är så uttalad, kan det finnas hudmanifestationer som övertöjbar hud, försämrad sårhäkning och bildning av breda ärr samt ökad blödningsbenägenhet. Det finns svåra fall med extrem ledinstabilitet, spontana hudbristningar eller bristningar av inre kärl och organ (1).

VAD ÄR HYPERMOBILITETSSYNDROM?

Termen hypermobilitetssyndrom myntades av Kirk et al 1967 (1) och har koden M35.7 i DSM IV.

Termen **Hypermobilitetssyndrom** används vid generell hypermobilitet kombinerad med muskuloskelettala besvär, såsom smärta och stelhet.

Diagnoskriterierna för hypermobilitetssyndrom är föreslagna av British Society for Rheumatology, se artikel (2).

Huvudkriterier (Major Criteria) :

- 1) Beighton score, minst 4 poäng av 9 vid aktuell undersökning eller anamnes (normal rörlighet upp till 2 p).
- 2) Ledsmärta mer än tre månader i minst fyra leder.

Underkriterier (Minor criteria):

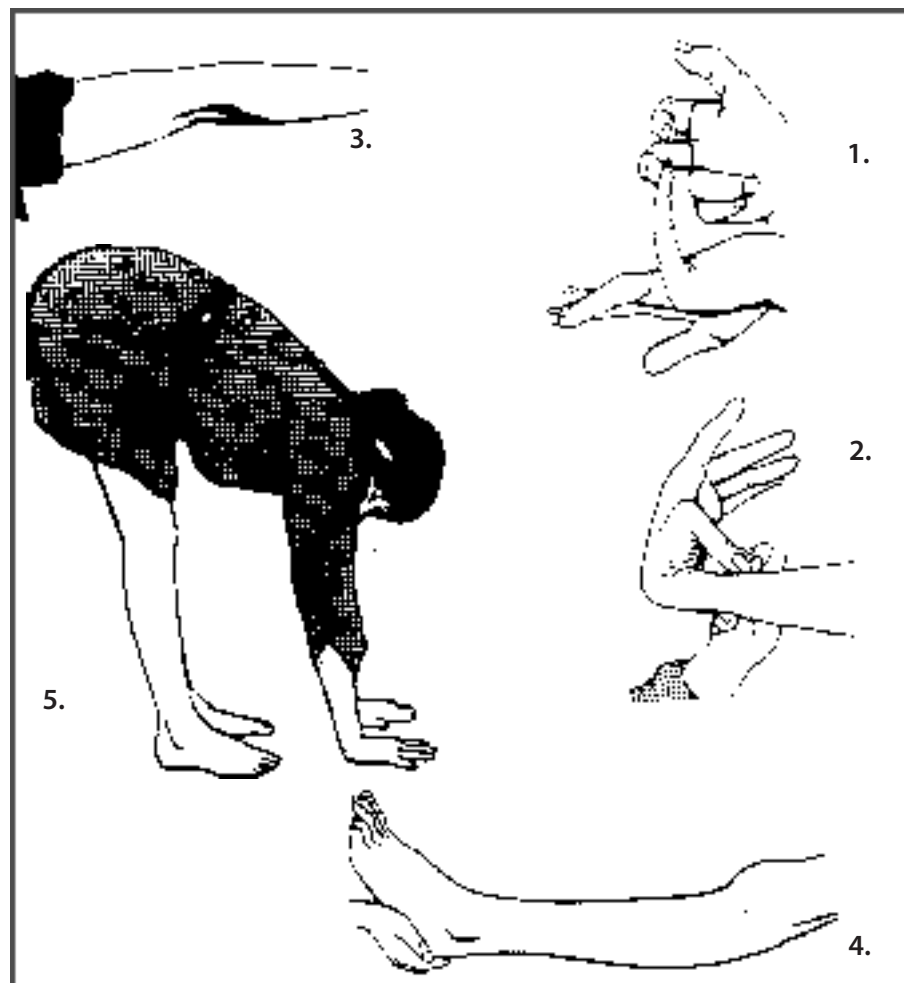
1. Beighton score på 1,2, eller 3 av 9.
2. Ledsmärta i en till tre leder eller ryggsmärta/spondylos/spondylolites.

3. Luxation i mer än en led eller i en led vid fler än ett tillfälle.
4. Tre eller flera subluxation, mjukdelsproblem (ex epicondylit, tenosynovit, bursit).
5. Marfanoid habitus.
6. Hud: striae, övertöjbarhet, breda ärr.
7. Ögon: hängande ögonlock.
8. Åderbråck, bråck, uterus/rectal prolaps.

Hypermobilitetsdiagnos ställs vid två huvudkriterier eller ett huvudkriterium och två delkriterier eller fyra delkriterier (2)

Beighton score

1. Passiv dorsalflexion av lillfingrarna över 90 grader, när handen vilar på ett plant underlag (1+1p).
2. Passiv böjning av tummarna till flexorsidan av underarmarna (1+1p).
3. Hyperextension av armbågarna mer än 10 grader (1+1p).
4. Hyperextension av knäna mer än 10 grader (1+1p).
5. Framåtböjning med raka ben så att händerna lätt vilar på golvet (1p).



MEDICINSK SYMTOMBILD:

1. Artikulära och periartikulära symtom
2. Extra artikulära symtom

Artikulära och periartikulära symtom:

Dessa är ofta belastningsrelaterade och funktionella.

- Arthralgi, myalgi
- Upprepade dislokationer eller subluxationer (framför allt axel, patella)
- Akuta/kroniska traumatiska-/överbelastningsskador (teno/ligamentära)
- Låginflammatorisk arthrit/tenosynovit
- Pes planus
- Chondromalacia patellae
- Ryggsmärta (mjukdelsskada/diskprolaps).
- Arthros (lokaliserad eller generaliserad)
- Kroniskt compartmentsyndrom
- Entrapment av funktionell karaktär.

Extra artikulära symtom:

- *Hud*: Tunn, elastisk, striae och tunna och breda ärr.
- *Ögon*: Ögonlock laxitet, blå sklera
- *Hjärta*: Normala hjärtljud: ingen mitralisklaffprolaps eller aortadilatation (EDS, Marfan syndrom).
- *Skelett*: Stressfraktur, framför allt i metatarsus, kotkropparna/pediklarna, protrusioacetabuli.
- *Marfanoid habitus*: Lång, smal armlängd > kroppslängden, ratio < 0,89, arachnodaktili.
- *Muskelsvaghet*: Bukväggen, bäckenbotten, bråck, rektal- eller uterusprolaps, hiatus hernia.
- *Laxitet i blodkärlsväggen*: Åderbråck, lätt att få blåmärken.
- *Proprioceptiva besvär*: fumlighet, balansrubbning, (höjdräds?) (2).
- *Trötthet*.
- *Smärta*: Smärtan är till en stor del nociceptiv, men neuropatisk och psykogen smärta kan förekomma.

FUNKTIONELL SYMTOMBILD

Vanlig besvärdebut är i 30-40 års åldern men det förekommer även debut av besvär redan i tonåren.

Många har upplevt sig påtagligt viga redan från barndomen. Patienterna kan beskriva instabilitetskänsla, proprioceptiva besvär tidigt i livet. Även upplevelse av stelhet och klumpighet förekommer.

Smärtan debuterar oftast lokalt i perifera leder eller i columna/bäcken, har sedan spridit sig mer generellt i leder och muskler. Ibland ses även en mer generaliserad och komplex smärtbild. Alla har inte ständig grundsmärta, men kan få plötsliga intensiva lokala besvär av inflammatorisk karaktär (t ex tendinit). Svullnadskänsla och morgonstelhet i leder är andra symtom.

Hypermobiliteten kan visa sig i hållningen med t ex utplanade fotvalv och valgus-ställda vrister, översträckta knän, ökad columna-kurvatur, "ytterlägeshållning". Många har istället en påfallande avplanad, ibland nästan lordoserad thorakalrygg.

En del har instabilitet i bäcken och columna, får segmentell dysfunktion såsom upphakningar och låsningar, ofta i bröstryggen eller upprepade ryggskott. Ryggbesvär och foglossning kan förekomma i samband med graviditet.

En del patienter har mer perifera besvär, instabilitet i händer och fötter. Några få har haft spontan patellar- eller axelledsluxation. Ledkrepitationer och knäppningar är vanligt.

"Akrobatiska" sitt- och sovställningar som individen upplever lindrande förekommer, men de leder till stor påfrestning på ledband.

Postural aktivitet (hållningsaktivitet mot tyngdkraften) kan vara låg i statiska positioner, nedsatt stabiliseringsförmåga. Ofta ses en ökad, kompensatorisk muskelspänning i nacke/skuldror. Detta har konsekvenser både för balansen och motoriken, men ger även en ökad mekanisk belastning på leder, bindväv och muskulatur.

Proprioceptionen (ledsinnet) kan vara störd med motoriska samordningsproblem, vrickningsbenägenhet, snubblighet, klumpighet, fumlighet i händer, nedsatt stabiliseringsförmåga, yrselkänsla. En del har upplevt detta redan från barndomen, andra upplever det mer sekundärt till sina besvär.

Rörelsebeteendet kan präglas av högt tempo och stora rörelseutslag, problem att koordinera och gradera rörelsens hastighet och kraft i bland

annat händerna, med uttröttning av muskulatur som resultat. Patienterna säger ofta att de mår bäst i lagom rörelse. Det blir då ett livligare sensoriskt och proprioceptivt inflöde och ökad postural aktivitet, mindre statisk belastning.

ADL-dagliga aktiviteter

Patienter med hypermobila leder upplever ofta att de har eller får ökade problem i sin vardagliga aktiviteter på grund av smärta, stelhet, muskeltrott och fumlighet. Problem med händer och finmotorik är vanligt. Orsaken kan vara ogynnsam hållning/ belastning på de instabila lederna, vilket bland annat ger ökad muskelspänning kring lederna.

Psykosomatik

Som vid all smärtproblematik förekommer olika psykosomatiska och psykiska problem såsom sömnstörning, autonoma störningar, muskelspänningar, trötthet och huvudvärk samt oro, ångest, depression och kognitiva stressymtom.

BEHANDLINGSTEAMET

Teamet finns på kliniken för Rehabilitering och Geriatrik, Dagrehab, avd 13, Västerviks sjukhus. Teamet består av specialistläkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnaster med olika specialinriktningar, kurator, psykolog/psykoterapeut.

Konsulter vid behov: Ortoped, neurolog, anestesilog, barnmedicinsk specialist, reumatolog, tandläkare/bettfysiolog, psykiater och ortopedteknisk personal.

Övriga samarbetspartner kring patienten kan vara anhöriga, försäkringskassan, arbetsförmedling, arbetsgivare samt företagshälsovård. En patientrepresentant med egen erfarenhet av denna problematik medverkar i vårt grupprogram.

Teamet har utvecklat ett strukturerat och multidimensionellt omhändertagande av patienter med långvarig benign smärta.

VÅRDPROGRAMMETS SYFTE OCH MÅL

Syfte: Att inleda en rehabiliteringsprocess genom ett multidimensionellt angreppssätt: medicinskt, biomekaniskt/ergonomiskt, psykiskt och socialt.

Mål: Personalen ska utifrån den medicinska och funktionella diagnosen ge behandling, kunskap och redskap för att utveckla patientens copingförmåga. Patienten ska anpassa sitt beteende till sina förutsättningar, bli expert på sig själv, se sina egna möjligheter, ta eget ansvar och få ökad livskvalitet och balans i tillvaron (Salutogent perspektiv). Detta kan leda till minskad sjukskrivning och sjukvårdskonsumtion.

VÅRDPROGRAMMETS ANSATSER OCH METODIK

- Samlad helhetsbedömning.
- Symtomlindrande behandling; medicinsk mm, se teammedlemmarnas specifika insatser.
- Ökad kunskap om kroppen, hypermobilitet, ergonomi, smärta, stress mm.
- Ökad kroppsmedvetenhet - förändrat beteende i kroppen. Undvika ytterläge, minska rörelseutslag och kraftåtgång mm.
- Kroppskännedomsträning.
- Praktisk ergonomi.

- Förbättrad smärthantering och stresshantering.
- Social information.
- Ökad självkänedom.
- Balans mellan krav och förmåga.
- Egenvård.
- Hjälpmedel, t ex skoinlägg, ortoser, ergonomiska hjälpmedel.
- Gruppdynamikens positiva effekter.

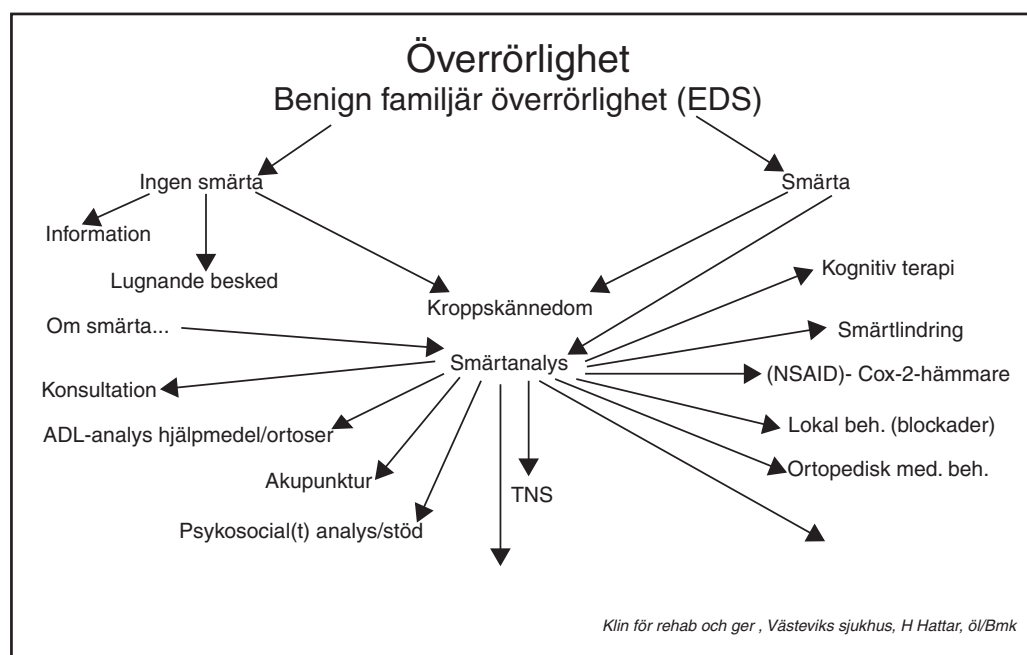
ARBETSMODELL - PATIENTENS VÄG

Patienten har oftast först remitterats till teamets läkare, som bedömer, ställer diagnos, ger medicinsk behandling och remitterar vidare till teamet.

Vid lång väntetid till läkare kan vi i samråd med läkare kalla patienten till smärteamet för att få en första bedömning och påbörja eventuella behandlingar eller delta i grupprogram.

Patienten erbjuds behandling eller omhändertagande i olika former beroende på det individuella behovet.

- Individuell bedömning av olika teammedlemmar. (Se teammedlemmarnas specifika insatser.
- VAS-skattning smärta, hälsoenkät SF-36 och smärtbild.
- Individuell behandling/information vid behov.
- Tre veckors grupprogram.
- Två dagars grupprogram, "kortversion" som vänder sig till dem som arbetar och har svårt att medverka under tre veckor eller ej är i behov av ett längre program.
- Utvärderingssamtal då patienten avslutas.
- Uppföljning efter 7-12 månader (endast vid långa versionen av grupprogrammet).



GRUPPPROGRAMMENS INNEHÅLL

Innehåll i treveckorsprogrammet:

Grupp med 5 patienter, 3 g/v, må, ons, fre under 3 veckor, sammanlagt 9 tillfällen.

Varje dag består oftast av en "lektion" (information/diskussion) på 1-1,5 timme, samt 1 timme kroppskännedom/avslappningsträning i grupp.

Lektioner:

- Läkare -hypermobilitet, att leva med smärta, behandling.
- Sjuksköterska -smärta och läkemedel.
- Arbetsterapeut - praktisk ergonomi, information om hjälpmedel (vid två tillfällen).
- Sjukgymnast -anatomi, hypermobilitet/överrörlighet, biomekanik, ergonomi.
- Sjukgymnast -"smärtskola"; smärtanatomi, smärtfysiologi, stress, behandlingsmöjligheter (vid tre tillfällen).
- Kurator - att leva med smärta, social information, samhällsstöd.
- Psykolog - smärtetablering/smärthantering
- Resursperson - en patient delar med sig av sina erfarenheter av smärthantering.

Vid kortversionen av gruppprogrammet är alla lektioner samlade under två dagar. Den kompletteras med poliklinisk kroppskännedom i grupp vid ca 4-5 tillfällen före eller efter dessa dagar.

UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING

Uppföljning sker endast efter treveckorsprogrammet. Teamet har bedömt att man inte av tidsskäl har möjlighet att följa upp alla, men det vore önskvärt.

Uppföljning sker individuellt efter 6-12 mån.

Uppföljningen består av ett gemensamt utvärderingssamtal med sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Samtalets syfte är att få veta hur individen upplevt behandlingstiden här, vad som har hänt efter programmet, vad det inneburit att delta i vårdprogrammet, se om det skett någon förändring och vad som finns kvar i tankarna i efterhand.

Samtalet kan även ge individen nya impulser och strategier inför framtiden och fortsatt process.

Nya bedömningar görs av sjukgymnast och arbetsterapeut för utvärdering.

(Se teammedlemmarnas specifika insatser.)

- Hälsoenkät SF-36.
- Smärtbild.
- Vas-skattning smärta.

(Källa 1-8)

TEAMMEDLEMMARNAS SPECIFIKA INSATSER

Läkarens roll:

Anamnes

Klinisk bedömning/undersökning

- Smärtanalys.
- Beighton score.
- Utesluta någon annan medicinsk-ortopedisk eller biomekanisk diagnos som orsak till patientens symtom.

Åtgärder

- Medicinska behandlingar t ex antiinflammatoriska läkemedel, TCA (tricykliska antidepressiva), SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare), lokala blockader eller steroider.
- Information till patienten, anhöriga, teamet, inremitterande, försäkringskassan, arbetsgivare, arbetsförmedling etc.
- Konsultera vid behov andra specialister ortoped, kirurg, neurolog, anesthesiolog, psykiater, gynekolog, barnmedicinsk specialist etc.
- Skriv intyg till försäkringskassa, försäkringsbolag, advokater.
- Ordination av ortopedtekniska hjälpmedel.
- Delta i patientundervisning.
- Återkoppling till remittenten.

Övriga uppgifter

- Utbilda och sprida kunskap om hypermobilitetssyndromet.
- Bevaka den vetenskapliga litteraturen.

Sjuksköterskans roll:**Anamnes**

Bedömning/undersökning.

- Smärtbild skickas till individen med kallelsen till mottagningen/dag-rehab. och diskuteras vid första besöket.
- Registrering av smärta med hjälp av VAS-skala som sedan följes upp kontinuerligt under behandlingsperioden.
- Hälsoenkät SF 36.

Åtgärder

- Informera och stödja patient och anhöriga under behandlingsperioden.
- Följa upp läkemedelseffekter och eventuella biverkningar samt återkoppla detta till vederbörande läkare.
- Provtagningar.
- Planera och samordna behandlingar.
- Fortlöpande kontakter med patienten under behandlingstiden.
- Patientundervisning angående bl a läkemedel och andra frågor som kan uppstå.

Uppföljning

- Utvärderingssamtal med arbetsterapeut och sjukgymnast.
- SF 36, ny hälsoenkät.
- Smärtbild.

Övrigt

- Planera och samordna teamkonferenser.
- Dokumentera enl. Vips-modellen.
- Planera och schemalägga vårdprogram.
- Sammankalla aktörer utanför kliniken, t. ex. försäkringskassa och arbetsgivare.
- Kontakta patientföreningar och försäkringsbolag vid behov.
- Ta kontakt med anhöriga.

Sjuksköterskan har en samordnande funktion i teamet. En viktig del av sjuksköterskans arbete är att bedöma behovet av insatser vid första kontakten med patienten. Hon bedömer om det är något som behöver prioriteras. Kontakt etableras med patienten då remissen inkommer, antingen genom telefonsamtal, per brev eller i samband med mottagningsbesök.

Sjuksköterskan samordnar planerade behandlingar och åtgärder tillsammans med patienten och teammedlemmar.

Sjuksköterskan arbetar även med förebyggande vård och att ge information till personal, anhöriga och patienter.

(Källa: 9-11)

Arbets terapeutens roll:

Anamnes.

Få en bild av individens besvär och allmänna hälsotillstånd samt sjukhistoria. Kartläggning av familjebild, arbetsbelastning i hemmet, roll i familjen, vanor samt arbetssituation, belastning och trivsel.

Bedömning

- VAS- skattning.
- Aktivitetsanalys POP (Assessment of Pain and Occupational Performance): Beskriva individens subjektiva besvär av smärta och förmåga samt graden av aktivitet inom personlig vård, boende, arbete/utbildning och fritid.
- Handfunktion: handstyrka, finmotorik och sensibilitet.
- Arbetsbedömning i aktivitet: Beskriva individens smärtpåverkan över tid i aktivitet. Tillämpad ergonomi, motorik, energiåtgång. Förmåga att läsa och förstå skriven instruktion. Kognitiv förmåga t ex koncentration, simultankapacitet, planering, organisation och problemlösningsförmåga.
- AMPS (Assessment of Motor and Process Skills): Kartlägger individens motoriska- och processfärdigheter.
- COPM (Canadian Occupational Performance Measure): Mäter förändringar i den egna uppfattningen om förmågan att utföra aktiviteter hos individer med olika slag av aktivitetsbegränsningar och på alla utvecklingsnivåer.

Åtgärder

- Delta i patientutbildning: Praktisk ergonomi kopplat till dagliga situationer, medvetandegöra om ytterlägen och belastningar, råd om avlastande och energibesparande arbetssätt, viloställningar. Diskussion om våra krav och måsten.
- Utprovning och rekommendationer av avlastande hjälpmedel och bra vardagsredskap.
- Utprovning och rekommendationer av ortos för bl a hand- och fingerleder för en stödjande/ avlastande funktion men även för att ge ökad proprioception.

Övrigt

Arbets terapeutens insats är att kartlägga individens aktivitetsproblem samt att hjälpa henne/honom att hitta rutiner och vanor i vardagen efter sina egna förutsättningar med syfte att minska symtombilden och därigenom öka upplevelsen av livskvalité.

Uppföljning efter 6-12 månader.

- Utvärderingssamtal tillsammans med sjuksköterska och sjukgymnast.
- Eventuellt ny bedömning med COPM eller AMPS för mätning av bl a livskvalitet. (Källa: 12-16)

Sjukgymnastens roll:

I teamet ingår det sjukgymnaster med olika inriktningar.

- Kroppskännetdom/psykosomatik.
- Smärta/smärtfysiologi.
- OMT (ortopedisk manuell terapi).

Sjukgymnast med inriktning mot kroppskännetdom/psykosomatik:**Anamnes****Bedömning**

- Allmän helhetsbedömning av funktion, analys av symtom, smärta, psykosomatiska samband, psykosociala faktorer.
- BAS-skattning (Body Awareness Scale), intervju och rörelsetest.
- Självskattningsformulär med VAS-skalar.

Behandling/åtgärd

- Undervisning i anatomi, biomekanik, ergonomi, stress och stresshantering.
- Kroppskännetdomsträning för ökad kroppsmedvetenhet om hållnings- och rörelsebeteende, muskelspänning, andning samt psykosomatiska samband.

Förändrat rörelsebeteende och förbättrad kroppsbehärskning genom att undvika ytterlägen, centrera kraft och rörelsemönster, minska rörelseutslag, spänningsbalans; träna postural aktivitet, hållning, balans, stabilitet, koordination, flyt och energisnålhet i rörelse.

- Introduktion i avslappning/ mental träning för minskad spänning muskulärt och mentalt, stresshantering, smärtlindring och målinriktad självpåverkan.
- Vid behov komplettera med andra åtgärder t ex:
 - smärtlindring med värme.
 - rådgivning om och utprovning av hjälpmedel t ex ortoser för avlastning och förbättrad proprioception, skoinlägg.
 - stabiliseringsträning i bassäng.
 - individuella träningsprogram.
- Råd om egenvård.
- Hjälpt att hitta en fungerande fysisk aktivitetsnivå. Yngre idrottande patienter avråds från alltför ledpåfrestande aktiviteter. Naturliga aktiviteter som promenader och cykling fungerar oftast bäst.

Uppföljning efter 6-12 månader

- Utvärderingssamtal med sjuksköterska och arbetsterapeut.
- Självskattningsformulär.
- Eventuellt ny bedömning/BAS-skattning. (Källa: 17-19)

Sjukgymnast med inriktning mot smärta:

Anamnes

Bedömning

- Smärtanalys för att i möjligaste mån bedöma vilken smärttyp:
Debut, dygnsvariation, kontinuerlig eller intermitterande, sömnkvalitet, tidigare behandling med förbättring eller försämring.
 - Test av sensibilitet (stick, beröring, värme, kyla).
 - Smärtbild (neuroanatomisk utbredning).
 - VAS- skattning av smärta.
 - Bedömning av funktionsnedsättning.

Åtgärder

- Patientutbildning: Lektioner om smärtans anatomi, fysiologi samt psykologiska faktorer.
- Individuell behandling:
 - Akupunktur.
 - TENS-utprovning.

Övrigt

I gruppen blir det möjligt att bryta isoleringen och få nytt perspektiv på smärtan. Patienten ser att hon inte är ensam om sina problem. Familjens och de anhörigas roll poängteras. (Källa: 20-23)

Sjukgymnast med inriktning mot OMT:

(ortopedisk manuell terapi)

Anamnes

Bedömning

- Klinisk undersökning.

Åtgärder

- Individuell behandling.
- Manuella metoder:
 - Mobilisering
 - Immobilisering 1) Stabiliseringsträning
 - 2) Ortoser
 - 3) Tejpning
- Information om att undvika ytterlägesbelastning av leder/hållningskorrigerande.

Övrigt

Även om patienten är överrörlig hittar man ofta vid undersökning stela partier/segment, dessa behöver mobiliseras för att avlasta omkringliggande strukturer. (Källa: 24-29)

Kuratorns roll:

Att i patientundervisningen ta upp:

- krisreaktioner.
- inre och yttre krav.
- påverkan från anhöriga och vänner.
- påverkan på anhöriga och socialt umgänge.
- ekonomiska och sociala frågor.

Patienter och anhöriga erbjuds vid behov samtalskontakt.

Med kunskap om kristeorins faser kan kurator:

- aktivt lyssna.
- hjälpa patienten att fritt våga uttrycka sina känslor av sorg, smärta, skuld och aggressivitet.
- stödja patientens egna läkningsresurser så att krisen får en naturlig utveckling mot bearbetning och nyorientering.
- ge hjälp att acceptera sina begränsningar och att få balans mellan krav och egen förmåga.
- ta fram patientens egna resurser, dvs hjälp till självhjälp.

Ge stöd och hjälp vid kontakt med arbetsgivare, försäkringskassa och försäkringsbolag.

Ge råd och information om ekonomiska frågor samt om sociala förmåner.

(Källa: 30-32)

Psykologens roll:

Att i patientundervisningen tillägna deltagarna kunskap om:

- effekter och symtom relaterade till PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom) som modell för "smärtetablering".
- behandlingsmodell vid "PTSD".
- sambandet mellan kropp och själ vid smärtproblematik.
- förhållandet mellan traumatisk stress och psykosomatiska "onda cirklar".
- det "psykosomatiska ekorrhjulet" och dess fällor.
- affekthantering av bl.a. smärtproblematiken genom kognitiva tekniker och omstrukturering.

Vidare klargörs sambanden mellan copingstrategier och tillägnet av kompensatoriska strategier. Information om idag tillgängliga psykologiska behandlingsmetoder.

(Källa: 33-36)

Resurspersonens roll:

Jag deltar i vårdprogrammet som medmänniska med egen erfarenhet av smärtproblematik.

Jag har lärt mig att leva i ovisshet och accepterat det som inte går att förändra och har lämnat tanken på att bli botad.

Jag har genomgått sorgen över att inte vara den jag tidigare varit och lärt mig att bemästra värken.

Numera kan jag säga "Jag har lika ont idag, men nu mår jag bra".

Via dolorosa - smärtans väg

När man drabbas av smärta och värk och det har pågått länge, smärtan har blivit kronisk, då kommer nedstämdheten smygande och man börjar må dåligt.

Det känns som om man förlorat kontrollen över sitt liv.

Man upplever förluster. Väntar på den dag då smärtan ska försvinna, så man kan börja leva igen. Kanske kommer den dagen aldrig. man blir förvirrad i sin nya roll som långtidssjukskriven eller förtidspensionerad.

Att arbeta sig igenom sorgen och bygga en ny identitet gör ont.

Det handlar om en subjektiv och personlig katastrof, därför är det ingen som förstår.

Människor med långvarig värk och smärta beskriver sin situation oftast som helvetet, som det stora svarta hålet, djup kris, kaos och katastrof.

Man är utredd och behandlad och har fått besked "du får lära dig att leva med värken".

Allför ofta lämnas man ensam att på egen hand ta sig igenom helvetet, över klyftan till återupprättad livskvalité.

Via vitae - livets väg

Den bästa medicinen kan ibland vara ordet. Människor längtar efter och behöver äkta möten och livsnära samtal.

Man behöver tid, tänka och samtala om sin situation.

Man behöver känna sig sedd och bekräftad.

Man behöver engagerade människor, engagemang smittar och ger den kraftlösa kraft att kämpa vidare.

En förutsättning för att man som patient ska bli aktiv i sin egen behandling är att man blir trodd.

Kunskap om smärta

Den kunskap som vårdprogrammet ger är en bra grund till den egna rehabiliteringsprocessen.

Visualisering/Tankens kraft

Hjärnan kan inte skilja klart mellan vad man faktiskt har upplevt och det man bara har tänkt.

Detta är kärnan i mental träning.

Man skapar en önskad bild och kopplar sedan samman den med positiva känslor, tankar och bilder.

Jag använder dagligen visualisering

- för att lindra värken.
- för att dämpa min känsla av ofrihet.
- för att hantera stress.
- för att sova.

(Källa: 37-45)

Källförteckning

1. Everman DB, Robin NH. Hypermobility syndrome. *Pediatr Rev.* 1998 Apr;(4):111-7.
2. Grahame R, Bird HA, Child A. The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS). *J. Rheumatol.* 2000 Jul; 27 (7): 1777-9.
3. Grahame R. Pain, distress and joint hyperlaxity. *Joint Bone Spine.* 2000; 67 (3):157-63.
4. Russek LN. Hypermobility syndrome. *Phys Ther.* 1999 Jun; 79(6): 651-9.
5. Russek LN. Examination and treatment of a patient with hypermobility syndrome. *Phys Ther.* 2000 Apr; 80(4): 386-98
6. Beighton, Grahame, Bird. *Hypermobility of Joints.* Springer-Verlag, second edition: 1989.
7. Nisell, Einhorn. *Ont i kroppen.* (s 166) Forum: 2000.
8. Pind R. *Ut ur smärtan* (s 69). Köpenhamn: Host och Sons Forlag: 1993.
9. Willon, Kay *Författningshandboken för personal inom hälso- och sjukvård.* Liber 2001, tredje upplagan.
10. Ehnfors M, Thorell-Ekstrand I *Omvårdnad i patientjournalen.* Stockholm. Vårdförbundet SHSTF: 1992
11. Bengtsson A-L. Smärtsjuksköterska blir konsult i vården. *Dagens medicin* 991005, s 28.
12. *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective.* Canadian Association of Occupational Therapists, 1997.
13. Kielhofner G. *A Model of Human. Occupation Theory and Application.* 1985.
14. Söderback I. *Pocessen i arbetsterapi.* Studentlitteratur, Lund: 1991.
15. Runnquist K et al. *Handens rehabilitering (volym 1).* Studentlitteratur, Lund: 1992.
16. Runnqvist K. et al. *Handens rehabilitering (volym 2)* Studentlitteratur, Lund: 1992.
17. Roxendal G, Nordwall Vivianne *Tre BAS-skalar.* Studentlitteratur, Lund: 1997.
18. Dropsy J. *Den harmoniska kroppen.* Natur och Kultur: 1991.
19. Bunkan B. *Kropp, respirasjon og kroppsbilde- resursorientert kroppsundersøgelse og behandling.* Oslo, Universitetsforlaget AS: 1996.
20. Haegerstam Glenn. *Neurogen smärta.* Södertälje, Astra Läkemedel: 1999.
21. Haegersten Glenn. *Smärta, teori, klinik.* Astra Läkemedel: 1987.
22. Hansson Per. *Nociceptiv och neurogen smärta.* Pharmacia och Upjon Sverige AB: 1997.
23. Linton J Steven. *Smärtans psykologi.* Folksam: 1992.
24. Ersson Bernt *Grundläggande ortopedisk medicin.* Ländrygg , bäcken. 1992. Axell-nacke-thorax. 1994. Knä-underben, fot. 1993. Armbåge-underarm och hand. 1994. ORION-FARMOS Läkemedel AB.

25. Holmström E, Moritz U. Extremitetsleder -klinik och sjukgymnastik. Studentlitteratur: 1986.
26. Kaltenborn Freddy, Evjenth Olav. Manuell mobilisering av ryggraden. Olof Norlins Bokhandel: 1989
27. Hides J, Hodges P, Gwendolen J, Richardsson C. Therapeutic exercise for spinal segmental stabilization in low back pain Churchill Livingstone: 1999.
28. Butler S. David. Mobilisation of the Nervous System. Churchill Livingstone: 1991.
29. Övre och nedre delen av columna. Ortopedisk medicinsk förening: 1995.
30. Cullberg Johan. Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur: 1992.
31. Sivik Tatjana, Theorell Töres, red. Psykosomatisk medicin. Studentlitteratur: 1995
32. Försäkringskassans informationsbroschyrer.
33. Lundin T. Stressreaktioner och psykiskt trauma. Helsingborg: 1995.
34. Mc Mahon G. Coping with Life's Traumas. New York: Gill & Macmillan: 2000.
35. Perris C. Kognitiv terapi i teori och praktik. Natur & Kultur: Stockholm: 1996.
36. Vallis, T M. Challenge of cognitive Therapy. Cloth Plenum Pub Co, UK: 1990.
37. Olin Robert, Schenkmanis Ulf. Fibromyalgi. Sveriges Radio Förlag: 1997.
38. Gawain Shakti. Kreativ visualisering. Orsa: Energica Förlag: 1997.
39. Chopra Deepak. Hälsa och personlig utveckling. Stockholm: Nordsteds Förlag: 1992.
40. Bragee Britt, Bragee Björn. Kroppens vrede. Albert Bonniers Förlag AB: 1999.
41. Roxström Carina. En liten bok om stor smärta. Stockholm: Bilda Förlag: 2000.
42. Angelöw Bosse. Träna mentalt och förbättra ditt liv. Stockholm: Svenska Förlaget: 1999.
43. Brattberg Gunilla. Det handlar om ditt liv. Prisma: 1993.
44. Brattberg Gunilla. Från smärtpatient till värmästare. Liber Utbildning AB: 1995.
45. Brattberg Gunilla. Värmästarens verktyg. Liber AB: 1995.
46. Brattberg Gunilla. Rehabilitering med livskvalitet som mål. Värkstaden AB: 1998.

