



Svenska Naprapatförbundet

# Säkerhetsmanual och riktlinjer för naprapater

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

Innehållsförteckning	I
Inledning	4
<b>I. LAGAR OCH REGELVERK</b>	<b>6</b>
I.1 Legitimation & skyddad yrkestitel	7
I.1.1 Praktisk tjänstgöring	7
I.1.2 Socialstyrelsen utfärdar legitimation	8
I.1.3 Skyddad yrkestitel	8
I.1.4 Nordisk överenskommelse (SÖ 1994:2)	9
I.2 Lagar och förordningar	10
I.2.1 Hälso- och sjukvårdslagen	10
I.2.2 Patientlagen	11
I.2.3 Patientsäkerhetslagen	12
I.2.4 Patientsäkerhetsförordningen	13
I.2.4 Patientdatalagen	15
I.3 Journalföring	17
I.3.1 Patientjournalens innehåll	17
I.3.2 Lagar och föreskrifter	18
I.4 Informerat samtycke	20
I.4.1 Definition och rättslig grund	20
I.4.2 Samtycke och allmänna villkor	21
I.4.3 Praktisk tillämpning	21
I.5 Sekretess och tystnadsplikt	24
I.5.1 Juridisk reglering	24
I.5.2 Etiska aspekter och praktisk tillämpning	25
<b>2. BEDÖMNING OCH RISKHANTERING</b>	<b>27</b>
2.1 Vård med hela människan i fokus	28
2.1.1 Biopsykosociala modellen	28
2.1.2 Personcentrerad vård	29
2.1.3 Evidensbaserade principer för säker vård vid muskuloskeletal smärta	30
2.2 Hälsodeklaration	33
2.2.1 Syfte och funktion	33
2.2.2 Innehåll i en hälsodeklaration	33
2.2.3 Praktisk tillämpning	34
2.3 Riskbedömningar	36

2.3.1 Röda flaggor	36
2.3.2 Gula flaggor	42
2.3.3 Blå och svarta flaggor	43
2.3.4 Kontraindikationer för manuell behandling	43
2.4 Specifika tillstånd och risker	52
2.4.1 Kärldissektion	52
2.4.2 Instabilitet i halsryggraden	57
2.4.3 Huvudvärk	59
2.4.4 Hjärnskakning	60
2.4.5 Whiplash	62
2.4.6 Yrsel	63
2.5 Suicidalitet	69
2.5.1 Suicidstegen - bedömning av risknivå	69
2.5.2 Hantering av patienter med misstänkt suicidrisk	69
2.6 Akut bedömning och omhändertagande	72
2.6.1 ABCDE-principen	72
2.6.2 När ska ll2 larmas?	75
<b>3. PATIENTSÄKER VÅRD OCH BEHANDLING</b>	<b>77</b>
3.1 Evidensbaserad manuell medicin	78
3.1.1 Tre hörnstenar i EBMM	78
3.1.2 EBMM i praktiken	78
3.2 Behandlingsmetoder och kompletterande behandlingar	80
3.2.1 Elektroterapi	80
3.2.2 Stötvågsbehandling	81
3.2.3 Akupunktur/nålbehandling	83
3.2.4 Träning och andra kompletterande åtgärder	86
3.2.5 Kognitiva behandlingsformer	87
3.2.6 Smärtbehandling med receptfria läkemedel	88
3.2.7 Doping	88
3.3 Att beakta vid omhändertagande av patienter med långvarig smärta	95
3.3.1 Biopsykosocial modell och gula flaggor	95
3.3.2 Behandlingsprinciper vid långvarig smärta	96
3.4 Särskilda grupper att ta hänsyn till vid behandling	98
3.4.1 Barn och ungdomar	98
3.4.2 Gravida	99
3.4.3 Äldre	100
3.5 Behandlingskomplikationer & oönskade reaktioner	103
3.5.1 Orsaker till behandlingskomplikationer och oönskade reaktioner	103
3.5.2 Förebyggande åtgärder för komplikationer vid behandling	103
<b>4. KVALITETS- OCH SÄKERHETSARBETE</b>	<b>107</b>

<b>4.1. Vårdskador och klagomål</b>	<b>108</b>
4.1.1 Vårdskada och patientsäkerhet	108
4.1.2 Klagomål från patient	110
4.1.3 Stöd och handläggning	110
<b>4.2 Tillsyn och avvikelshantering</b>	<b>112</b>
4.2.1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)	112
4.2.2 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	112
4.2.3 Lex Maria-anmälan	114
4.2.4 Avvikelsehantering	115
<b>4.3 Kvalitetsarbete och patientsäkerhetsberättelse</b>	<b>117</b>
4.3.1 Definitionen av kvalitet	117
4.3.2 Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	118
4.3.3 Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i praktiken	119

# INLEDNING

Dokumentet är en reviderad och uppdaterad version av den säkerhetsmanual som Svenska Naprapatförbundet ursprungligen tog fram år 2002. Arbetet har genomförts i en arbetsgrupp med nära samverkan mellan Svenska Naprapatförbundet och Nordiska Institutet för Manuell Medicin (NIMM)/Naprathögskolan. Utöver arbetsgruppen har även flera naprapater, läkare, forskare, lärare och beteendevetare bidragit till arbetet och därmed till kvalitetsutvecklingen.

I revideringen har särskilt följande nya avsnitt tillkommit: sekretess, tystnadsplikt, hälsodeklaration, suicidalitet, samt evidensbaserad manuell medicin. Dessa delar speglar viktiga områden inom professionen och stärker manualens funktion som ett stöd för både yrkesverksamma och studenter.

Manualen ger en översikt över centrala områden som rör naprapatens kliniska arbete. Avsnitten är utformade för att ge stöd i det dagliga beslutsfattandet och bidra till en strukturerad och säker vårdprocess. Syftet är inte att ersätta medicinsk specialistbedömning, utan att ge vägledning i hur olika situationer kan identifieras, bedömas och hanteras. Manualen tydliggör därmed när behandling kan genomföras inom naprapatens ramar, när särskild försiktighet bör iakttas och när patienten ska hänvisas eller remitteras vidare till annan vårdnivå.

Avancerad manuell medicin är ett område som vuxit kraftigt över tid och med cirka 2 000 legitimerade naprapater och 2 miljoner behandlingar per år är naprapaterna den största gruppen i Sverige. Då många människor varje år väljer naprapatbehandling är det av stor vikt att skapa förutsättningar för att de behandlingsmetoder en naprapat använder kan utföras på ett säkert och effektivt sätt. En del i dessa förutsättningar är att som terapeut känna till såväl vilka indikationer som vilka kontraindikationer som finns för olika behandlingsmetoder.

Allvarliga vårdskador kopplade till naprapatbehandling är mycket ovanliga. Det aktuella vetenskapliga underlaget visar att det inte finns något orsakssamband mellan spinal manipulation och kärlskador i halsryggraden eller stroke även om ett sådant samband inte heller kan uteslutas. Däremot finns det ett statistiskt samband mellan manipulation i halsryggraden och kärlskador men det gör det även för en rad andra faktorer som högt blodtryck, migrän, vissa sjukdomar och ung ålder.

Den viktigaste faktorn för att förebygga och undvika vårdskador är den kliniska expertisen. Även om riskerna för allvarliga skador är små behöver naprapaten ha mycket goda kunskaper i anamnesupptagande, differentialdiagnostik och undersökningsmetodik för att på bästa sätt kunna utesluta eventuella kontraindikationer för behandling.

Att informera patienten om eventuella risker med behandlingen och om vilka alternativ som finns för att patienten ska kunna ge sitt samtycke är också en viktig del i omhändertagandet.

Svenska Naprapatförbundet arbetar kontinuerligt med patientsäkerhet. Utöver föreliggande uppdatering av "Säkerhetsmanual och guidelines för naprapater" har förbundets medlemmar tillgång till en digital utbildning i kvalitetsarbete, kontinuerliga fortbildningskurser samt förbundets patientsäkerhetsansvarige som har i uppgift att bistå såväl terapeut som patient i situationer som så kräver. Medlemmarna har även tillgång till mallar för avvikelse rapportering, patientsäkerhetsberättelse, klinikuppföljning, kvalitetsutveckling och resultatuppföljning.

Naprapathögskolan har en avgörande funktion i att utbilda och förbereda framtidens naprapater för ett professionellt och patientsäkert arbete. Naprapatprogrammet bygger på en strukturerad utbildningsplan där säkerhetsmanualen utgör en viktig referenspunkt för både studenter och lärare. Utbildningen betonar särskilt områden som differentialdiagnostik och identifiering av kontraindikationer för specifika behandlingsmetoder, faktorer som är centrala för att minimera risken för vårdskador. Studenterna erhåller omfattande praktisk och teoretisk träning i anamnesupptagning, klinisk undersökningsmetodik samt riskbedömning. Målet är att säkerställa att de vid examen har förvärvat den kliniska kompetens och kunskapsbas som krävs för att utöva evidensbaserad och säker behandling.

### **Kontaktuppgifter:**

#### **Svenska Naprapatförbundet**

Götgatan 22 A, 118 46 Stockholm

Tel: 08-54901375

E-post: [kansli@naprapater.se](mailto:kansli@naprapater.se)

#### **Förbundschef**

Tel: 0733-541765

E-post: [amc@naprapater.se](mailto:amc@naprapater.se)

#### **Patientsäkerhetsansvarig**

Tel: 070-3730101

E-post: [patientsakerhet@naprapater.se](mailto:patientsakerhet@naprapater.se)

#### **SÄKRA**

Webbplats: [sakrakoncept.se/naprapater](http://sakrakoncept.se/naprapater)

#### **NIMM, Naprapathögskolan**

Kräftriket 23A, 114 19 Stockholm

Tel: 08-160 120

E-post: [info@nimm.se](mailto:info@nimm.se)



# I. Lagar och regelverk

- grunden för patientsäker vård

# I.I LEGITIMATION & SKYDDAD YRKESTITEL

---

Legitimation för naprapater infördes genom riksdagsbeslut 1994 och markerade ett tydligt erkännande av yrkets betydelse inom hälso- och sjukvården. Sedan 2006 är naprapat dessutom en skyddad yrkestitel. Tillsammans innebär dessa regelverk att yrket är reglerat i lag, står under Socialstyrelsens tillsyn och omfattas av samma krav på kvalitet, säkerhet och ansvar som övriga legitimerade vårddyrken. Legitimationen är både ett samhälleligt förtroende och en garanti för patienter om att vården ges av kompetenta yrkesutövare.

Bestämmelser om legitimation, ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel och specialistbeteckning för naprapater regleras sedan 1 januari 2011 i Patientsäkerhetslagen (2010:659) och i Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). För legitimation krävs en fullgjord naprapatutbildning om minst fyra år samt en praktisk tjänstgöring motsvarande ett års heltid efter avslutad utbildning (3 kap. 7 § Patientsäkerhetsförordningen). Legitimationen bekräftar att naprapaten har rätt utbildning, uppfyller lagstadgade kompetenskrav och är lämplig att arbeta inom hälso- och sjukvården. Den skyddade yrkestiteln innebär att endast legitimerade naprapater, eller de som genomgår den föreskrivna praktiktjänstgöringen, får använda titeln. Detta ger patienter trygghet i att vården ges av behöriga yrkesutövare och markerar samtidigt professionens ansvar och ställning inom vården.

## I.I.I PRAKTISK TJÄNSTGÖRING

Naprapaten ska genom praktiken få en allsidig inblick i den svenska hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt, skapa förutsättningar för samarbete med olika personalkategorier och få kunskaper om samarbetspartnerns behandlingsprinciper och metoder samt beredas möjlighet till praktisk träning i det egna yrket.

Riktlinjerna för den praktiska tjänstgöringen finns beskrivna på Socialstyrelsens [webbplats](#). Praktiken ska omfatta ett års handledd heltidstjänstgöring inom hälso- och sjukvård och vara fördelad över nio månader hos legitimerad naprapat i Sverige eller annat EES-land samt tre månader inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Sverige.

Praktiktjänstgöringen kan fullgöras vid flera mottagningar eller enheter. Efter tjänstgöringen ska handledaren bekräfta på Socialstyrelsens särskilda blanketter att naprapaten fullgjort praktiktiden och beskriva dess innehåll och omfattning.

Praktisk tjänstgöring hos legitimerad naprapat innebär att naprapaten handleds i arbetet av en legitimerad naprapat. Den ska omfatta de delar som ingår i naprapatens yrkesområde. Svenska Naprapatförbundet har tagit fram guidelines för den delen av praktiken.

Praktisk tjänstgöring inom den offentliga vården innebär att naprapaten deltar i hälso- och sjukvården under handledning av särskilt anvisad handledare. Lämpliga verksamhetsområden är primärvård, ortopedi, neurologi, reumatologi och medicinsk rehabilitering. Tjänstgöringstiden kan

fördelas lika mellan primärvård och sjukhusbunden vård. Det är också önskvärt att naprapaten får inblick i psykiatrisk sjukvård och verksamheten på röntgen-, fysio- och arbetsterapiavdelningar.

Praktiktjänstgöringen syftar till att ge den blivande legitimerade naprapaten insikt i:

- ◇ Organisationen och strukturen inom svensk offentlig vård.
- ◇ Samverkan mellan olika vårdprofessioner och vårdnivåer.
- ◇ Patientflöden och vanliga medicinska tillstånd inom den offentliga vården.
- ◇ Dokumentation och administrativa processer.

Socialstyrelsen specificerar att auskultationen inom offentlig hälso- och sjukvård ska ge fördjupade kunskaper om:

- ◇ Hälso- och sjukvårdens organisation
- ◇ Primärvårdens arbetssätt och samverkan med övriga vårdgivare och socialtjänsten
- ◇ Informations-, utrednings- och behandlingsstrategier inom primärvården
- ◇ Journalföring enligt gällande författningar
- ◇ Ortopedisk verksamhet och behandlingsmetoder
- ◇ Utredningsgången vid rörelseorganens sjukdomar
- ◇ Diagnostiska metoder för rörelseorganen inklusive radiologiska metoder
- ◇ Differentialdiagnostiska bedömningar av rörelseorganens sjukdomar
- ◇ Fysioterapeuters (sjukgymnasters) och arbetsterapeuters arbetssätt och behandlingsmetoder
- ◇ Hjälpmedelscentral och ortopedteknisk verksamhet.

## I.1.2 SOCIALSTYRELSEN UTFÄRDAR LEGITIMATION

Legitimation som naprapat utfärdas av Socialstyrelsen och är ett bevis på att yrkesutövaren uppfyller de krav på utbildning, kompetens och lämplighet som lagen ställer. Legitimationen är en kvalitetsstämpel som visar att naprapaten har den professionella kunskap och det ansvar som krävs för att bedriva en säker och patientsäker vård.

Legitimationen är även en förutsättning för att omfattas av patientförsäkring och för att kunna arbeta i andra nordiska länder enligt den nordiska överenskommelsen (SÖ 1994:2).

## I.1.3 SKYDDAD YRKESTITEL

Sedan 2007 är naprapat en skyddad yrkestitel enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Det innebär att endast den som har legitimation som naprapat, utfärdad av Socialstyrelsen, eller genomgår föreskriven praktiktjänstgöring, får använda titeln naprapat.

Syftet med skyddad yrkestitel är att:

- ◇ skydda patienter från vård av personer utan rätt utbildning och kompetens
- ◇ garantera att den som kallar sig naprapat uppfyller lagens krav på kunskap, ansvar och lämplighet
- ◇ stärka förtroendet för yrket och för vården i stort.

Att använda titeln utan legitimation är ett brott mot patientsäkerhetslagen och kan leda till rättsliga påföljder.

## I.1.4 NORDISK ÖVERENSKOMMELSE (SÖ 1994:2)

Legitimerade naprapater omfattas av den Nordiska överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal (SÖ 1994:2). Överenskommelsen undertecknades 1993 och trädde i kraft 1994.

Syftet är att underlätta rörligheten för vårdpersonal mellan de nordiska länderna. För naprapater innebär det att den som har legitimation i ett nordiskt land där yrket är reglerat automatiskt kan få sin legitimation erkänd och därmed utöva yrket i de övriga nordiska länderna där naprapatverksamhet också är reglerad.

Sedan 1 februari 2020 tillämpas överenskommelsen tillsammans med EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv. Det betyder att legitimationer som utfärdats i Norden prövas inom ramen för det europeiska regelverket för erkännande av yrkeskvalifikationer. För naprapater gäller fortsatt att legitimation från ett nordiskt land accepteras i övriga nordiska länder, men handläggningen sker numera i enlighet med både den nordiska överenskommelsen och EU/EES-reglerna.

---

### Referenser:

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Förordning (2010:1369) om patientsäkerhet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369\\_sfs-2010-1369](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369)

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/Riksdagen](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/Riksdagen)

Social- och hälsovårdsministeriet, Finland. Ändringar i den nordiska överenskommelsen (träder i kraft 1 februari 2020).

[stm.fi/sv/-/pohjoismaisen-sopimuksen-muutos-terveydenhuollon-tyomarkkinoista-voimaan-1-2-2020](http://stm.fi/sv/-/pohjoismaisen-sopimuksen-muutos-terveydenhuollon-tyomarkkinoista-voimaan-1-2-2020)  
[Sosiaali- ja terveysministeriö](http://Sosiaali-ja-terveysministerio)

Nordisk överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer (Sveriges internationella överenskommelser, SÖ 1994:2). Stockholm: Utrikesdepartementet.

[www.regeringen.se/contentassets/53aeb8d0d8ed406da3c5894695938727/overenskommelse-om-gemensam-nordisk-arbetsmarknad-for-viss-halso--och-sjukvardspersonal-och-veterinarer/](http://www.regeringen.se/contentassets/53aeb8d0d8ed406da3c5894695938727/overenskommelse-om-gemensam-nordisk-arbetsmarknad-for-viss-halso--och-sjukvardspersonal-och-veterinarer/)

## I.2 LAGAR OCH FÖRORDNINGAR

---

Naprapater som legitimerade vårdgivare verkar inom samma regelverk som övrig hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige. Den juridiska grunden utgörs av ett antal centrala lagar och förordningar som tillsammans syftar till att garantera patienterna en trygg, säker och jämlik vård. Dessa lagar reglerar inte bara hur vården ska organiseras och bedrivas, utan också patientens rättigheter, vårdgivarens ansvar och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter.

För att kunna utöva naprapati på ett säkert och professionellt sätt krävs god kunskap om och efterlevnad av de lagar och förordningar som styr verksamheten. De mest relevanta lagarna för naprapater är hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som anger de övergripande målen för vården, patientlagen (PL), som stärker patientens rättigheter och inflytande, samt patientsäkerhetslagen (PSL), som tydliggör vårdgivares och personals ansvar för att förebygga vårdskador. Även patientdatalagen (PDL) är central, eftersom den reglerar hanteringen av patientuppgifter och dokumentation. Tillsammans skapar dessa lagar ramen för hur naprapater ska verka inom svensk hälso- och sjukvård.

### I.2.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN

*Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 2017:30*

*Övergripande mål för hälso- och sjukvården:*

- 1. God hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL).*
- 2. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1–2 §§ HSL).*
- 3. Hälso- och sjukvården ska vidare arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 1 § HSL)*

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) är en målinriktad ramlag, vilket betyder att den innehåller övergripande mål och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Den ska inte detaljstyra verksamheten eftersom huvudmännen, utifrån det kommunala självstyret, ska ha frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov. Lagen slår fast att målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, och den som har störst behov ska ges företräde. Hälso- och sjukvården ska dessutom arbeta aktivt för att förebygga ohälsa.

För naprapater, som verkar inom hälso- och sjukvårdens regelverk, innebär HSL en skyldighet att leva upp till dessa grundläggande krav. Det omfattar bland annat att vården ska vara säker, tillgänglig, kunskapsbaserad och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Lagen betonar också vikten av kontinuitet, samordning och att verksamheten systematiskt utvecklar och säkrar kvaliteten. Att förstå och följa HSL är därför en förutsättning för att naprapati ska kunna bedrivas på ett professionellt och patientsäkert sätt.

Enligt HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska:

- ◇ vara av god kvalitet med god hygienisk standard,
- ◇ tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- ◇ bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- ◇ främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.
- ◇ vara lätt tillgänglig

I HSL definieras hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Även sjuktransporter och omhändertagandet av avlidna ingår. Den som har störst behov ska ges företräde till hälso- och sjukvården.

Där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för god vård ska kunna ges. HSL ställer också krav på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

För den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ställs särskilda krav på ledningen. Offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Inom hälso- och sjukvården ska det finnas en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten. I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) anges att det innebär bland annat att han eller hon ska säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

## I.2.2 PATIENTLAGEN

*Patientlagen (PL), 2014:821*

*Lagen ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen bygger huvudsakligen på de skyldigheter som vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har. Den innehåller bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning.*

Patientlagen (2014:821) är en central del av det regelverk som styr hälso- och sjukvården i Sverige. Lagen tydliggör patientens ställning i vården och stärker rättigheterna kring information, samtycke och delaktighet. Den är nära kopplad till HSL och patientsäkerhetslagen, men har ett särskilt fokus på patientens perspektiv. För naprapater innebär detta att varje patientkontakt ska präglas av respekt för individens integritet, självbestämmande och möjlighet att påverka sin vård. Att känna till och tillämpa patientlagens bestämmelser är därför en förutsättning för en säker, rättssäker och förtroendefull vårdrelation.

Patientlagen innehåller bland annat bestämmelser om:

- ◇ tillgänglighet
- ◇ information
- ◇ samtycke
- ◇ delaktighet
- ◇ fast vårdkontakt och individuell planering
- ◇ val av behandlingsalternativ och hjälpmedel
- ◇ ny medicinsk bedömning
- ◇ val av utförare
- ◇ personuppgifter och intyg
- ◇ synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

## I.2.3 PATIENTSÄKERHETSLAGEN

*Patientsäkerhetslagen (PSL), 2010:659*

*Lagen utgör en central del av regelverket för svensk hälso- och sjukvård och syftar till att öka skyddet för patienter genom att förebygga vårdskador. Lagen tydliggör både vårdgivares och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar och markerar att patientsäkerhet är ett systematiskt uppdrag, inte enbart en fråga om individuellt ansvar.*

Patientsäkerhetslagen är en ramlag som anger de grundläggande principerna för patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Den är en grundläggande lagstiftning som syftar till att öka säkerheten i vården och minska risken för vårdskador. Den anger tydliga krav på både vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal, och markerar ett skifte från att enbart granska enskilda individer till att se hela systemets ansvar för säker vård. För naprapater innebär detta att verksamheten måste bedrivas på ett sådant sätt att risker identifieras och förebyggs, samtidigt som ansvarsfördelningen mellan vårdgivare och personal är tydligt reglerad.

**Patientsäkerhetslagen reglerar:**

- ◇ **Vårdgivarens ansvar:** att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, planera, leda och kontrollera verksamheten så att vården är säker och uppfyller kraven på god vård.
- ◇ **Rapporteringskyldighet:** utreda och rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.
- ◇ **Anmälningsskyldighet:** allvarliga vårdskador ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) – så kallad Lex Maria.
- ◇ **Personalens ansvar:** hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, rapportera risker och händelser samt visa patienten omtanke och respekt.
- ◇ **Definitioner:** centrala begrepp som patientsäkerhet, vårdskada och allvarlig vårdskada.
- ◇ **Tillsyn och prövning:** reglerar IVO:s roll och möjligheten att dra in legitimation via Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Enligt Patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal:

- ◇ den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården

- ◇ personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter
- ◇ den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har själv ett ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

I Patientsäkerhetslagen står också att personalen har följande ansvar:

- ◇ Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- ◇ Patienterna ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.
- ◇ Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- ◇ Patienten ska visas omtanke och respekt.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska dessutom bidra till en hög patientsäkerhet. Därför ska de rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

## I.2.4 PATIENTSÄKERHETSFÖRORDNINGEN

*Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)*

*Förordningen är ett komplement till patientsäkerhetslagen och innehåller mer detaljerade bestämmelser som styr hur arbetet med patientsäkerhet organiseras och följs upp i vården.*

Förordningen kompletterar lagen och innehåller mer detaljerade bestämmelser för hur lagen ska tillämpas i praktiken. Förordningen reglerar bl.a.:

- ◇ Närmare föreskrifter om IVO:s organisation och tillsynsuppdrag.
- ◇ Detaljer kring anmälningar enligt Lex Maria och vårdgivarens rapporteringsskyldighet.
- ◇ Bestämmelser om HSAN:s handläggning av ärenden som rör legitimation, behörighet och disciplinära åtgärder.
- ◇ Praktiska regler om registerföring, dokumentation och handläggningsrutiner.

Lagen (PSL) beskriver vad som ska göras och vilka principer som gäller, medan förordningen beskriver mer i detalj hur detta ska genomföras och vilka myndigheter som ansvarar för vad.

### Definition av patientsäkerhet och vårdskada

Lagen innehåller följande definitioner:

- ◇ Patientsäkerhet: skydd mot vårdskada.
- ◇ Vårdskada: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.
- ◇ Allvarlig vårdskada: vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

## Vårdgivarens ansvar

I PSL står att en vårdgivare är "statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård". Hälso- och sjukvård och tandvård ska planeras, ledas och kontrolleras på ett systematiskt sätt.

## Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård i HSL respektive tandvårdslagen (1985:125), TvL, upprätthålls.

Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Som ett led i detta ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Utredningarna ska så långt som möjligt klarlägga förloppet och de faktorer som har påverkat det. De ska också ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Om en händelse har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska vårdgivaren anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Syftet är att IVO ska få vetskap om allvarliga risker i hälso- och sjukvården och sprida kunskap om dessa risker till vårdgivare och berörda myndigheter. IVO ska också använda informationen i sitt tillsynsarbete.

Vårdgivaren har också en skyldighet om att snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Vårdgivaren ska också ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Enligt PSL är hälso- och sjukvårdspersonal:

- ◇ den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården
- ◇ personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter
- ◇ den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har själv ett ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

I PSL står också att personalen har följande ansvar:

- ◇ Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- ◇ Patienterna ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.
- ◇ Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- ◇ Patienten ska visas omtanke och respekt.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska dessutom bidra till en hög patientsäkerhet. Därför ska de rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

## I.2.4 PATIENTDATALAGEN

*Patientdatalagen (PDL), 2008:35*

*I PDL står bland annat att om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal innehålla:*

- ◇ *uppgift om patientens identitet*
- ◇ *väsentliga uppgifter om bakgrund till vården*
- ◇ *uppgift om ställd diagnos och anledningen till mer betydande åtgärder*
- ◇ *väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder*
- ◇ *uppgift om den information som har lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om valet av behandlingsalternativ och om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning*
- ◇ *uppgift om en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.*

PDL reglerar hur personuppgifter får hanteras inom hälso- och sjukvården och syftar till att skydda patientens integritet samtidigt som den ska möjliggöra en säker och ändamålsenlig vård. Lagen ställer krav på att uppgifter i patientjournaler ska hanteras med stor noggrannhet, att obehöriga inte får ta del av dem och att dokumentationen ska vara tillräckligt utförlig för att stödja en god och säker vård.

För naprapater innebär detta en skyldighet att föra patientjournal enligt de regler som anges i PDL och att säkerställa att uppgifterna hanteras i enlighet med dataskyddslagstiftningen (bland annat GDPR). Dokumentationen ska ge en tydlig bild av patientens tillstånd, planerade och genomförda åtgärder samt de bedömningar som ligger till grund för behandlingen. Patienterna har också rätt att ta del av sin egen journal och att veta hur deras personuppgifter används.

---

### Referenser:

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Lag (2017:30) om hälso- och sjukvård.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

Patientdatalagen (PDL, 2008:355). Lag (2008:355) om patientdatalag.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/)

Patientlagen (PL, 2014:821). Lag (2014:821) om patientlag.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Förordning (2010:1369) om patientsäkerhet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369\\_sfs-2010-1369](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369)

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/Riksdagen](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/Riksdagen)

## I.3 JOURNALFÖRING

---

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. Såväl planering, genomförande som utvärdering av vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen. Även råd per telefon ska dokumenteras och viktig information som lämnats till patient och/eller närstående ska finnas beskriven.

Informationshanteringen inom hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Patientjournalen är ett arbetsredskap som ska finnas tillgänglig för alla som har ansvar för de olika delarna av vården samt för patienten själv. Informationen i journalen ska vara tillförlitlig och lätt att förstå. Patienten ska, så långt det är möjligt, göras delaktig i planeringen av vård- och behandlingsåtgärder. En väl förd patientjournal utgör dessutom grunden till utvärdering och uppföljning och kan därigenom också förbättra vården för den enskilde patienten.

### I.3.1 PATIENTJOURNALENS INNEHÅLL

Med journalhandling avses alla de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden samt de åtgärder som genomförs eller planeras. Här ingår framställning i skrift, bild eller upptagning som kan avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniskt hjälpmedel.

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av en patient. De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå.

En patientjournal får innehålla uppgifter som behövs för:

- ◇ att fullgöra skyldigheten att föra patientjournal och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienten, eller
- ◇ administration som rör patienten och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars motiveras av vård i enskilda fall

Det finns grundläggande bestämmelser i Patientdatalagen för vilka uppgifter som en patientjournal alltid ska innehålla, förutsatt att uppgifterna finns tillgängliga. I andra författningar finns kompletterande regler om patientjournalens innehåll, till exempel Socialstyrelsens föreskrifter.

Enligt de grundläggande bestämmelserna ska patientjournalen innehålla:

- ◇ uppgifter om patientens identitet
- ◇ väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- ◇ uppgifter om diagnos och anledning till mer framstående åtgärder
- ◇ väsentliga uppgifter om genomförda och planerade åtgärder
- ◇ uppgifter om informationen som lämnats till patienten, hens vårdnadshavare och närstående
- ◇ uppgifter om ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och möjligheten till ny medicinsk bedömning
- ◇ uppgifter om att patienten valt att avstå från vård eller behandling
- ◇ uppgifter om vem som gjort en viss anteckning och när anteckningen gjordes

Uppgifter som ska antecknas i en patientjournal ska föras in så snart som möjligt och journalanteckningen ska signeras av den som ansvarar för uppgiften om inga synnerliga hinder föreligger.

## I.3.2 LAGAR OCH FÖRESKRIFTER

Följande lagar och föreskrifter styr journalföring och informationshantering inom hälso- och sjukvård:

- ◇ Patientdatalagen SFS 2008:355.
- ◇ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40.
- ◇ Patientlagen 2014:821.
- ◇ Lag SFS 2017:612 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård.

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om vem som har gjort en anteckning och när, och uppgifterna ska föras in i patientjournalen så snart som möjligt. Anteckningen ska också signeras av den som ansvarar för uppgiften, om det inte finns något synnerligt hinder. Enligt gällande bestämmelser ska en patientjournal bevaras i minst tio år efter den sista anteckningen

---

### Referenser:

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran\\_sfs-2017-612/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612/)

Patientdatalagen (PDL, 2008:355). Lag (2008:355) om patientdatalag.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/)

Patientlagen (PL, 2014:821). Lag (2014:821) om patientlag.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Socialstyrelsen (HSLF-FS 2016:40). Föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

[www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201640-om-journalforing-och-behandling-av-personuppgifter-i-halso--och-sjukvarden/](http://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201640-om-journalforing-och-behandling-av-personuppgifter-i-halso--och-sjukvarden/)

# I.4 INFORMERAT SAMTYCKE

---

Som legitimerad vårdgivare är man skyldig enligt patientlagen att informera om den vård som bedrivs i syfte “att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.” För att patienten ska kunna ta ställning på ett självständigt sätt i en valsituation måste hon eller han ha fått information om de olika alternativens innebörd, förstått denna information och vara fri att välja.

Informerat samtycke är en grundläggande princip inom all hälso- och sjukvård. Det innebär att patienten ska få tydlig och anpassad information om den planerade behandlingen, om alternativa metoder samt om kända risker och möjliga biverkningar. Informationen ska alltid dokumenteras, liksom patientens samtycke, i journalen.

Det är viktigt att betona att informerat samtycke inte är en engångshändelse, utan en fortlöpande process i vårdmötet. Patienten kan när som helst ställa frågor, be om mer information eller ändra sitt beslut. Vårdgivarens ansvar är att skapa en trygg dialog där patienten känner sig delaktig och har kontroll över beslut som rör den egna vården.

Alla medicinska åtgärder, även manuella behandlingar, innebär vissa risker. Därför är öppenhet, tydlighet och dokumentation avgörande för att både patient och vårdgivare ska känna förtroende för den behandling som genomförs.

## I.4.1 DEFINITION OCH RÄTTSLIG GRUND

Informerat samtycke innebär att en patient, på frivillig grund och efter att ha fått tydlig och begriplig information, godkänner en medicinsk åtgärd. Detta är en grundläggande rättighet inom svensk hälso- och sjukvård och en förutsättning för patientens självbestämmande och kroppsliga integritet.

Samtycke regleras i flera lagar:

- ◇ Patientlagen (2014:821), 4 kap. § 2: ”Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke. Patienten har rätt att avstå från viss vård.”
- ◇ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 5 kap. § 1: ”Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.”
- ◇ Patientsäkerhetslagen (2010:659) samt EU:s dataskyddsförordning (GDPR), som bland annat reglerar hantering av personuppgifter.

### Förutsättningar för giltigt samtycke

För att ett samtycke ska anses rättsligt och etiskt giltigt måste vissa villkor vara uppfyllda. Dessa krav syftar till att skydda patientens självbestämmande och säkerställa att beslutet fattas på ett medvetet och frivilligt underlag.

För att samtycket ska vara giltigt krävs att patienten:

- ◇ **Har fått information** – om syfte, innehåll, risker, fördelar, alternativa metoder (inklusive att avstå) och konsekvenser av att tacka nej. Informationen ska anpassas efter ålder, mognad, språkförmåga och eventuella funktionsnedsättningar.
- ◇ **Förstår informationen** – vårdgivaren ska säkerställa förståelsen genom dialog, kontrollfrågor och vid behov tolk eller hjälpmedel.
- ◇ **Samtycker frivilligt** – beslutet får inte påverkas av påtryckningar, tvång eller beroendeställning.
- ◇ **Ger ett specifikt samtycke** – det ska gälla den aktuella åtgärden och inte vara ett allmänt medgivande till vård.
- ◇ **Kan återkalla samtycket när som helst**, utan att behöva motivera sitt beslut.

Har sitt samtycke dokumenterat – även om skriftlig form inte alltid krävs bör journalanteckning göras, särskilt vid mer omfattande behandlingar eller där risk för missförstånd finns (HSLF-FS 2016:40).

## I.4.2 SAMTYCKE OCH ALLMÄNNA VILLKOR

I vissa vårdsammanhang används allmänna villkor som en del av patientinformationen. Dessa kan ge en övergripande beskrivning av verksamhetens arbetssätt, men kan aldrig ersätta det individuella och specifika samtycke som krävs inför varje behandling.

I allmänna villkor kan dock framgå att:

- ◇ Behandlingar grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- ◇ Samtycke alltid efterfrågas inför behandling.
- ◇ Information ges innan åtgärder vidtas.

## I.4.3 PRAKTISK TILLÄMPNING

Vid behandlingar inom manuell medicin aktualiseras särskilda aspekter av informerat samtycke, då åtgärderna kan ge både förväntade och övergående reaktioner. Patienten behöver därför få tydlig information om möjliga effekter, risker och när vidare vård bör sökas.

Vid manuella behandlingar bör patienten informeras om att:

- ◇ Övergående reaktioner som ömhet, smärta och stelhet kan förekomma.
- ◇ Djupare mjukdelsbehandling kan orsaka blåmärken och lättare hudirritation, vilket är ofarligt.
- ◇ Ledmanipulation kan ge ett hörbart ”knäpp” och tillfälliga reaktioner.
- ◇ Manipulation av halsryggraden: forskningen kan varken bevisa eller utesluta ett samband mellan åtgärden och kärlskador som i sällsynta fall kan orsaka stroke.
- ◇ Vid svårare reaktioner bör patienten kontakta kliniken, och vid allvarliga symtom ska akut vård sökas.

För att underlätta arbetet med informerat samtycke finns riktlinjer som hjälper vårdgivare att agera korrekt i praktiken. Dessa betonar vikten av tydlig information, individuell dialog och noggrann dokumentation i patientjournalen.

För att säkerställa ett korrekt och giltigt informerat samtycke bör följande principer följas:

- ◇ Allmänna villkor kan användas för att ge generell information, men ersätter aldrig det individuella samtycket.
- ◇ Terapeut-patientmötet är alltid platsen för genomgång av hälsodeklaration, behandlingsalternativ och inhämtande av samtycke.
- ◇ Journalen ska innehålla en tydlig notering om att patienten informerats och samtyckt.

Praktisk checklista - inför varje behandling ska terapeuten säkerställa att:

#### Information ges

- ◇ *Syfte och innehåll.*
- ◇ *Möjliga risker och vanliga reaktioner.*
- ◇ *Alternativa metoder – inklusive att avstå.*
- ◇ *Förväntade fördelar.*

#### Förståelse kontrolleras

- ◇ *Patienten får ställa frågor.*
- ◇ *Terapeuten ställer kontrollfrågor för att säkerställa förståelse.*
- ◇ *Vid behov används tolk eller hjälpmedel.*

#### Frivillighet säkerställ

- ◇ *Patienten ska kunna fatta beslut utan påtryckningar eller tvång.*

#### Samtycket är specifikt

- ◇ *Gäller den planerade åtgärden (t.ex. manipulation av nacke/rygg, mjukdelsbehandling).*
- ◇ *Är inte ett generellt medgivande för framtida vård.*

#### Möjlighet att återkalla

- ◇ *Patienten informeras om att samtycket kan tas tillbaka när som helst.*

#### Dokumentation sker i journalen

- ◇ *Notera att information givits och att patienten samtyckt.*
- ◇ *Vid mer riskfyllda behandlingar bör anteckningen vara särskilt tydlig.*

---

## Referenser:

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (8:e uppl.). Oxford University Press.

ISBN 978-0-19-064087-3.

Dataskyddsförordningen (GDPR, EU 2016/679). Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 (allmän dataskyddsförordning).

[www.eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=SV](http://www.eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=SV)

EU:s dataskyddsförordning (GDPR). Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.

[www.eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj](http://www.eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj)

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Lag (2017:30) om hälso- och sjukvård.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

Patientlagen (PL, 2014:821). Lag (2014:821) om patientlag.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/Riksdagen](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/Riksdagen)

Socialstyrelsen (HSLF-FS 2016:40). Föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

[www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201640-om-journalforing-och-behandling-av-personuppgifter-i-halso--och-sjukvarden/](http://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201640-om-journalforing-och-behandling-av-personuppgifter-i-halso--och-sjukvarden/)

Statens offentliga utredningar (SOU 2017:48). Samtycke till vård och omsorg. Slutbetänkande av Utredningen om samtycke. Stockholm: Socialdepartementet.

[www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201748/](http://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201748/)

# I.5 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT

---

**Sekretess och tystnadsplikt är grundläggande för att upprätthålla förtroendet mellan patient och vårdgivare. Utan en tydlig reglering av hur känsliga uppgifter får hanteras skulle vården inte kunna fungera, eftersom patienter måste kunna lämna fullständig och sanningsenlig information om sitt hälsotillstånd för att få en korrekt bedömning och behandling.**

Sekretess och tystnadsplikt är en av de mest centrala skyldigheterna för en legitimerad naprapat. De skyddar patientens integritet, stärker förtroendet för vården och bidrar till att skapa en trygg vårdmiljö. Reglerna gäller både i det dagliga kliniska arbetet, i journalföringen och i kommunikationen med patienter och andra aktörer. Att alltid värna sekretessen är därför en förutsättning för en professionell och patientsäker verksamhet. För naprapater, som verkar inom hälso- och sjukvården, innebär detta ett både juridiskt och etiskt ansvar.

## I.5.1 JURIDISK REGLERING

Sekretess och tystnadsplikt regleras i flera olika lagar:

- ◇ Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400): gäller för offentlig verksamhet och anger att uppgifter om en patients hälsotillstånd eller personliga förhållanden är sekretessbelagda och endast får lämnas ut under särskilda förutsättningar.
- ◇ Patientsäkerhetslagen (2010:659, kap. 6): gäller för privat vårdverksamhet och föreskriver att personal omfattas av tystnadsplikt motsvarande sekretesslagens skydd.
- ◇ Patientdatalagen (2008:355): reglerar hur patientuppgifter ska dokumenteras och lagras i patientjournaler.
- ◇ EU:s dataskyddsförordning (GDPR, 2016/679): förstärker skyddet för personuppgifter och ger patienten rätt till insyn och kontroll över sin information.
- ◇ Patientlagen (2014:821): stärker patientens ställning och betonar rätten till information samt integritet i vårdmötet.

Dessa regelverk kompletterar varandra. Tillsammans skapar de en helhet som säkerställer att patientuppgifter bara används i syfte att ge en god och säker vård, samt att patienten själv har inflytande över hur uppgifterna används.

### Vad omfattas av sekretessen?

Sekretessen gäller alla uppgifter som kan knytas till en patient, oavsett om de är skriftliga, muntliga eller elektroniska. Det omfattar bland annat:

- ◇ diagnoser, behandlingar och journalanteckningar,
- ◇ personliga uppgifter som ålder, familjesituation eller livsstil,
- ◇ observationer som gjorts av vårdpersonalen,
- ◇ uppgifter från andra vårdgivare som har delats i behandlingssyfte.

Sekretessen gäller även efter det att vårdrelationen har upphört och även efter patientens död.

### Undantag från sekretessen

Sekretessen är stark, men inte absolut. Uppgifter får lämnas ut om:

- ◇ patienten själv lämnar sitt samtycke,
- ◇ det finns lagstadgad uppgiftsskyldighet, exempelvis vid anmälan om allvarlig vårdskada till IVO (Lex Maria),
- ◇ det finns fara för patientens liv eller andras säkerhet,
- ◇ domstol eller annan myndighet begär information med stöd av lag.

I varje enskilt fall ska principen om minimera uppgiftslämnande tillämpas – endast den information som är nödvändig får lämnas ut.

## I.5.2 ETISKA ASPEKTER OCH PRAKTISK TILLÄMPNING

Utöver de juridiska kraven är sekretess en grundläggande etisk skyldighet. Den bygger på principerna om respekt för patientens autonomi och integritet. Genom att skydda patientens information visar vårdgivaren respekt och skapar en trygg vårdmiljö där patienten vågar vara öppen om sitt hälsotillstånd.

För naprapater innebär sekretess och tystnadsplikt bland annat att:

- ◇ patientjournaler ska förvaras på ett säkert sätt så att obehöriga inte får tillgång,
- ◇ digitala journalsystem måste uppfylla krav på åtkomstkontroll och loggning,
- ◇ information i väntrum och behandlingsrum inte ska kunna höras av obehöriga,
- ◇ kommunikation via e-post eller sms ska ske på ett säkert sätt, särskilt om känsliga uppgifter delas,
- ◇ all personal som arbetar på kliniken, även administrativ personal, måste känna till och följa reglerna om sekretess.

Sekretessen gäller även i informella sammanhang. Det är inte tillåtet att tala om patienter med familj, vänner eller kollegor som inte är involverade i vården, även om patientens identitet inte uttryckligen nämns.

Om en naprapat bryter mot sekretess- eller tystnadsplikten kan detta få allvarliga konsekvenser:

- ◇ Disciplinära åtgärder från arbetsgivare eller tillsynsmyndigheter,
  - ◇ Anmälan till IVO som kan leda till prövning i HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd),
  - ◇ Återkallelse av legitimation vid allvarliga eller upprepade överträdelser,
  - ◇ Skadeståndsansvar gentemot patienten,
  - ◇ Straffrättsligt ansvar, t.ex. böter eller fängelse vid grovt brott mot tystnadsplikten.
-

## Referenser:

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (8:e uppl.). Oxford University Press.

ISBN 978-0-19-064087-3.

EU:s dataskyddsförordning (GDPR). Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.

[www.eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj](http://www.eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj)

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400). Stockholm: Justitiedepartementet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400/)

Patientdatalagen (PDL, 2008:355). Lag (2008:355) om patientdatalag.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/)

Patientlagen (PL, 2014:821). Lag (2014:821) om patientlag.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/) Riksdagen



## 2. Bedömning och riskhantering

- kliniska beslut för ökad patientsäkerhet

## 2.I VÅRD MED HELA MÄNNISKAN I FOKUS

---

För att vården ska vara både säker och effektiv behöver den utgå från hela människan, inte enbart från symtomen eller den enskilda diagnosen. Hälsa och ohälsa formas i ett samspel mellan kroppsliga, psykologiska och sociala faktorer, vilket sammanfattas i den biopsykosociala modellen. Genom att beakta dessa olika dimensioner minskar risken att viktiga aspekter förbises och förutsättningarna för en trygg och patientsäker vård stärks.

I praktiken innebär detta ett arbetssätt som ofta kallas personcentrerad vård. Det handlar om att se patienten som en unik person med livshistoria, värderingar, relationer och mål – inte bara som bärare av ett specifikt hälsoproblem. Vården utformas i samarbete mellan terapeut och patient, där professionell kunskap kombineras med patientens egna erfarenheter och förväntningar.

Den biopsykosociala modellen och personcentrerad vård hänger nära samman och kan ses som två delar av samma helhet – den första utgör den teoretiska grunden, den andra den praktiska tillämpningen. På så sätt stärks både kvaliteten i vården och patientens delaktighet, samtidigt som riskerna för missförstånd, felbehandlingar eller vårdsador minskar.

### 2.I.I BIOPSYKOSOCIALA MODELLEN

Den biopsykosociala modellen, lanserad av George Engel 1977, är en helhetssyn inom hälsa och sjukdom som ser till biologiska, psykologiska och sociala faktorer i samspel, som ett alternativ till enbart biomedicinska förklaringar. Modellen betonar att kropp och sinne är sammankopplade och att en full förståelse av hälsa och ohälsa kräver att man beaktar alla dessa tre aspekter i deras interaktion.

Vad modellen innebär:

- ◇ **Biologiska faktorer:** Genetik, hjärnkemi, fysiologiska processer och kroppsliga mekanismer.
- ◇ **Psykologiska faktorer:** Kognitiva processer, känslor, copingmekanismer, tankar och medvetna reaktioner.
- ◇ **Sociala faktorer:** Miljö, familjedynamik, arbetsförhållanden, levnadsvanor och social omgivning.

Modellen används för att förstå komplexa problem som långvarig smärta, psykisk ohälsa och beroende, där alla tre faktorerna spelar en roll. Den hjälper till att:

- ◇ **Göra en helhetsbedömning:** Kartlägga kroppsliga besvär, psykiska tillstånd och sociala omständigheter.
- ◇ **Förebygga och behandla:** Skapa en mer komplett förståelse av problemet för att utveckla effektivare strategier.
- ◇ **Bedöma funktionsförmåga:** Används i klassifikationer som [Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa \(ICF\) som Socialstyrelsen](#).

I stället för att se sinne och kropp som separata, förespråkar modellen att de är sammanlänkade och påverkar varandra. Detta perspektiv har blivit en allmänt accepterad modell inom sjukvården och forskningen globalt.

## 2.1.2 PERSONCENTRERAD VÅRD

Begreppen patientcentrerad och personcentrerad vård används ofta synonymt, men i akademiska sammanhang finns viktiga skillnader. Båda modellerna utgår från att vården ska organiseras utifrån individens behov, men de skiljer sig åt i perspektiv, omfattning och målsättning.

Både patientcentrerad och personcentrerad vård har utvecklats utifrån detta synsätt. Begreppen används ibland synonymt, men i akademiska sammanhang görs en distinktion. Båda modellerna bygger på att vården ska organiseras utifrån individens behov, men de skiljer sig i perspektiv, omfattning och målsättning.

Patientcentrerad vård växte fram inom primärvården i Nordamerika under 1980–1990-talet med fokus på mötet mellan patient och vårdpersonal. Den betonar respekt för patientens preferenser och värderingar, delat beslutsfattande och god kommunikation i vårdsituationen. Målet är att stärka patientens roll i det kliniska beslutsfattandet och utforma behandlingen i enlighet med patientens behov i en given situation. Patientcentrerad vård blir därmed ofta episod- eller besöksbaserad, knuten till en specifik vårdhändelse.

Personcentrerad vård utvecklades som en vidareutveckling och ett mer holistiskt perspektiv. Här betraktas individen inte enbart som patient, utan som en person med en unik livshistoria, identitet, relationer och social kontext. En central skillnad är att målet med personcentrerad vård inte enbart är att skapa ett funktionellt liv, utan ett meningsfullt liv för individen.

Personcentrerade modellen betonar:

- ◇ **Helhetssyn:** fysisk, psykisk, social och existentiell hälsa
- ◇ **Partnerskap:** vården utformas i samarbete med individen, dennes familj och nätverk
- ◇ **Kontinuitet:** vården följer personen över tid och i olika vårdsammanhang
- ◇ **Delaktighet och empowerment:** stärka personens egen förmåga att påverka sitt liv och sin hälsa.

Oavsett likheter och skillnader så genomsyrar centrerad vård alla delar av en vårdsituation och har kommunikation som sitt främsta verktyg. Kommunikation är i sin tur väsentligt för att adressera det som är viktigt för patienten och för att skapa en positiv upplevelse av vårdsituationen. Gemensam beslutsfattning och handledd problemlösning är essentiell för att göra patienten självgående. God terapeutisk allians påverkar alla utfallsmått som exempelvis smärta, funktion och upplevd förbättring i en positiv riktning.

## 2.1.3 EVIDENSBASERADE PRINCIPER FÖR SÄKER VÅRD VID MUSKULOSKELETAL SMÄRTA

Den biopsykosociala modellen och personcentrerad vård får särskild betydelse inom behandling av muskuloskeletal smärta. Internationella riktlinjer, som de "11 Best Practice Recommendations for Care in Musculoskeletal Pain", lyfter fram samma principer: att vården ska bygga på en helhetssyn, evidensbaserad information, aktivt deltagande från patienten och anpassning efter individuella behov.

Rekommendationerna betonar bland annat vikten av att:

### 1. Omhändertagande med individfokus

Utgå från den enskildes behov, preferenser och kontext – vården ska vara patient-/personcentrerad och involvera patienten i beslutsfattandet.

### 2. Screening för allvarliga tillstånd ("red flags")

Kontrollera alltid om det kan finnas farliga sjukdomstillstånd som kräver akut insats (exempelvis fraktur, infektion, tumör).

### 3. Identifiera psykosociala faktorer

Ta reda på oro, rädsla för rörelse, förväntningar, arbets- och familjesituation – dessa faktorer påverkar prognos och behandlingsval.

### 4. Selektiv användning av bilddiagnostik

Använd röntgen, MR, CT endast när det finns misstanke om allvarligt tillstånd, då konservativ behandling inte ger resultat, eller när det troligen påverkar valet av behandling.

### 5. Klinisk undersökning

Utför relevant fysisk undersökning inkl. rörlighet, styrka, neurologisk status när det behövs – inte enbart bilddiagnostik.

### 6. Mätning av behandlingsframsteg

Använd validerade mått för att följa upp patientens symtom, funktion och livskvalitet för att kunna justera behandling vid behov.

### 7. Information och patientutbildning

Informera om diagnos, möjliga behandlingsalternativ, risker och vad patienten kan göra själv. Stärker delaktigheten och kunskapsbasen för beslut.

### 8. Fysisk aktivitet och övning

Främja aktiv rehabilitering: motion, stretching, styrke- och mobilitetsträning – anpassat efter patientens kapacitet.

### 9. Manuell terapi som en del av helhetsbehandlingen

Manuella metoder som manipulation, mobilisering och mjukdelsbehandling kan bidra till smärtlindring, ökad funktion och förbättrad rörelseförmåga. Behandlingen bör dock alltid kombineras med patientutbildning, egenvårdsstrategier och fysisk aktivitet för bästa långsiktiga resultat. På så sätt blir den manuella terapin en integrerad del av ett bredare,

individ Anpassat vårdprogram.

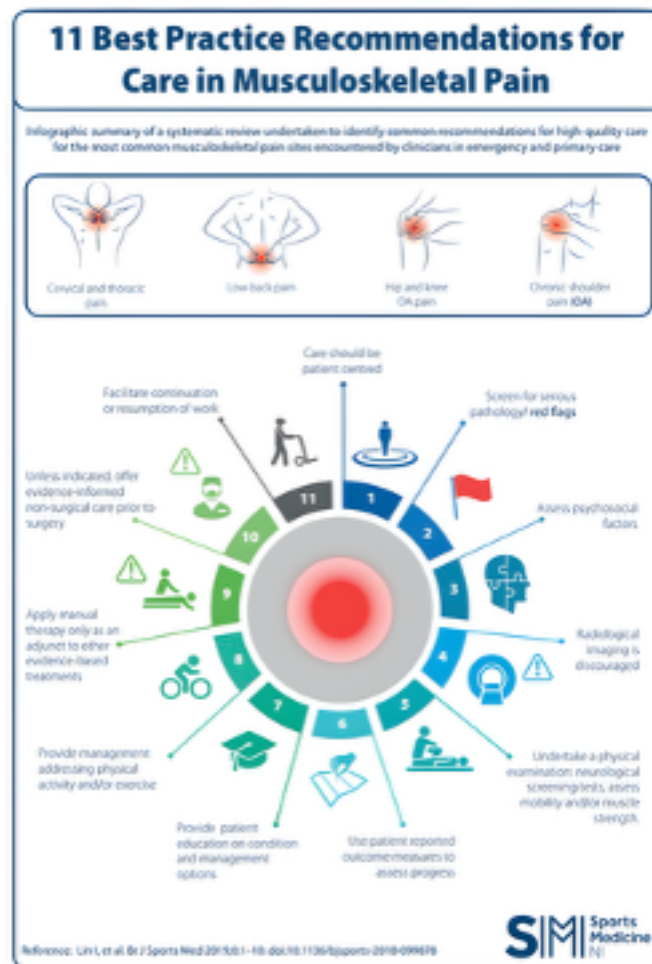
### 10. Icke-kirurgisk vård först

Prioritera konservativa behandlingar, livsstilsförändringar och rehabilitering innan kirurgiska alternativ övervägs, om inte kirurgi är tydligt indicerat.

### 11. Stöd till arbetsförmåga eller återgång till aktivitet

Ta hänsyn till patientens arbetsliv och vardag. Planera åtgärder som möjliggör kvarstående eller återgång i arbete och aktivitet, då detta ofta stärker återhämtning och välmående.

Genom att integrera dessa internationellt förankrade principer i det dagliga arbetet får den biopsykosociala modellen och personcentrerad vård en konkret och praktisk betydelse för naprapatens patientsäkerhetsarbete.



## Referenser:

Devan, H., Hale, L., Hempel, D., Saipe, B., & Perry, M. A. (2018). What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physiotherapy*, 104(2), 94–106.

[doi.org/10.1016/j.physio.2017.11.002](https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.11.002)

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. [doi.org/10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)

Eklund, A. et al. (2019). The Nordic Maintenance Care Program: Effectiveness of chiropractic maintenance care versus symptom-guided treatment for recurrent and persistent low back pain—A pragmatic randomized controlled trial. *PLoS One*, 14(9), e0223346.

[doi.org/10.1371/journal.pone.0223346](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223346)

Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical Therapy*, 93(4), 470–478.

[doi.org/10.2522/ptj.20120137](https://doi.org/10.2522/ptj.20120137)

Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Caneiro, J. P., Nagree, Y., Straker, L., & O’Sullivan, P. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79–86.

[doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878](https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878)

McWhinney, I. R. (1989). The need for a transformed clinical method. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 7(1), 5–9. [doi.org/10.3109/02813438909103604](https://doi.org/10.3109/02813438909103604)

Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63–69.

[doi.org/10.7812/tpp/10-148](https://doi.org/10.7812/tpp/10-148)

Stenner, R., Swinkels, A., Mitchell, T., & Palmer, S. (2018). Exercise prescription for patients with non-specific chronic low back pain: A qualitative study of patients’ experiences of general practice. *Physiotherapy*, 104(3), 345–351.

[doi.org/10.1016/j.physio.2017.08.011](https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.08.011)

Stewart, M. (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

ISBN: 978-0-8039-5689-6 (paperback) / ISBN-10: 0-8039-5689-4.

## 2.2 HÄLSODEKLARATION

---

Hälsodeklarationen är ett grundläggande instrument inom manuell medicin och används för att på ett systematiskt sätt kartlägga patientens medicinska bakgrund, aktuella hälsotillstånd och potentiella riskfaktorer. Genom att inhämta information om exempelvis tidigare sjukdomar, läkemedelsanvändning, skador och livsstilsrelaterade faktorer skapas en helhetsbild som är avgörande för kliniskt beslutsfattande och för att möjliggöra en säker och individanpassad behandling.

En väl utformad hälsodeklaration bidrar till att identifiera kontraindikationer och risktecken, så kallade red flags och yellow flags, vilka är centrala för att upptäcka allvarliga bakomliggande tillstånd och undvika vårdskador. Detta är särskilt viktigt inom manuell medicin där behandlingar ofta innebär mekanisk belastning på vävnader, vilket kan vara kontraindicerat vid vissa sjukdomstillstånd såsom kärldissektion, osteoporos eller antikoagulantibehandling.

Utöver sin funktion som ett kliniskt beslutsstöd fyller hälsodeklarationen även en pedagogisk roll. Genom att patienten reflekterar över sitt hälsotillstånd och sina symtom främjas delaktighet och en personcentrerad vårdrelation.

### 2.2.1 SYFTE OCH FUNKTION

Hälsodeklarationen fyller flera funktioner:

1. **Kliniskt beslutsstöd** – hjälper naprapaten att bedöma indikationer och kontraindikationer för behandling.
2. **Riskidentifiering** – bidrar till att upptäcka kontraindikationer, red flags (tecken på allvarlig sjukdom) och yellow flags (psykosociala faktorer som kan påverka rehabilitering).
3. **Delaktighet och pedagogik** – stärker patientens reflektion över sitt hälsotillstånd och skapar en grund för en personcentrerad vårdrelation.

### 2.2.2 INNEHÅLL I EN HÄLSODEKLARATION

En väl utformad hälsodeklaration bör omfatta:

- ◇ Medicinsk bakgrund – tidigare sjukdomar, operationer, skador och ärftlighet.
- ◇ Aktuell hälsa – symtom, diagnoser, pågående behandlingar och läkemedelsanvändning.
- ◇ Livsstilsfaktorer – fysisk aktivitet, kost, sömn, stress, alkohol- och tobaksvanor.
- ◇ Sociala faktorer – arbete, fritid, psykosocial situation.
- ◇ Patientens mål och förväntningar – för att anpassa vården till individens behov.

## 2.2.3 PRAKTISK TILLÄMPNING

För att hälsodeklarationen ska fungera som ett effektivt verktyg i det kliniska arbetet behöver den användas på ett systematiskt och genomtänkt sätt. Nedan följer centrala steg i tillämpningen:

### 1. Introduktion och trygghet

- ◇ Förklara för patienten varför hälsodeklarationen är viktig: den används för att säkerställa en trygg och individanpassad vård.
- ◇ Betona att informationen omfattas av sekretess enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Detta stärker förtroendet och underlättar en öppen dialog.

### 2. Genomgång av anamnes

- ◇ Låt patienten fylla i formuläret i förväg eller på plats.
- ◇ Gå sedan igenom svaren tillsammans i dialogform. På så sätt kan patienten utveckla sina svar och eventuella missförstånd undviks.
- ◇ Ställ följdfrågor om sjukdomar, operationer, medicinering eller andra riskfaktorer som kan påverka behandlingens säkerhet.

### 3. Identifiering av riskfaktorer

- ◇ Tolka uppgifterna med fokus på red flags och yellow flags.
- ◇ Bedöm om det finns absoluta kontraindikationer som utesluter manuell behandling (t.ex. fraktur, kärldissektion).
- ◇ Notera relativa kontraindikationer (t.ex. osteoporos, antikoagulantia) som kan kräva anpassning av teknik eller intensitet.

### 4. Dokumentation i journal

- ◇ Sammanfatta väsentliga uppgifter i patientjournalen enligt Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40).
- ◇ Journalför både patientens egna uppgifter och naprapatens kliniska bedömning.
- ◇ Skriv tydligt kring riskbedömning och beslutsmotivering, eftersom detta stärker patientsäkerheten och underlättar vid en eventuell granskning.

### 5. Kommunikation och delaktighet

- ◇ Diskutera resultaten med patienten: vilka fynd som är viktiga, eventuella risker och nästa steg i behandlingsplaneringen.
- ◇ Involvera patienten i beslut om behandlingsalternativ, i enlighet med patientlagens krav på informerat samtycke (2014:821, 4 kap. § 2).
- ◇ Förklara varför vissa behandlingar kan avrådas och vilka säkra alternativ som finns.

### 6. Uppföljning och revidering

- ◇ Hälsodeklarationen är inte statisk. Den bör uppdateras regelbundet, särskilt om patientens hälsotillstånd förändras eller nya behandlingar inleds.
- ◇ Vid återbesök: ställ alltid kontrollfrågor om mediciner, nya diagnoser eller förändringar i livsstil.

## Referenser:

Ekman et al. (2011). Person-centred care—ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. [doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008)

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Lag (2017:30) om hälso- och sjukvård.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

Kjaergaard-Andersen, P., & Kehlet, H. (2012). Evidence-based patient optimization and risk assessment. *EFORT Open Reviews*, 1(5), 205–210. [doi.org/10.1302/2058-5241.1.000018](https://doi.org/10.1302/2058-5241.1.000018)

Patientdatalagen (PDL, 2008:355). Lag (2008:355) om patientdatalag.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/)

Patientlagen (PL, 2014:821). Lag (2014:821) om patientlag.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/Riksdagen](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/Riksdagen)

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Förordning (2010:1369) om patientsäkerhet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369\\_sfs-2010-1369](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369)

Socialstyrelsen. (2017). Patientsäkerhet – Övergripande principer och nationellt arbete. Stockholm: Socialstyrelsen.  
[www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/patientsakerhet/](http://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/patientsakerhet/)

Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63–69. [doi.org/10.7812/TPP/10-148](https://doi.org/10.7812/TPP/10-148)

World Health Organization (WHO). (2021). Patient Safety: Global Action Plan 2021–2030. Geneva: World Health Organization.  
[www.who.int/publications/i/item/9789240032705](http://www.who.int/publications/i/item/9789240032705)

## 2.3 RISKBEDÖMNINGAR

---

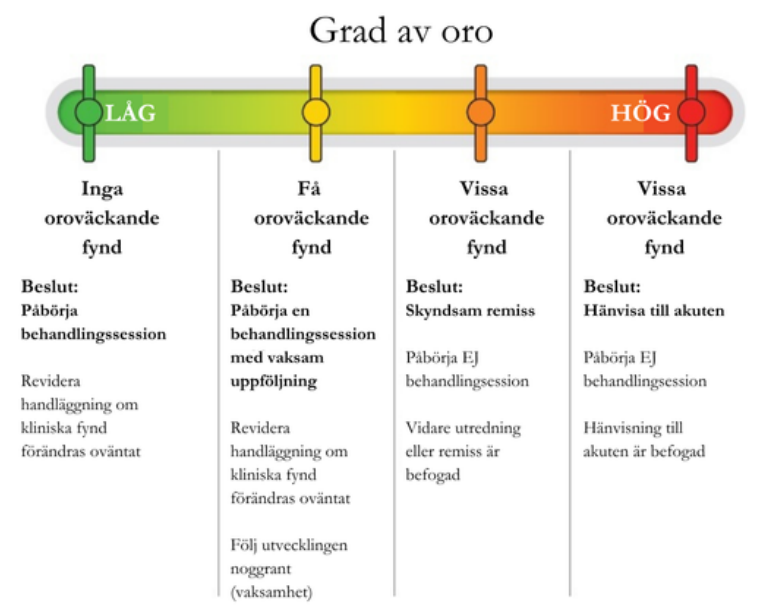
En viktig egenskap för naprapater är förmågan att tidigt identifiera patienter vars symtom inte primärt har sitt ursprung i rörelseapparaten, utan kan bero på allvarlig bakomliggande patologi. Att skilja mellan muskuloskeletala besvär och tillstånd som kräver vidare medicinsk utredning är avgörande ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Grunden för denna bedömning är en systematisk anamnes, där patientens sjukdomshistoria, aktuella symtom och riskfaktorer kartläggs, i kombination med en noggrant genomförd klinisk undersökning.

Syftet är att genom triagering avgöra om patienten kan behandlas inom naprapatins ram eller om omedelbar remittering till annan vårdnivå är nödvändig. I detta ingår att identifiera röda flaggor (red flags), det vill säga tecken på allvarlig sjukdom som cancer, infektion, fraktur eller kärlproblematik, vilka ofta utgör absoluta kontraindikationer för manuell behandling. Lika viktigt är att uppmärksamma gula flaggor (yellow flags), psykosociala faktorer som oro, nedstämdhet eller katastroftankar, eftersom dessa kan påverka rehabiliteringens förlopp och prognos. Även blå flaggor (blue flags) och svarta flaggor (black flags) behöver vägas in; de avser arbetsrelaterade respektive samhälleliga hinder som kan komplicera återgång i arbete eller påverka behandlingsresultatet. Utöver flaggsystemet ska kontraindikationer för specifika manuella tekniker alltid beaktas, till exempel osteoporos, antikoagulantibehandling eller pågående infektion. En korrekt och strukturerad triagering, där både medicinska risker, psykosociala faktorer och kontraindikationer för behandling beaktas, är en grundförutsättning för att minska risken för vårdskador och för att patienten ska få rätt vård på rätt nivå.

### 2.3.1 RÖDA FLAGGOR

Röda flaggor är tecken och symtom som indikerar allvarlig patologi. Värdering av red flags är komplex och bygger inte enbart på identifiering av red flags i ett ja/nej system utan innefattar medicinsk kunskap om incidens, prevalens samt hur allvarliga patologier kan maskera sig i ett smärttillstånd. Som exempel kan nämnas att Bone (2018) konstaterar att 64% av patienter med spinal malignitet inte hade någon red flag representerad. I kontrast till det har de flesta patienter med ländryggssmärta minst en red flag. Utmaningen består i att identifiera den lilla grupp av patienter som ska remitteras vidare utan att för den skull agera på varje enskild red flag som skulle kunna innebära onödiga undersökningar och oro för patienten. Förhållningssättet för ett adekvat triagearbete består i praktiken av ett gediget kliniskt resonemang som kräver kunskap, förståelse och ibland magkänsla för hur en potentiellt allvarlig patologi kan representeras. Utvärdering av red flags har sina begränsningar, men det utgör det för närvarande bästa verktyget för utvärdering av en potentiellt allvarlig patologi. Triage i en vårdssituation kan och ska aldrig underskattas.

Ett praktiskt förhållningssätt gentemot röda flaggor kan vara att gradera, och i vissa fall följa patientens utveckling, då vissa allvarliga patologier manifesteras över tid. En gradering i "level of concern" underlättar bedömning och kliniskt beslutfattande för lämplig åtgärd (se figur)



## Generella röda flaggor

Följande utgör generella röda flaggor, det vill säga varningssignaler på potentiellt allvarliga bakomliggande tillstånd som kräver särskild uppmärksamhet och ofta vidare medicinsk utredning.

1. **Misstanke om malignitet** - dessa tecken är viktiga för att identifiera risken för primära tumörer eller skelettmetastaser, vilka kan vara orsaken till patientens smärta.
  - ◇ Cancersjukdom (tidigare eller pågående)
  - ◇ Avsevärda smärtor eller smärtdebut efter 55 års ålder
  - ◇ Ofrivillig viktnedgång (> 5% viktminskning på 6–12 månader)
  - ◇ Nedsatt allmäntillstånd
  - ◇ Konstant progredierande, icke-mekanisk smärta (som ej minskar i viloläge)
  
2. **Misstanke om spinal infektion** - dessa tecken indikerar en möjlig pågående infektion i ryggraden (t.ex. diskit, osteomyelit, spinal abscess), vilket kräver skyndsam medicinsk behandling.
  - ◇ Feber > 38 grader
  - ◇ Drogmissbruk (särskilt intravenöst)
  - ◇ Nedsatt immunförsvar (inkl. långvarig steroidbehandling)
  - ◇ Misstänkt infektionssjukdom (t.ex. nyligen genomgången urinvägsinfektion)
  
3. **Misstanke om fraktur** - dessa tecken och riskfaktorer höjer misstanken om en fraktur i ryggraden, antingen från ett akut trauma eller på grund av försvagat skelett.
  - ◇ Kraftigt trauma bakom smärtan
  - ◇ Ålder över 55 år (ökad risk för osteoporos)
  - ◇ Långvarig systematisk steroidbehandling (försvagar skelettet)
  - ◇ Strukturell deformitet (kan vara tecken på kotkompression)
  - ◇ Intensifierad smärta vid minsta rörelse
  
4. **Misstanke om cauda equina syndrom/allvarlig neurologisk påverkan** - detta är den mest akuta kategorin som signalerar en allvarlig kompression av nervstrukturer, vilket kan leda till permanenta skador om det inte åtgärdas omedelbart.

- ◇ Cauda equina syndrom: (Specifika symtom som ridbyxeanestesi, nedsatt sfinktertonus, blås- och tarmdysfunktion).
- ◇ Utbredd eller progressiv motorisk svaghet
- ◇ Gångstörning

**5. Misstanke om systemisk inflammatorisk sjukdom - dessa tecken flaggar för en underliggande reumatisk sjukdom som kräver en specifik reumatologisk utredning och behandling.**

- ◇ Gradvis insättande sjukdom före 40 års ålder
- ◇ Markant morgonstelhet (>30 minuter)
- ◇ Ärftliga sjukdomstillstånd (reumatiska)
- ◇ Associerade symtom: Irit (ögoninflammation), hudutslag (psoriasis), kolit (tarminflammation).

**6. Misstanke om annan allvarlig icke-spinal patologi (vaskulär/visceral) - denna kategori fångar upp tecken på att smärtan kan komma från andra organsystem än rörelseapparaten.**

- ◇ Bröstmärta (kan indikera hjärt-, lung- eller kärlsjukdom som aortaaneurysm).
- ◇ Ryggsmärta hos barn under 18 års ålder (kan vara tecken på ett brett spektrum av allvarliga sjukdomar utöver de ovan nämnda).

Åldersrelaterade faktorer	Fysiska tecken och symptom	Övrigt	Neurologiska fynd
<p><b>Ålder &lt; 20 år</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medfödda avvikelser</li> <li>• Födelsemärken</li> <li>• Ändrad hårfördelning</li> <li>• Hudflikor (skin tags)</li> <li>• Familjehistoria</li> <li>• Infektioner relaterade till substansmissbruk</li> </ul> <p><b>Ålder &gt; 50 år</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historik av cancer</li> <li>• Kardiovaskulär sjukdom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feber</li> <li>• Nackstelhet</li> <li>• Illamående eller kräkningar</li> <li>• Oförklarlig viktnedgång</li> <li>• Torticollis</li> <li>• Begränsad nackmobilitet</li> <li>• Erytem eller exsudat</li> <li>• Svår nackömheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Högt erythrocytsedimentationsvärde</li> <li>• Högt C-reaktivt protein</li> <li>• Högt antal vita blodkroppar</li> <li>• Nya symtom i samband med inflammatorisk artrit</li> <li>• Trauma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoffmanns och Babinskis tecken</li> <li>• Hyperreflexi</li> <li>• Ändrad muskeltonus</li> <li>• Inkontinens</li> <li>• Ändrad kognitiv status</li> <li>• Ataxi</li> <li>• Synförlust</li> <li>• Ny eller svår huvudvärk</li> <li>• Fotofobi eller fonofobi</li> </ul>

## Specifika röda flaggor

### *Cauda equina syndrom (CES)*

Prevalensen för CES har rapporterats till 1 på 33 000 till 1 på 100 000 personer. CES kan uppstå av olika anledningar, som exempel drabbas cirka 2 procent av dem som har diskbråck med CES som komplikation. Symtom som startar med ensidig eller dubbelsidig radierande smärta med nedsatt dermatomal och mytomala symtom och eller fynd för att sedan progrediera med påverkan av urinblåsa, tarmfunktion och eller känselstörning i "ridbyxa" området ska därför leda till misstanke om CES. Vid misstanke om CES är undersökning av nervsystemet (dermatom, mytom, reflex) adekvat. Utökad neuronalt status som inkluderar, känsel i "ridbyxa" området bör även inkluderas. Vid tillfälle där patienten inte utvecklat CES men misstanke finns om att detta kan ske bör patienten få information i form av ett "skyddsnät" som inkluderar vad denna ska göra om symtom som exempelvis blås/tarm påverkan utvecklas.

### *Spinal fraktur*

Spinal fraktur är diagnosen som utgör flest fall av allvarlig patologi i ryggraden. Punktprevalensen är 0,7%-4,5% i primärvård. De flesta frakturer uppstår mellan TH 8-L4. Den största risken att drabbas har äldre samt kvinnor. Cirka 12% av kvinnor i åldern mellan 50–70 år samt 20% av kvinnor över 70 år har en spinal fraktur. Uppskattningsvis är upp till 70% av frakturerna odiagnostiserade. För att identifiera spinal fraktur föreslås det att inte agera på enskilda röda flaggor utan att i stället värdera den stora bilden av riskfaktorer. Som tidigare nämnt är ålder en viktig riskfaktor men det är viktigt att känna till att ett stort antal yngre kan drabbas på grund av andra riskfaktorer som: överdriven alkoholkonsumtion, D-vitaminbrist, kortikosteroid behandling över tid (mer än 5 mg över 3 månader), reumatoid artrit, diabetes och rökning, (mer än 20 cigaretter per dag. Andra riskfaktorer utgörs av ett icke optimalt näringsupptag på grund av diet, ätstörning eller sjukdomar som exempelvis Crohns. De faktorer som bäst associeras med spinal fraktur är: ålder, kortikosteroid användning samt trauma och närvaro av blånad (blödning) i det aktuella området. Den kliniska bilden utgörs ofta av en plötslig debut av smärta i samband med trauma eller lyft. Smärtbilden kan variera men är ofta mest uttalad i lokaliseringen för frakturen. Viktbärande situationer samt aktiv rörelse är ofta smärtsamma och begränsade. Det kan finnas en palpations/ perkussionsömhet i området men avsaknad av detta utesluter inte fraktur. Vid misstanke om fraktur ska röntgenundersökning utföras för att bekräfta diagnos samt utesluta differentialfrakturer som metastatisk tumör samt multipel myelom vilket båda kan kompromissa skelettets tålighet.

### *Spinal malignitet*

Skelett är en vanlig lokalisering för metastaser. Hela ryggraden kan drabbas men bröstryggen är den mest förekomna lokaliseringen. Spinal metastasering är efter fraktur den näst vanligaste allvarliga patologin som drabbar ryggraden. Punktprevalensen för spinal malignitet som orsak till ryggsmärta är 0,0–0,7% i primärvård och 7% i sekundärvård. Malignitet kan drabba alla åldrar men risken ökar med ålder. De vanligaste primära tumörerna att metastasera till ryggraden kommer från bröst, prostata, lunga, sköldkörtel och njure. Cirka 30% av dessa primära tumörer metastaserar till ryggraden. För bröstcancer sker 50% av metastaseringen inom fem år medan 50% uppkommer tio år eller senare efter den primära tumören. Metastaser kan inte uteslutas i brist av känd primär tumörsjukdom. Hos 25% utgör metastatisk ryggmärgskompression det första maligna tecknet. Den röda flagga som starkast indikerar metastas till ryggraden är tidigare malignitet. Till skillnad från exempelvis spinal infektion där symtomutvecklingen är linjär, är symtom från malignitet ofta fluktuerande.

### *Spinal infektion*

Spinal infektion är en infektionssjukdom som drabbar spinala strukturer. Incidensen av spinal infektion har ökat i hög-medelinkomstländer. Incidensen var 0,2–2,4 fall per 100 000 år 2012. Spinal infektion representerar 2–7% av alla muskuloskeletala infektioner. Punktprevalensen för icke-mekanisk ryggsmärta uppskattas i primärvården till 0,01%. Den klassiska symtomtriaden består av ryggsmärta, feber och neurologisk påverkan. Alla patienter utvecklar inte alla symtom, enbart 50% av de som drabbas rapporterar feber.

Riskfaktorer för spinal infektion är förutom miljöfaktorer som exempelvis uppväxt i länder med hög frekvens av tuberkulos interna faktorer som rökning, diabetes, immunsupprimerande sjukdomar och framför allt kirurgiska ingrepp där fetma ökar risken för spinal infektion ytterligare.

## Områdesspecifika röda flaggor

### Halsryggrad/huvudvärk

Differentialdiagnostik för nacksmärta är bred och inkluderar trauma och icke-muskuloskeletala sjukdomsprocesser som kan klassificeras som neoplastiska, inflammatoriska, infektiösa, vaskulära, endokrinologiska och neurologiska.

Kliniska egenskaper som tyder på ett icke-muskuloskeletalt ursprung kan generellt kategoriseras som:

- ◇ åldersrelaterad
- ◇ fysiska tecken och symtom
- ◇ mixad
- ◇ neurologiska fynd

Röda flaggor för huvudvärk inkluderar plötslig debut eller progress av huvudvärk där minnesregeln SNOOP kan hjälpa till att värdera faktorer runt huvudvärken:

**S** Systemic: Systemiska symtom eller sjukdom

- ◇ Feber
- ◇ Påverkad medvetandegrad
- ◇ Antikoagulering
- ◇ Graviditet
- ◇ Cancer

**N** Neuro: Neurologiska symtom eller tecken

- ◇ Papillödem
- ◇ Asymmetrisk kranialnervsfunktion
- ◇ Asymmetrisk motorisk funktion
- ◇ Avvikande cerebellär funktion

**O** Onset: Debut nyligen eller plötslig

- ◇ Plötslig debut

**O** Onset: Debut senare i livet

- ◇ Debut efter 40 års ålder

**P** Prior: Tidigare anamnes av huvudvärk som är annorlunda eller progredierande

- ◇ En ny typ av huvudvärk som avviker från patientens vanliga huvudvärk
- ◇ Ett nytt eller förändrat huvudvärksmönster

### Patologier halsryggrad:

- ◇ Fraktur, instabilitet, ligamentskada
- ◇ CAD (cervical artery dysfunction)
- ◇ Myelopati
- ◇ Atypisk Huvudvärk
- ◇ Hjärnskakning/Hjärnskada
- ◇ Spinal infektion
- ◇ Malignitet

### *Bröstryggrad*

Röda flaggor för bröstryggrad skiljer sig inte markant från övrig ryggrad. Utmärkande är att 70% av osteoporotiska frakturer sker i bröstryggraden. En liknande distribution kan ses vid metastasering. Det innebär att risken för en bakomliggande allvarlig patologi vid exempelvis symtom på radikulopati är högre i bröstryggraden än för nacke, ländryggraden. Den relativa risken är dessutom större då det är ovanligt med diskbräck (som orsakar radikulopati) i området. Ytterligare en aspekt som inte är exklusivt för bröstryggraden men som självklart måste tas i beaktning är risken för att patientens smärta har sitt ursprung från sjukdomsprocesser i inre organ.

### Patologier bröstryggrad:

- ◇ Malignitet ex Bröstcancer med metastasering
- ◇ Osteoporos (risk för fraktur)
- ◇ Fraktur
- ◇ Spinal Infektion
- ◇ Viscerala sjukdomar
- ◇ Lungemboli

### *Ländryggrad/bäcken*

En av de vanligaste allvarliga patologierna tillsammans med spinal fraktur, infektion samt malignitet är cauda equina syndrom (se specifika red flags). En annan viktig faktor som utgör ca 1% prevalens av ryggsmärta är den allvarliga patologin kopplad till icke mekanisk smärtdistribution. I praktiken utgörs det av en konstant smärta som inte associeras med mekanisk rörelse eller positionering i någon stor utsträckning. Denna representation bör leda misstankar till malignitet (0,7%), infektion (0.01%) eller inflammatorisk artrit (0,3%). Den senare gruppen utgör en viktig grupp även för bäckensmärta då inflammatorisk artrit, graviditetsrelaterad, samt trauma utlöst bäckensmärta är de vanligaste grupperna för denna typ av smärtproblematik.

### Patologier ländryggrad/bäcken:

- ◇ Icke mekanisk smärtdistribution
- ◇ Cauda equina syndrom (CES)
- ◇ Övre lumbal diskherniering hos yngre patienter (ovanligt med hög lumbala diskbråck)
- ◇ Ankyloserande spondylit
- ◇ Spinal Infektion
- ◇ Fraktur
- ◇ Malignitet
- ◇ Aortaaneurysm

## 2.3.2 GULA FLAGGOR

Gula flaggor är psykosociala faktorer som ökar risken för att utveckla eller vidmakthålla smärta och funktionsnedsättning. Fysiskt krävande jobb, fysisk och psykisk samsjuklighet, rökare och överviktiga individer löper störst risk att rapportera ländryggssmärta. Funktionsnedsättande smärta i ländryggen är överrepresenterade bland personer med låg socioekonomisk status. Initialt hög smärtintensitet, psykisk stress och utspridd smärtlokalisering ökar risken för långvarigt funktionsnedsättande smärta i ländryggen. Gula flaggor finns representerade i emotionella faktorer, kognitiva faktorer, beteendefaktorer samt arbetsrelaterade faktorer (blå/svarta flaggor). De utgör därmed viktiga prognostiska faktorer att kartlägga i en vårdsituation. Ett verktyg som kan underlätta detta är STarT Back Screening Tool (Keele University). Verktuget bedömer prognos och klassificerar utfallet i låg-, medel- eller hög risk. Denna typ av subklassificering kan tjäna syftet för att utöva stratifierad vård.

**Gula flaggor kan i stort uppdelas i tre områden:**

1. *Emotionella faktorer, till exempel:*
  - ◇ Rädsla för ökad smärta vid aktivitet – reducerad aktivitetsnivå
  - ◇ Ökat fokus på somatiska symtom
  - ◇ Rädsla för rörelse
  - ◇ Depression, oro, stress och minskad social interaktion
2. *Kognitiva faktorer, till exempel:*
  - ◇ Katastroftankar eller övertygelse om att smärta betyder skada eller kan leda till invaliditet
  - ◇ Övertygelse om att smärtan helt måste försvinna innan normala aktiviteter eller arbete kan återupptas
  - ◇ Höga förväntningar på passiv behandling snarare än tro på att aktivt deltagande i rehabiliteringsprocessen kommer att hjälpa
3. *Beteendefaktorer, till exempel:*
  - ◇ Disproportionellt undvikande av aktiviteter och rörelser
  - ◇ Överkonsumtion av smärtstillande
  - ◇ Identifiering av gula flaggor är en given del i den biopsykosociala modellen.

## 2.3.3 BLÅ OCH SVARTA FLAGGOR

Arbetsrelaterade faktorer, så kallade svarta och blåa flaggor, kan handla om låg tillfredsställelse på arbetsplatsen, begränsat inflytande över de egna arbetsuppgifterna eller missnöje med lön och arbetstid.

## 2.3.4 KONTRAINDIKATIONER FÖR MANUELL BEHANDLING

Som legitimerad vårdgivare är det viktigaste att identifiera patienter som inte har smärta som kan härledas till det muskuloskeletala systemet så att remittering till rätt vårdinstans kan ske. Det är också av största vikt att identifiera riskfaktorer och kontraindikationer före användandet av viss typ av manuell behandling. Vid absoluta kontraindikationer är användandet av den specifika manuella tekniken uteslutet då det utsätter patienten för onödig risk. Vid relativa kontraindikationer kan den specifika manuella tekniken användas i ett visst område men inte i ett annat.

Kontraindikationer för spinal manipulation sträcker sig från situationer där ingen indikation för interventionen föreligger, till tillstånd där manipulation kan vara ett alternativ som andrahandsbehandling (second line treatment) och potentiellt ge positiv effekt. Utöver detta finns både absoluta och relativa kontraindikationer.

I klinisk praxis ska kontraindikationer alltid hanteras som ett absolut förhållningssätt: om en kontraindikation föreligger ska tekniken inte användas. Om kontraindikationer saknas möjliggörs i stället en individuell bedömning av förväntad nytta i relation till risk för möjliga behandlingstekniker.

Det är också viktigt att patienten får information om förväntade vinster och eventuella risker, samt om alternativa behandlingsmöjligheter. Detta ger patienten förutsättningar att påverka sin behandlingsplan genom gemensamt beslutsfattande.

Det föreligger flertalet kontraindikationer för användandet av framförallt spinal manipulation. Nedan beskrivs först de absoluta kontraindikationerna följt av absoluta och relativa kontraindikationer för olika sjukdomskategorier.

### **Absoluta kontraindikationer för spinal manipulation**

#### *A. Mekanisk instabilitet och trauma*

- ◇ Instabilitet (patologisk/funktionell segmentell instabilitet med risk för neurologisk påverkan)
- ◇ Anomalier (med instabilitet) (medfödda/förvärvade felställningar som gör segmentet instabilt)
- ◇ Akuta frakturer (pågående läkning/instabil fraktur med förskjutningsrisk)
- ◇ Kongenital generell hypermobilitet (systemisk överrörlighet med ökad skaderisk)
- ◇ Subluxation och luxation av en kota (partiell/fullständig felställning med mekanisk blockad och nervrisk)
- ◇ Reumatisk sjukdomsprocess i halsryggraden med risk för instabilitet (t.ex. RA/psoriasisartrit; möjlighet till atlantoaxial instabilitet)

- ◇ Patienter opererade med interna eller externa fixationer (risk att påverka implantat/icke-läkt fusion)
- ◇ Atlantoaxial instabilitet utgör en absolut kontraindikation för spinal manipulation i det anatomiska området.

### *B. Tumörer och neoplasier*

- ◇ Malign process eller sekundär tumör i kotpelare/ryggmärg/meninger (risk för patologisk fraktur, neurologisk skada eller spridning)
- ◇ Aggressiva benigna tumörer (t.ex. aneurysmal bencysta, jättecellstumör, osteoblastom, osteoid osteom) (lokal benförsvagning och frakturrisk)
- ◇ Neoplastiska sjukdomar i muskulatur eller annan mjukvävnad (risk för blödning/spridning och smärtexacerbation)
- ◇ Tidigare malignitet enligt ovan ska alltid utredas före manipulation/mobilisering (ökad sannolikhet för metastas/recidiv)

### *C. Infektioner*

- ◇ Akuta infektioner i skelett, kotpelare eller disk (osteomyelit, septisk artrit, diskit, tuberkulos m.m.) (risk för spridning, instabilitet och neurologisk skada)
- ◇ Nackspärr hos barn/ungdom i samband med eller nära övre luftvägsinfektion (kan indikera retrofaryngeal abscess eller Grisel's syndrom)

### *D. Vaskulära och blödningsrelaterade tillstånd*

- ◇ Sjukdomstillstånd i vertebral- eller karotisartären (t.ex. dissektion/stenos; strokerisk vid mekanisk belastning)
- ◇ Aortaaneurysm (risk för dissektion/ruptur vid tryckförändringar)
- ◇ Hematom i ryggmärgen eller intrakraniellt (risk för tryckökning och akut neurologisk försämring)

### *E. Neurologiska tillstånd och tecken*

- ◇ Cauda equina-syndrom (nyttillkommen blåsa/tarm-dysfunktion, sadelanestesi, snabb bensvaghet; kräver akut åtgärd)
- ◇ Diskherniering med tecken på progressiv neurologisk funktionsnedsättning (tilltagande pares/sensorikbortfall)
- ◇ Diskbräck med manifesta neurologiska symtom (motorik/sensorik/reflexer påverkas)
- ◇ Positivt Kernig's eller Lhermitte's tecken (meningeal retning respektive ryggmärgspåverkan)

### *F. Medfödda/kraniocervikala anomalier*

- ◇ Basilar invagination av övre halsryggraden (dens förskjuten mot foramen magnum; risk för medullakompression)
- ◇ Arnold-Chiari-malformation av övre halsryggraden (tonsillär herniering; risk för hjärnstams-/medullapåverkan)
- ◇ Siringomyeli (vätskefylld kavitet i ryggmärgen; risk för neurologisk försämring)
- ◇ Hydrocefalus (förhöjt intrakraniellt tryck; sårbarhet för tryckförändringar)
- ◇ Diastematomyeli ("splitcord"-missbildning; neurologisk risk)

### *G. Skelettmetabola/systemiska tillstånd*

- ◇ Uttalad osteoporos (låg bentäthet med hög frakturnrisk)

### **Kontraindikationer för spinal- och extremitetsledsmanipulation**

#### *Ledtillstånd (artikulära tillstånd)*

- ◇ Inflammatoriska tillstånd som reumatoid artrit, seronegativa spondyloartropatier, demineralisering eller ligamentär laxitet med sublaxation eller luxation är absoluta kontraindikationer för ledmanipulation i den anatomiska lokaliseringen som är involverad (subakut och kronisk ankyloserande spondylit och andra kroniska artropatier där det inte föreligger några tecken på ligamentär laxitet, sublaxation eller ankylos är inte kontraindicerade för ledmanipulation i området för patologin).
- ◇ Vid degenerativa ledsjukdomar, osteoartrit, degenerativ spondyloartropati och facettledsartros (spondylos), kan det vara motiverat med modifikation av behandlingen under den aktiva inflammatoriska fasen.
- ◇ Hos patienter med spondylit och spondylolisthes är det motiverat/önskvärt med försiktighet vid användandet av spinal manipulation. De här tillstånden i sig är inte kontraindicerande men med en ökande glidning kan de utgöra en relativ kontraindikation.
- ◇ Frakturer och dislokationer eller utläkt fraktur med tecken på ligamentär ruptur eller instabilitet utgör en absolut kontraindikation för ledmanipulation i det aktuella anatomiska området.
- ◇ Artikulär hypermobilitet och när stabiliteten av en led är osäker utgör relativa kontraindikationer för ledmanipulation i det anatomiska området.
- ◇ Postoperativ led eller segment utan några bevis på instabilitet utgör inte en kontraindikation för ledmanipulation men kan utgöra en relativ kontraindikation beroende på de kliniska tecken som föreligger (ex respons, pre-testtolerans eller grad av läkning).
- ◇ Akuta skador av led och mjukdelsvävnad kan kräva modifikation av behandlingsformen. I de flesta fall utgör dessa skador inte någon absolut kontraindikation för ledmanipulation i det anatomiska området.
- ◇ Även om trauma inte utgör en absolut kontraindikation för manipulation, så ska patienter som har varit utsatt för ett trauma undersökas försiktigt i området i syfte att detektera överdriven rörelse vilken kan spänna från mild ökad mobilitet till segmentell instabilitet.

#### *Skelettförsvagande och destruktiva tillstånd*

- ◇ Aktiv juvenil avaskulär nekros, speciellt av de vikt bärande lederna, utgör en absolut kontraindikation för ledmanipulation i det anatomiska området.
- ◇ Benförsvagning (osteoporos) orsakat av metaboliska tillstånd utgör en relativ kontraindikation för ledmanipulation på grund av risken för patologiska frakturer. Demineralisering är en relativ kontraindikation för ledmanipulation i det anatomiska området. Ryggraden och revbenen är särskilt sårbara för osteoporotiska frakturer. Patienter med långvarig steroidbehandling, personer med osteoporos samt kvinnor efter menopaus bör därför behandlas med försiktighet, eftersom ledmanipulation kan vara relativt kontraindicerad.
- ◇ Benign bentumör kan resultera i patologiska frakturer och utgör därför en relativ till absolut kontraindikation för ledmanipulation i området för patologin.
- ◇ Tumörliknande och dysplastiska benlesioner kan genomgå malign omvandling eller försvaga ben till risk för patologiska frakturer och utgör därför en relativ till absolut kontraindikation för ledmanipulation i området för patologin.

- ◇ Malignitet inkluderande bentumörer är tillstånd utgör en absolut kontraindikation för ledmanipulation i området för patologin.
- ◇ Infektion av ben och led utgör en absolut kontraindikation för ledmanipulation i området för patologin.
- ◇ Svåra och smärtsamma diskpatologier som diskit eller diskhernieringar utgör relativa kontraindikationer för ledmanipulation. Vid sådana tillstånd kan mobiliseringsbehandling föredras.

#### *Cirkulatoriska- och blodrelaterade tillstånd*

- ◇ Klinisk manifestation av vertebrobasilär insufficiens kräver speciell försiktighet och utgör en relativ till absolut kontraindikation för ledmanipulation av halsryggraden. Det inkluderar patienter med tidigare stroke.
- ◇ Om ett aneurysm av ett stort kärl fastställts kan det föreligga en relativ till absolut kontraindikation för ledmanipulation i området för patologin.
- ◇ Ökad blödningsbenägenhet är en potentiell komplikation av behandling med antikoagulantia eller vid vissa blodsjukdomar. Dessa tillstånd utgör en relativ kontraindikation för ledmanipulation.

#### *Neurologiska tillstånd*

- ◇ Tecken och symtom på akut myelopati, intrakranial hypertension, meningit eller akut cauda equina syndrom utgör absoluta kontraindikationer för ledmanipulation.

#### *Psykologiska tillstånd*

- ◇ Det är viktigt att överväga psykologiska faktorer i det totala omhändertagandet av patienter som söker naprapatvård. Vissa avvikande beteendemönster utgör relativa kontraindikationer till fortsatt eller ihållande behandling. Sådana kan vara simulering av symptom, hysteriskt beteende, hypokondria och personer med beroendepersonlighet. Misslyckande med att identifiera patienter med psykogena åkommor/sjukdomar ifrån de med muskuloskeletala/organiska sjukdomar/besvär kan resultera i olämplig behandling av till exempel posttraumatiskt stressyndrom eller depression.

### **Observandum vid mjukdelstekniker**

Upptäckten av en oförklarlig knöl (palpabel massa) eller svullnad under palpation och mjukdelsbehandling är ett kliniskt observandum som kräver en systematisk bedömning. Klinikerns primära ansvar är inte att ställa en definitiv diagnos, utan att identifiera tecken som kan tyda på allvarlig patologi och säkerställa att patienten remitteras för adekvat medicinsk utredning vid behov.

Mjukdelsbehandling är generellt kontraindicerat vid allmän sjukdomskänsla med feber. Likaså bör direkt behandling över en oidentifierad knöl undvikas.

### **Röda flaggor och kriterier för remiss**

En oförklarlig palpabel massa/lymfadenopati uppfattas som en "red flag" som motiverar förhöjd vaksamhet. Följande faktorer, ensamma eller i kombination, stärker misstanken om malignitet och utgör grund för remiss till läkare för vidare utredning:

### 1. Patientens anamnes:

**Cancerhistorik:** En nyupptäckt knöl hos en patient med tidigare cancerdiagnos ska alltid betraktas som potentiellt malign (metastas) tills motsatsen är bevisad och motiverar skyndsam remiss.

**Allmänsymtom:** Om patienten samtidigt rapporterar systemiska symtom som oförklarlig viktnedgång, nattliga svettningar, ihållande trötthet eller feber, ökar detta risken för att knölen är en del av en allvarlig systemisk sjukdom.

### 2. Knölens karaktär (tecken som motiverar förhöjd vaksamhet):

- ◇ **Konsistens:** Hård, stum och oöm.
- ◇ **Rörlighet:** Fixerad vid underliggande vävnad eller huden; inte fritt rörlig.
- ◇ **Tillväxt:** Nyttillkommen eller en tidigare känd knöl som har börjat växa.
- ◇ **Avgränsning:** Oregelbundna eller diffusa kanter.
- ◇ **Lokalisation:** Knölar i anslutning till lymfstationer (t.ex. supraklavikulärt, i axiller eller ljumskar) kräver särskild uppmärksamhet.
- ◇ **Storlek:** Större än 5 cm extrafaciellt, innanför fascian är alla palpabla knölar att betrakta som redflags (myelom), remitteras omgående

### Bedömning av sannolikt benigna knölar

Vissa knölar har karaktärsdrag som med större sannolikhet tyder på ett benignt (godartat) tillstånd, såsom ett lipom (fettknöl) eller ett fibrom. Det är dock avgörande att komma ihåg att en säker diagnos inte kan ställas enbart genom palpation.

### Karaktärsdrag som kan tyda på benign orsak:

- ◇ **Konsistens:** mjuk, gummiaktig och eftergivlig.
- ◇ **Rörlighet:** lätt förskjutbar och väl avgränsad från omkringliggande vävnad.
- ◇ **Historik:** patienten har känt till knölen under lång tid (flera år) och den har varit oförändrad i storlek och karaktär.
- ◇ **Ömhet:** en ömmande knöl kan ibland tyda på en inflammatorisk process eller ett lipom, snarare än malignitet

### *Klinisk handläggning och rekommendation vid statusfynd av knöl/tumör:*

1. *Avstå från behandling: Undvik all form av tryck, massage eller manipulation direkt över en oidentifierad knöl.*
2. *Dokumentera: Notera noggrant knölens lokalisation, uppskattade storlek, konsistens, rörlighet och eventuell ömhet i patientjournalen. Dokumentera även relevanta uppgifter från anamnesen (t.ex. cancerhistorik, allmänsymtom).*
3. *Informera patienten: Informera patienten om fyndet på ett lugnt och sakligt sätt. Undvik att spekulera kring diagnos, men förklara varför en medicinsk bedömning är nödvändig.*
4. *Remittera: Ge patienten en klar rekommendation att boka tid hos sin husläkare för bedömning av fyndet. Om stark malignitetsmisstanke föreligger (till exempel en hård, fixerad knöl hos en patient med tidigare cancer), bör rekommendationen vara att söka vård utan onödigt dröjsmål.*

*Viktigt: Även om en knöl uppvisar benigna drag, ska en patient som är orolig eller om knölen är ny för patienten ändå rekommenderas att få den bedömd av en läkare för att fastställa en säker diagnos.*

## Referenser:

Cheung, W. Y., & Luk, K. D. (2012). Pyogenic spondylitis. *International Orthopaedics*, 36(3), 397–404.  
[doi.org/10.1007/s00264-011-1384-6](https://doi.org/10.1007/s00264-011-1384-6)

Cohen, S. P., & Hooten, W. M. (2017). Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ*, 358, j3221.  
[doi.org/10.1136/bmj.j3221](https://doi.org/10.1136/bmj.j3221)

Coleman, R. E., & Holen, I. (2014). Bone metastases. I J. E. Niederhuber, J. O. Armitage, J. H. Doroshow, M. B. Kastan, & J. E. Tepper (Red.), *Abeloff's Clinical Oncology* (5:e uppl., s. 739–763.e3). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.  
[doi.org/10.1016/B978-1-4557-2865-7.00051-5](https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-2865-7.00051-5)

Davis, D. P., Wold, R. M., Patel, R. J., et al. (2004). The clinical presentation and impact of diagnostic delays on emergency department patients with spinal epidural abscess. *Journal of Emergency Medicine*, 26(3), 285–291.  
[doi.org/10.1016/j.jemermed.2003.11.013](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2003.11.013)

Devan, H., Hale, L., Hempel, D., Saipe, B., & Perry, M. A. (2018). What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical Therapy*, 98(5), 381–397.  
[doi.org/10.1093/ptj/pzy029](https://doi.org/10.1093/ptj/pzy029)

Dionne, N., Adefolarin, A., Kunzelman, D., Trehan, N., Finucane, L., Levesque, L., Walton, D. M., & Sadi, J. (2019). What is the diagnostic accuracy of red flags related to cauda equina syndrome (CES), when compared to Magnetic Resonance Imaging (MRI)? A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice*, 42, 125–133.  
[doi.org/10.1016/j.msksp.2019.05.004](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.05.004)

Dodick, D. W. (2003). Clinical clues and clinical rules: Primary vs secondary headache. *Advanced Studies in Medicine*, 3(6C), S550–S555.  
[www.mayoclinic.elsevierpure.com/en/publications/clinical-clues-and-clinical-rules-primary-vs-secondary-headache/](https://www.mayoclinic.elsevierpure.com/en/publications/clinical-clues-and-clinical-rules-primary-vs-secondary-headache/)

Downie, A., Williams, C. M., Henschke, N., et al. (2013). Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: Systematic review. *BMJ*, 347, f7095.  
[doi.org/10.1136/bmj.f7095](https://doi.org/10.1136/bmj.f7095)

Eklund, J., Holmström, I., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., et al. (2019). Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Health Policy*, 123(6), 635–643.  
[doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.021](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.021)

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. [doi.org/10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
- Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical Therapy*, 93(4), 470–478. [doi.org/10.2522/ptj.20120137](https://doi.org/10.2522/ptj.20120137)
- Finucane, L. M., Downie, A., Mercer, C., Greenhalgh, S. M., Boissonnault, W. G., Pool-Goudzwaard, A. L., Beneciuk, J. M., Leech, R. L., & Selfe, J. (2020). International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50(7), 350–372. [doi.org/10.2519/jospt.2020.9971](https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9971)
- Germon, T., Ahuja, S., Casey, A. T. H., Todd, N. V., & Rai, A. (2015). British Association of Spine Surgeons standards of care for cauda equina syndrome. *The Spine Journal*, 15(2), S2–S4. [doi.org/10.1016/j.spinee.2015.01.006](https://doi.org/10.1016/j.spinee.2015.01.006)
- Harel, R., & Angelov, L. (2010). Spine metastases: Current treatments and future directions. *European Journal of Cancer*, 46(15), 2696–2707. [doi.org/10.1016/j.ejca.2010.04.025](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.04.025)
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., et al. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- Henschke, N., Maher, C. G., Refshauge, K. M., et al. (2009). Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 60(10), 3072–3080. [doi.org/10.1002/art.24853](https://doi.org/10.1002/art.24853)
- Hippisley-Cox, J., & Coupland, C. (2009). Predicting risk of osteoporotic fracture in men and women in England and Wales: Prospective derivation and validation of QFractureScores. *BMJ*, 339, b4229. [doi.org/10.1136/bmj.b4229](https://doi.org/10.1136/bmj.b4229)
- Jacobson, A. F. (1997). Musculoskeletal pain as an indicator of occult malignancy: Yield of bone scintigraphy. *Archives of Internal Medicine*, 157(2), 105–109. [doi.org/10.1001/archinte.1997.00440220111014](https://doi.org/10.1001/archinte.1997.00440220111014)
- Jarvik, J. G., & Deyo, R. A. (2002). Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Annals of Internal Medicine*, 137(7), 586–597. [doi.org/10.7326/0003-4819-137-7-200210010-00010](https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-7-200210010-00010)
- Langridge, N., Roberts, L., & Pope, C. (2015). The clinical reasoning processes of extended scope practitioners assessing patients with low back pain. *Manual Therapy*, 20(6), 745–750. [doi.org/10.1016/j.math.2015.01.005](https://doi.org/10.1016/j.math.2015.01.005)
- Lee, S. J., Park, S., Ahn, H. K., et al. (2011). Implications of bone-only metastases in breast cancer: Favorable preference with excellent outcomes of hormone receptor positive breast cancer. *Cancer Research and Treatment*, 43(2), 89–95. [doi.org/10.4143/crt.2011.43.2.89](https://doi.org/10.4143/crt.2011.43.2.89)
- Lener, S., Hartmann, S., Barbagallo, G. M. V., Certo, F., Thomé, C., & Tschugg, A. (2018). Management of spinal infection: A review of the literature. *Acta Neurochirurgica (Wien)*, 160(3), 487–496. [doi.org/10.1007/s00701-018-3467-2](https://doi.org/10.1007/s00701-018-3467-2)

- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Caneiro, J. P., Nagree, Y., Straker, L., & O'Sullivan, P. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79–86.  
[doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878](https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878)
- Long, B., Koyfman, A., & Gottlieb, M. (2020). Evaluation and management of cauda equina syndrome in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(7), 143–148.  
[doi.org/10.1016/j.ajem.2019.158402](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.158402)
- McCarthy, J., & Davis, A. (2016). Diagnosis and management of vertebral compression fractures. *American Family Physician*, 94(1), 44–50.  
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27386723/ PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27386723/)
- McWhinney, I. (1989). *The need for a transformed clinical method*. I M. Stewart & D. Roter (Red.), Communicating with medical patients. London: SAGE Publications.  
[books.google.com/books/about/Communicating\\_with\\_Medical\\_Patients.html?id=nTRrAAAAMAAJ Google Böcker+1](https://books.google.com/books/about/Communicating_with_Medical_Patients.html?id=nTRrAAAAMAAJ)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2008). *Metastatic spinal cord compression in adults: Risk assessment, diagnosis and management (CG75)*. Manchester: NICE.  
[www.nice.org.uk/guidance/cg75/resources/metastatic-spinal-cord-compression-in-adults-risk-assessment-diagnosis-and-management-pdf-975630102469](https://www.nice.org.uk/guidance/cg75/resources/metastatic-spinal-cord-compression-in-adults-risk-assessment-diagnosis-and-management-pdf-975630102469)
- Nuti, R., Brandi, M. L., Checchia, G., et al. (2019). Guidelines for the management of osteoporosis and fragility fractures. *Internal and Emergency Medicine*, 14(1), 85–102.  
[doi.org/10.1007/s11739-018-1874-2](https://doi.org/10.1007/s11739-018-1874-2)
- Patel, U., Skingle, S., Campbell, G. A., Crisp, A. J., & Boyle, I. T. (1991). Clinical profile of acute vertebral compression fractures in osteoporosis. *British Journal of Rheumatology*, 30(6), 418–421.  
[doi.org/10.1093/rheumatology/30.6.418](https://doi.org/10.1093/rheumatology/30.6.418)
- Premkumar, A., et al. (2018). Red flags for low back pain are not always really red: A prospective evaluation of the clinical utility of commonly used screening questions. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 100(5), 368–374.  
[doi.org/10.2106/JBJS.17.00134](https://doi.org/10.2106/JBJS.17.00134)
- Ramanayake, R. P. J. C., & Basnayake, B. M. T. K. (2018). Evaluation of red flags minimizes missing serious diseases in primary care. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(2), 315–318.  
[doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_510\\_15](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_510_15)
- RCC: The Royal College of Chiropractors. (2018). *Acute Neck Pain: Quality Standard*. London: RCC.  
[www.rcc-uk.org/wp-content/uploads/Acute-Neck-Pain-Quality-Standard-web.pdf](https://www.rcc-uk.org/wp-content/uploads/Acute-Neck-Pain-Quality-Standard-web.pdf)
- RCC: The Royal College of Chiropractors. (2018). *Headache: Quality Standard*. London: RCC. [www.rcc-uk.org/wp-content/uploads/Headache-Quality-Standard-Web.pdf](https://www.rcc-uk.org/wp-content/uploads/Headache-Quality-Standard-Web.pdf)
- RCC: The Royal College of Chiropractors. (2018). *Low Back Pain and Sciatica: Quality Standard*. London: RCC. [www.rcc-uk.org/wp-content/uploads/LBPSciatica\\_Quality-Standard-web.pdf](https://www.rcc-uk.org/wp-content/uploads/LBPSciatica_Quality-Standard-web.pdf)
- Royal Osteoporosis Society. (2020). Clinical guidance for the effective identification of vertebral fractures. [www.guidelines.co.uk/musculoskeletal-and-joints-/ros-guideline-identification-of-vertebral-fractures/454148.article](https://www.guidelines.co.uk/musculoskeletal-and-joints-/ros-guideline-identification-of-vertebral-fractures/454148.article)

Scavone, J. G., Latshaw, R. F., & Rohrer, G. V. (1981). Use of lumbar spine films: Statistical evaluation at a university teaching hospital. *JAMA*, 246(10), 1105–1108.

[doi.org/10.1001/jama.1981.03320100041027](https://doi.org/10.1001/jama.1981.03320100041027)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2015). Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures (SIGN publication no. 142). Edinburgh: SIGN.

[www.hub.careinspectorate.com/media/1617/sign-142-management-of-osteoporosis-and-the-prevention-of-fragility-fractures.pdf](http://www.hub.careinspectorate.com/media/1617/sign-142-management-of-osteoporosis-and-the-prevention-of-fragility-fractures.pdf)

Sobri, M., Lamont, A. C., Alias, N. A., & Win, M. N. (2003). Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *British Journal of Radiology*, 76(908), 532–535.

[doi.org/10.1259/bjr/89012738](https://doi.org/10.1259/bjr/89012738)

Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63–69. [doi.org/10.7812/TPP/10-148](https://doi.org/10.7812/TPP/10-148)

Stenner, R., Palmer, S., & Hammond, R. (2018). What matters most to people in musculoskeletal physiotherapy consultations? A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 35, 84–89.

[doi.org/10.1016/j.msksp.2018.03.005](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.03.005)

Stewart, M. A. (1995). Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 152(9), 1423–1433.

[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7728691/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7728691/)

Sutcliffe, P., Connock, M., Shyangdan, D., Court, R., Kandala, N. B., & Clarke, A. (2013). A systematic review of evidence on malignant spinal metastases: Natural history and technologies for identifying patients at high risk. *Health Technology Assessment*, 17(42), 1–274. [doi.org/10.3310/hta17420](https://doi.org/10.3310/hta17420)

van den Bosch, M. A., Hollingworth, W., Kinmonth, A. L., & Dixon, A. K. (2004). Evidence against the use of lumbar spine radiography for low back pain. *Clinical Radiology*, 59(1), 69–76.

[doi.org/10.1016/j.crad.2003.08.012](https://doi.org/10.1016/j.crad.2003.08.012)

Williams, C. M., Henschke, N., Maher, C. G., et al. (2013). Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD008643.

[doi.org/10.1002/14651858.CD008643.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008643.pub2)

World Health Organization (WHO). (2005). WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic.

Geneva: WHO. [www.apps.who.int/iris/handle/10665/43352](http://www.apps.who.int/iris/handle/10665/43352)

Yusuf, M., Finucane, L., & Selfe, J. (2019). Red flags for the early detection of spinal infection in back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 606.

[doi.org/10.1186/s12891-019-2949-6](https://doi.org/10.1186/s12891-019-2949-6)

## 2.4 SPECIFIKA TILLSTÅND OCH RISKER

---

En central del i naprapatens bedömning och behandling är att kunna identifiera specifika tillstånd där muskuloskeletal besvär kan bero på definierade diagnoser eller särskilda sjukdomsmekanismer. Genom att känna till dessa tillstånd och deras kännetecken kan terapeuten bättre differentiera mellan olika orsaker till smärta och därmed anpassa behandlingen på ett säkert och effektivt sätt.

Utöver generella riskfaktorer behöver naprapaten vara särskilt uppmärksam på specifika tillstånd där muskuloskeletal smärta kan maskera allvarigare sjukdomar eller akuta risker. Exempel på detta är kärldissektion, whiplashskada, hjärnskakning och vissa former av yrsel, där felaktig handläggning kan leda till allvarliga konsekvenser. Att systematiskt identifiera dessa tillstånd, och vid behov snabbt remittera patienten vidare, är en grundläggande del av ett patientsäkert arbetsätt.

I denna manual presenteras respektive tillstånd med fokus på kännetecken, riskbedömning och åtgärder. Avsnitten är avsedda att fungera som ett stöd i det kliniska resonemanget och i triageringen av patienter, inte som en ersättning för medicinsk specialistbedömning. Målet är att ge naprapaten tydliga riktlinjer för när behandling är lämplig, när försiktighet krävs och när remittering till annan vårdnivå är nödvändig.

### 2.4.1 KÄRLDISSEKTION

Cervical artery dysfunction (CAD) är ett samlingsnamn för skador på kärl som syresätter hjärnan. Det innefattar med andra ord dissektion både på arteria carotis interna samt arteria vertebralis. Tidigare paradigmer har fokuserat på huruvida det är säkert att utföra spinal manipulation eller om densamma kan orsaka dissektion/stroke. Då antalet fall är begränsade finns det inte möjlighet att etablera orsak/verkan samband, men det finns samband mellan spinal manipulation och dissektion. Hos unga individer verkar detta samband bestå i att man vid symptom för dissektion söker vård. I en klinisk vårdssituation är det därför viktigt att vara medveten om att patienter med en pågående kärldissektion kan söka vård för symptom som inte nödvändigtvis kan skiljas från symptom från det muskuloskeletal systemet så som exempelvis nacksmärta och huvudvärk. Ett mer modernt paradigmer är därför att försöka identifiera patienter som har en dissektion och så klart även stroke för att tillgodose bästa möjliga vård för denna grupp. Vid utförande av manuella tekniker ska som alltid risk kontra vinst värderas och kommuniceras med patienten. Samtycke för behandling ska inhämtas och journalföras.

Misstanke om kärldissektion sker främst via anamnes, där observandum utgörs av riskfaktorer, närvaro av trauma samt beskrivning av symptom. Som exempel kan nämnas huvudvärk som inte känns igen av patienten, förvärras över tid och inte förbättras med smärtstillande medicinering eller balansstörningar i form av falltendens. Vid inspektion kan Horner syndrom föreligga. Kliniska undersökningar för kärldissektion har varken hög sensitivitet eller specificitet. Det innebär att De Kleynes test inte kan avgöra om en dissektion föreligger eller ej. Mer adekvata tester är blodtryck, som kan detektera risk för stroke samt i vissa fall pågående arteriellt trauma. Neurologiskt status, kranialnervsstatus och utvärdering av balans utgör grunderna till undersökning men kan som

tidigare nämnts inte med full säkerhet utesluta eller bekräfta dissektion som inte progredierat till stroke. Vid misstanke om CAD är remittering för undersökning med CT, MR eller angiografi förstahandsvalet.

#### *Kortfakta kärldissektioner:*

- ◇ *Dissektioner står för 20–25 % av alla stroke hos unga. Förhållandet mellan karotis- och vertebraldissektioner är 3:1, och incidensen av karotisartärdissektion (CAD) är cirka 4 per 100 000 invånare.*
- ◇ *Vertebraldissektion drabbar kvinnor tre gånger oftare än män, medan karotisdissektion drabbar kvinnor och män lika ofta.*
- ◇ *Dissektioner har en mortalitet på 4–10 %, med risk för både emboli och hypoperfusion.*
- ◇ *Uppskattningsvis läker cirka 80 % av dissektionerna spontant inom tre månader, och i 40 % av fallen har patienten ett föregående cervikalt trauma.*

#### Riskfaktorer för kärldissektion:

- ◇ Cervikalt trauma
- ◇ Hypertension
- ◇ Ung ålder
- ◇ Pågående användande av oralt intagna preventivmedel
- ◇ Migrän
- ◇ Marfan´s syndrom
- ◇ Turner´s syndrom
- ◇ William´s syndrom
- ◇ Ärftligt hemochromatos
- ◇ Osteogenesis imperfecta typ I
- ◇  $\alpha$ 1-Antitrypsinbrist
- ◇ Genty MTHFR 677T-mutation
- ◇ Hyperhomocysteinemia
- ◇ Cystisk medial nekros av intrakraniella blodkärl
- ◇ Eagle´s syndrom – förlängd processus styloideus
- ◇ ICAM-1 E4690 K gen polymorphism
- ◇ Autosomal-dominant polycystisk njursjukdom
- ◇ Infektioner
- ◇ Moyamoya syndrom
- ◇ Lentigo
- ◇ Övertalighet av kärl (spiraler, knutar, slingor), särskilt bilateralt

Riskfaktorer för kärldissektion	
<i>Riskfaktorer</i>	<i>Dissektion</i>
Nyligen trauma	40–64%
Kärlanomali	39%
Nuvarande eller tidigare rökare	30%
Migrän	23%
Högt totalkolesterol	23%
Nyligen infektion	22%
Hypertoni	19%
Orala preventivmedel	11%
Hereditet för stroke	9%

Tabell XX: Riskfaktorer för kärldissektion. Procentandelen anger andelen patienter med kärldissektion som hade respektive riskfaktor. Översatt och reviderad från Rushton et al. 2023.

Symtom vid kärldissektion	
<i>Risikfaktorer</i>	<i>Dissektion</i>
Huvudvärk	81%
Nacksmärta	57–80%
Synstörning	34%
Parestesier övre extremitet	34%
Yrsel	32%
Parestesier ansikte	30%
Parestesier nedre extremitet	19%

Tabell XX: Symtom vid kärldissektion. Procenttalen anger andelen patienter med kärldissektion som rapporterade respektive symtom. Översatt och modifierad från Rushton et al. 2023.

Carotidisdissektion	Vertebralidissektion	Basilaristrombos
SYMPTOM		
Smärta halsen/nacken	Yrsel (balansstörning)	Hemi- eller tetrapares and facial paresis
Huvudvärk, ipsilateralt	Illamående, kräkning	Dysartri
Ptos+mios (Horner)	Smärta halsen/nacken	Yrsel, illamående, kräkning
Amaurosis fugax	Ipsilateral dysestesi i ansiktet	Huvudvärk
Tinnitus	Kontralateral förlust smärt- och temperaturkänsl på kroppen	Synrubbing
Förlust av smak	Förlust av smak	Medvetandepåverkan
Migränliknande synaura	Dysartri	Locked-in syndrom
TIA/stroke	Hicka	
	Diplopi	
	Dysfagi (n. IX and X)	
	Ensidig hörselnedsättning	
VÄRK / OBSERVANDUM		
55 - 90% - värk är oftast debuterande symptom	Värk i nacken (50%) eller huvudet-occipitalt (66%), ibland holokraniellt eller frontalt	Plötslig debut av motoriska och bulbära symptom med medvetandepåverkan
25- 50% - ensidig värk anterolateralt i övre delen av halsen	Värk uni- eller bilateralt, om unilateralt – samma sida som dissektion	Fluktuerande bakre skallgropssymptom som förvärras
50% - ensidig ansikts-, tand- eller orbital värk	Tolkas ofta som muskuloskeletal smärta/värk	Prodromalsymptom med diplopi, dysartri, yrsel, parestesier
66% - ipsilateral huvudvärk typiskt frontotemporalt, ibland holokraniellt eller occipitalt: smygande eller åskknall, konstant. Ibland pulserande (migrän) eller skärande	Huvudvärk: pulserande eller konstant och kraftig  Liknar inte migrän lika mycket som carotidisdissektion  Neurologiska bortfall ca 2 veckor efter värkdebut	

## Sammanfattning

- ◇ Association finns mellan SPM (spinal manipulation) och CAD
- ◇ Kausalitet kan inte bevisas
- ◇ Incidensen är låg – patienten ska informeras om statistiskt samband och inhämtande av samtycke för behandling ska inhämtas och journalföras.
- ◇ CAD förekommer spontant, kan sannolikt förvärras med SPM – risk för TIA/stroke
- ◇ Sannolikt ökad risk vid rotation plus lateral extension (ipsilaterlat) – hög hastighet, låg amplitud - thrust
- ◇ Osteofyter och ateroskleros är riskfaktorer

## 2.4.2 INSTABILITET I HALSRYGGGRADEN

Vid misstanke om instabilitet i halsryggraden bör antalet provocerande tester minimeras för att konstatera att instabilitet föreligger. Primärt är att överväga huruvida testerna nedan behöver utföras, särskilt om patienten uppvisar en anamnestisk symptombild som tyder på instabilitet.

*Vid uppkommen misstanke, kompletteras anamnesen initialt med aktiva rörelser av halsryggen. Om flexion av huvud och halsryggrad provocerar CNS-symtom såsom parestesier i armar och ben så bör följande tre scenarier övervägas;*

- 1. Flexion producerar symtomen, vilket innebär att du som vårdgivare remitterar patienten för vidare undersökning och fastställande av diagnosen.*
- 2. Flexion producerar symtomen och Sharp-Purser testet ger ingen symtomlindring vilket innebär att du som vårdgivare remitterar patienten för vidare undersökning och fastställande av diagnos.*
- 3. Flexion producerar symtomen och Sharp-Purser testet ger symtomlindring vilket innebär att du som vårdgivare remitterar patienten för vidare undersökning och fastställande av diagnos.*

I samtliga tre fall så ska patienten remitteras då det inte föreligger någon tänkbar benign orsak till symtomen, en radiologisk undersökning krävs för att verifiera diagnosen.

### Positiva symtom inkluderar:

- ◇ CNS symtom
- ◇ Muskulär spasm
- ◇ Yrsel
- ◇ Illamående
- ◇ Parestesier i läppar, ansikte eller i extremiteter
- ◇ Nystagmus
- ◇ Klumpkänsla i halsen (tryck mot esofagus)
- ◇ Mjukt endfeel

## Stabilitetstester av övre nackleder:

- ◇ Sharp-Pursers Test
- ◇ Lig. transversarium stresstest I = Posterior to anterior stability test (Anterior shear test)
- ◇ Lig. transversarium stresstest II = Transverse ligament stresstest
- ◇ Lig. transversarium stresstest III = Aspinals test
- ◇ Lateral Shear Test
- ◇ Lateral Flexion Alar Ligament Stress Test
- ◇ Rotational Alar Ligament Stress Test
- ◇ Tectorial Membrane Stress Test
- ◇ Pettman´s Distraction Test

## Tillstånd som predisponerar för AAI (atlantoaxial instabilitet)

*Vanligast förekommande / kliniskt mest relevanta:*

- ◇ **Downs syndrom:** AAI förekommer hos ca 10–20 % av individer med DS
- ◇ **Reumatoid artrit:** klassisk förvärvad orsak hos vuxna
- ◇ **Ankyloserande spondylit:** kan ge instabilitet i halsryggen
- ◇ **Trauma:** t.ex. fraktur eller ligamentruptur
- ◇ **Infektioner i huvud och halsryggrad:** osteomyelit, spondylodiskit
- ◇ **Tumörer:** benigna eller maligna som påverkar dens axis/ligament
- ◇ **Cerebral pares:** ökad risk via muskulär obalans och spasticitet

*Relativt vanliga men mer specifika orsaker:*

- ◇ **Ehlers-Danlos syndrom:** bindvävssvaghet, hypermobilitet
- ◇ **Odontoida abnormaliteter:** hypoplasi/avsaknad av dens, os odontoideum, ossiculum terminale

*Ovanliga/sällsynta kongenitala och genetiska tillstånd:*

- ◇ **Hypoplasi eller avsaknad av dens axis:** medfödd underutveckling eller total avsaknad av tandutskottet på axis/andra halskotan, vilket kan leda till instabilitet i atlantoaxialleden
- ◇ **Kongenital skolios:** medfödd sned rygg på grund av missbildning i en eller flera ryggkotor
- ◇ **Dvärgväxt:** t.ex. achondroplasi eller pseudoachondroplasi; genetiska skelettdysplasier som orsakar kortväxthet och förändrad kot- och ledanatomi
- ◇ **Osteogenesis imperfecta:** ”benskörhetssjuka”, genetisk bindvävssjukdom som ger sköra ben och ökad frakturrisik
- ◇ **Brosk-hårhypoplasisyndrom:** sällsynt ärftlig sjukdom som ger kortväxthet, tunn hårväxt, immunbrist och skelettavvikelse
- ◇ **Larsen´s syndrom:** kongenital bindvävssjukdom med multipla ledluxationer, ansiktsavvikelse och skelettdysplasi
- ◇ **Spondyloepifyseal dysplasia congenita:** medfödd skelettdysplasi som påverkar kotpelaren och epifyserna → kortväxthet och rygginstabilitet
- ◇ **Chondrodysplasia punctata:** grupp av ärftliga störningar med punktformiga förkalkningar i brosk, skelettmissbildningar och kortväxthet
- ◇ **Metatropisk dysplasi:** mycket sällsynt skelettdysplasi med korta extremiteter, progressiv skolios och kotavvikelse

- ◇ **Kneist syndrom:** form av spondyloepifyseal dysplasi med kortväxthet, ledinstabilitet, syn- och hörselpåverkan
- ◇ **Scott's syndrom:** extremt sällsynt ärftlig blödningsrubbning med defekt trombocytfunktion; kan ge komplikationer vid trauma eller kirurgi
- ◇ **Neurofibromatos:** ärftlig sjukdom som ger benägenhet att utveckla godartade nervtumörer, hudförändringar och ibland skelettavvikelse, inkl. kotmissbildningar

## 2.4.3 HUVUDVÄRK

Om patienten primärt söker för huvudvärk skall blodtryck mätas samt vid behov ett utökat neurologiskt status utföras.

### Röda flaggor

*När det gäller patientens historik och debut:*

- ◇ **Nyttillkommen eller förändrad huvudvärk hos specifika patientgrupper:** Särskild uppmärksamhet krävs vid nydebuterad huvudvärk eller en förändring i huvudvärkens karaktär hos patienter över 50 år, samt hos de med känd HIV-infektion, cancerhistorik eller under graviditet/postpartum. Användning av kombinerade p-piller vid förstagångs-aura är också en "red flag".
- ◇ **Förändring av karaktär:** En förändring i frekvens, karaktärsdrag eller associerade symtom hos en patient med känd tidigare huvudvärkshistorik.
- ◇ **Progressiv försämring:** En huvudvärk som successivt förvärras över veckor.
- ◇ **Åskknallshuvudvärk (Thunderclap):** En huvudvärk med snabb progression till maximal intensitet (inom 5 minuter).
- ◇ **"Livets värsta huvudvärk":** Ska alltid betraktas som en röd flagga.

*När det gäller huvudvärkens egenskaper och utlösande faktorer:*

- ◇ **Huvudvärk som väcker patienten:** En ny typ av huvudvärk som väcker patienten ur sömnen.
- ◇ **Ny, allvarlig och ensidig occipital huvudvärk:** Särskilt hos yngre personer eller efter en nylig infektion eller ett lindrigt nacktrauma.
- ◇ **Huvudvärk som provoceras av ansträngning eller Valsalva-manöver:** Inkluderar hosta, skratt, krystning eller sexuell aktivitet.
- ◇ **Huvudvärk som ändrar karaktär med kroppsställning:** Till exempel vid lägesförändring från liggande till stående.
- ◇ **Huvudvärk efter trauma:** Ett nyligt trauma mot huvudet (vanligtvis inom de senaste 3 månaderna).

*När det gäller associerade symtom och kliniska fynd:*

- ◇ **Systemisk sjukdom:** En ny och allvarlig huvudvärk i kombination med systemiska symtom såsom feber, nackstyvhet, muskelsmärta eller utslag.
- ◇ **Avvikande neurologiska fynd vid undersökning:** Alla onormala fynd under den kliniska undersökningen.
- ◇ **Fokala neurologiska symtom:** Exempelvis motorsvaghet. Svaghet, klumpighet eller balansproblem faller inom denna kategori.
- ◇ **Icke-fokala neurologiska symtom:** Såsom kognitiva förändringar, personlighetsförändringar eller krampanfall.

- ◇ **Tuggclaudicatio (smärta i käken vid tuggning):** Med eller utan associerade synrubbingar.
- ◇ **Papillödem:** Svullnad av synnerven, vilket är ett tecken på förhöjt intrakraniellt tryck, är ett allvarligt fynd.

### Kommentarer och förtydliganden

**Ljus- och ljudkänslighet (Foto- och fonofobi):** Det är viktigt att notera att dessa symtom i sig inte klassas som röda flaggor för allvarlig patologi. Istället beskrivs de som typiska symtom för primär huvudvärk, framförallt migrän. En plötslig och extrem debut av dessa symtom i kombination med andra röda flaggor (t.ex. feber och nackstyvhet) kan dock motivera förhöjd vaksamhet.

**Occipital/Frontal smärta:** Källan är mycket specifik gällande ny, allvarlig och ensidig occipital huvudvärk som en röd flagga, då detta kan vara ett tecken på cervikal artärdissektion (CAD). Generell eller fokal frontal smärta nämns inte specifikt som en "red flag" i samma utsträckning.

**Risikfaktorer för CAD:** Utöver de listade röda flaggorna bör kliniker vara medvetna om specifika riskfaktorer för cervikal artärdissektion, såsom nyligt trauma eller infektion, bindvävssjukdomar, familjehistorik av artärsjukdomar, graviditet, rökning och hypertoni.

## 2.4.4 HJÄRNSKAKNING

För kännedom uppdaterade The American Congress of Rehabilitation Medicine sina diagnostiska kriterier för mild traumatisk hjärnskada. Se Silverberg et al., 2023, för mer information. Följande riktlinjer avseende idrottsrelaterad hjärnskakning baseras på det arbete som har utförts av Concussion in Sport Group (CISG) och Swedish Sports Concussion Society (SSCS). År 2023 publicerade CISG den 6:e uppdateringen av verktyg för bedömning av idrottsrelaterad hjärnskakning och såväl Sports Concussion Assessment Tool 6 (SCAT 6) som Concussion Recognition Tool (CRT 6) har sedermera översatts och kulturellt anpassats till en svensk kontext av SSCS. SCAT 6 är anpassad för utbildad vårdpersonal. För barn 12 år och yngre används childSCAT 6. CRT 6 är ämnad att användas för icke sjukvårdsutbildad personal. Båda verktygen får kopieras fritt i befintlig form för distribution till individer, lag, grupper och organisationer. För fullständig information och tillgång till verktyg se:

- ◇ *Swedish Sports Concussion Society: [www.sscs.nu](http://www.sscs.nu)*
- ◇ *Concussion in Sport Group: [concussioninsportgroup.com](http://concussioninsportgroup.com)*

Idrottsrelaterad hjärnskakning (sports-related concussion, SRC) definieras som en traumatisk hjärnskada som uppstår i samband med idrottsutövning. Den orsakas av direkt eller indirekt våld mot huvudet, vilket påverkar hjärnan och kan ge upphov till en rad kliniska symtom och tecken. Medvetandeförlust kan förekomma, men är inte ett krav för diagnos. Symtomen kan uppträda omedelbart eller utvecklas successivt under minuter till timmar.

### Vid röda flaggor (nedan) skall idrottaren hänvisas till akutsjukvård:

- ◇ Smärta eller ömhet i nacken
- ◇ Kramptillstånd
- ◇ Dubbelseende
- ◇ Medvetslöshet
- ◇ Svaghet eller stickande/brännande känsla i armar eller ben
- ◇ Försämring av medvetandegrad
- ◇ Kräkning
- ◇ Svår eller tilltagande huvudvärk
- ◇ Tilltagande oro, irritation eller aggressivitet
- ◇ Glasgow coma scale <15, Reaction level scale >1
- ◇ Synlig deformitet av skallen

Vid misstanke om hjärnskakning ska den fysiska aktiviteten omedelbart avbrytas. Idrottaren bör därefter bedömas med hjälp av SCAT 6, helst inom 72 timmar och senast inom 7 dagar efter händelsen.

Symtombilden kan vara varierande, diffus och ospecifik. En vägledning för möjliga symtom finns i den lista som ingår i SCAT 6:s symtomutvärdering (se nedan). Det finns dock ingen internationell konsensus kring vilken lägsta symtomnivå som krävs för att fastställa diagnosen idrottsrelaterad hjärnskakning.

### Symtomutvärdering enligt SCAT 6:

- ◇ Huvudvärk
- ◇ Tryckkänsla i huvudet
- ◇ Nacksmärta
- ◇ Illamående eller kräkning
- ◇ Yrsel
- ◇ Dimsyn (ser suddigt)
- ◇ Balansproblem
- ◇ Ljuskänslighet
- ◇ Ljudkänslighet
- ◇ Känsla av att allt går långsamt
- ◇ Känns »som i en dimma«
- ◇ "Känner mig inte okej"
- ◇ Koncentrationssvårigheter
- ◇ Minnessvårigheter
- ◇ Utmattning eller låg energi
- ◇ Förvirring
- ◇ Dåsighet
- ◇ Känslomhet
- ◇ Irritation
- ◇ Nedstämdhet/ledsenhet
- ◇ Nervositet eller ångest
- ◇ Sömnsvårigheter (om applicerbart)

## Rehabilitering

För att minska risken för långvariga besvär är det avgörande att vid misstanke om hjärnskakning omedelbart avbryta fysisk aktivitet. Återgång till full belastning bör inte ske förrän rehabiliteringen är avslutad och idrottaren är återställd.

Efter den akuta bedömningen och avbruten aktivitet inleds rehabiliteringen med information och påbörjande av Hjärntrappan 2.0 – ett strukturerat rehabiliteringsprogram i sex tydligt definierade steg, med minst 24 timmar mellan varje steg. Den kortaste möjliga tiden till full återgång är därmed 1 vecka.

Initialt rekommenderas 1–2 dagar med lugn fysisk aktivitet, såsom promenader eller lätt jogg. Efter detta följer gradvis ökad belastning. Full symtomfrihet krävs inte i steg 1–3 av Hjärntrappan 2.0, men symtomen får inte förvärras påtagligt under aktivitet och ska återgå efter avslutad belastning. För att gå vidare till steg 4 i Hjärntrappan krävs dock symtomfrihet både i vila och under träning. Den genomsnittliga tiden till symtomfrihet är cirka 14 dagar. Moment som innebär risk för kroppskontakt eller ytterligare trauma mot huvudet introduceras först i steg 5.

Om idrottaren inte är återställd inom 4 veckor bör en vårdgivare med särskild kompetens inom hjärnskakning konsulteras. Ett multidisciplinärt omhändertagande är ofta nödvändigt, med behovsriktade insatser för cervikal funktion, vestibulära systemet, ögonmotorik och ansträngningsrelaterade symtom.

Vissa individer utvecklar långvariga besvär efter hjärnskakning. Hos elitidrottare med upprepade hjärnskakningar har en ökad risk för neurodegenerativa sjukdomar observerats.

## 2.4.5 WHIPLASH

Whiplash är ett samlingsbegrepp för en acceleration–decelerationsskada mot halsryggraden, oftast uppkommen vid trafikolyckor. Symtombilden varierar och kan innefatta nacksmärta, huvudvärk, yrsel, koncentrationssvårigheter och andra neurologiska besvär. De flesta patienter återhämtar sig spontant, men en andel utvecklar långvariga besvär.

Det finns begränsad evidens kring spinal manipulation vid whiplash-relaterade tillstånd. I akuta skeden bör försiktighet iakttas och primärt fokus ligga på diagnostik, smärtlindring och tidig mobilisering. Vid misstanke om allvarigare skada, exempelvis fraktur, ligamentös instabilitet eller neurologiska bortfall, är manipulation kontraindicerad. Rekommendationen är att först säkerställa att inga röda flaggor föreligger innan man överväger manuell behandling av halsryggraden.

### **Definition whiplashvåld:**

Påfrestning av halsryggens och huvudets strukturer som uppstår när en accelerations-deceleration rörelse överför krafter till dessa strukturer utan förekomst av direkt våld mot huvud eller halsrygg.

### **Definition whiplashskada:**

Skada eller funktionsstörning som uppkommer i anslutning till whiplashvåld, "Whiplash Associated Disorder" (WAD).

WAD	Symtom	Status
<i>Grad I</i>	Nackbesvär: smärta och stelhet	Normalt
<i>Grad II</i>	Nackbesvär: som vid grad I + Muskuloskeletala fynd: ev. neurologiska symtom	Nedsatt rörlighet Palpationsömhet
<i>Grad III</i>	Som vid grad II + neurologiska symtom	Som vid grad II + neurologiska symtom tex. försvagad senreflex, nedsatt muskelstyrka, nedsatt sensibilitet

Tabell XX: Klassifikation WAD: Whiplash Associated Disorder

Om whiplashvåldet lett till en fraktur eller luxation ställs den morfologiska diagnosen och inte en whiplashdiagnos.

### Handläggning vid tidigt omhändertagande

Smärtintensitet, stelhet samt neurologiska symtom och fynd ska dokumenteras liksom eventuell stress, rädsla och oro. WAD-graden ska bedömas. Behandlingsåtgärderna är beroende av smärtintensitet och WAD-grad med beaktande av patientens hela situation vid fördröjt tillfrisknande.

I akutskedet är det inte motiverat att röntga patienter under 65 års ålder med WAD-grad I (undantag patienter med t.ex RA, Mb Bechterew). Vid WAD-grad II rekommenderas slätröntgen eller DT. Vid WAD-grad III rekommenderas DT. Komplettering med MRT är ofta indicerad.

Information och råd ska vara inriktade på normalisering eftersom de flesta blir återställda. Egna aktiva anpassade strategier som dagliga regelbundna huvud- och axelrörelser till smärtgränsen samt avslappningsövningar skall uppmuntras. Halskrage har ingen plats i behandlingen.

Eventuell läkemedelsbehandling liksom annan behandling skall vara regelbunden, tidsbegränsad och följas upp.

Vid kvarstående smärta efter 1 månad samt svårigheter med arbete och dagliga aktiviteter rekommenderas samordnad bedömning på primärvårdsenheten alternativt smärtspecialistklinik.

## 2.4.6 YRSEL

### Översikt och säkerhetsprincip

Yrsel är ett komplext symtom som kräver strukturerad triagering och säkerhetsfokuserad handläggning. Första steget är att utesluta allvarlig cerebrovaskulär patologi, särskilt cervikal artärdissektion (CAD) och stroke i bakre cirkulationen, innan mer specifika funktionella diagnoser t.ex. vestibulär eller cervikogen yrsel övervägs. I modern klinisk screening, bör ett riskbaserat angreppssätt där anamnes och patientens riskprofil väger tyngre än isolerade "Vertebrobasillär insufficiens (VBI)-tester".

## Initial bedömning och riskstratifiering

En säker handläggning inleds med en grundlig anamnes och klinisk undersökning för att identifiera eventuella röda flaggor.

### Anamnes

Kartlägg debut plötslig vs gradvis, tidsförlopp, triggers, samtida symtom (huvudvärk, nacksmärta, synrubbning, dysartri/dysfagi, ataxi, sensoriska bortfall eller ensidig hörselnedsättning), kärllrisker och nyligt trauma.

### Status

Fullständigt neurologiskt status, gång- och koordinationstester, blodtrycksmätning samt riktad ögonmotorikbedömning. Vid misstanke om stroke ska patienten omgående hänvisas till akut vård.

### Vaskulär risk och "Red Flags"

Särskild uppmärksamhet måste ägnas åt risken för cervikal artärdissektion (CAD), som är en allvarlig orsak till stroke hos yngre personer och ofta presenterar sig med nacksmärta och huvudvärk. Yrsel är ett känt symtom vid detta tillstånd. Följande fynd ska betraktas som röda flaggor och föranleda omedelbar försiktighet och eventuell remiss:

- ◇ En ny, kraftig/allvarlig och ensidig occipital huvudvärk.
- ◇ Avvikande neurologiska fynd vid undersökning.
- ◇ Fokala neurologiska symtom såsom svaghet, synrubbningar, domningar eller balansproblem.

### Differentialdiagnostiska överväganden

Yrsel är ett komplext symtom som kan ha flera olika orsaker. Först när allvarlig patologi har uteslutits kan andra orsaker till yrsel övervägas. I klinisk praxis bör yrsel initialt betraktas som en potentiell manifestation av vertebrobasillär insufficiens (VBI) tills en noggrann undersökning eller utredning kan fastställa en annan specifik etiologi, såsom cervikogen yrsel eller vestibulär dysfunktion.

- ◇ **Vertebrobasillär insufficiens (VBI)**  
VBI innebär en nedsatt blodförsörjning till den bakre cirkulationen i hjärnan, vilket kan orsaka yrsel i kombination med andra symtom såsom dysartri, diplopi, ataxi och sensoriska bortfall. VBI-orsakad yrsel tenderar att vara kortvarig och kan utlösas av huvudrörelser som temporärt minskar blodflödet genom vertebralisartärerna. Misstanken om diagnosen fattas utifrån anamnes och förstärks med hjälp av kliniska tester. Diagnosen bekräftas vid behov genom bilddiagnostik såsom MR-angiografi.
- ◇ **Vestibulär yrsel**  
Vestibulära orsaker till yrsel, såsom benign paroxysmal positionell vertigo (BPPV), vestibularisneurit eller Ménières sjukdom, kan identifieras genom kliniska tester. Vid behov remiss till specialist för vidare utredning och behandling.
  - *BPPV*
    - **Utredning:** Utredds med Dix–Hallpike och vid behov supine roll-test (för horisontell kanal).
    - **BPPV Hantering:** Behandlas primärt med repositionsmanövrar, såsom Epley's repositionsmanöver.

- *Vestibularisneurit*
  - **Utredning:** Diagnosen grundas på anamnes (akut, ihållande yrsel/vertigo, ofta föregången av en viral infektion) och klinisk undersökning. Utvärdera med Head Impulse Test (HIT) för att detektera en unilateral perifer vestibulär dysfunktion. Utför en neurologisk undersökning (inklusive kranialnerv) för att utesluta central patologi.
  - **Hantering:** Akut hantering fokuserar på symtomlindring, inklusive rådgivning om aktivitetsuppmuntran och att undvika långvarigt sängläge. Informera patienten om vikten av att bibehålla fysisk aktivitet och återuppta normala dagliga aktiviteter i den mån det är möjligt. Vid behov av Vestibulär Rehabilitering eller om symtomen är svåra eller progredierar, överväg omedelbar remiss för vidare behandling och/eller specialistbedömning
- *Ménière's Sjukdom*
  - **Utredning:** Baseras på den detaljerade patienthistoriken, som kännetecknas av episodisk yrsel, hörselnedsättning och tinnitus/fullhetskänsla i örat. En neurologisk undersökning (inklusive kranialnerv) måste utföras. Eftersom diagnosen är komplex och uteslutande, ska differentialdiagnostik tillämpas noggrant.
  - **Hantering:** Fokusera på att förklara tillståndet och den förväntade prognosen, samt på livsstilsrådgivning (t.ex. kost och stresshantering). Då tillståndet är kroniskt bör handhavandet vara personcentrerat och stöd för egenvård erbjudas, och patienten ska uppmuntras till interprofessionell samverkan med en specialist (t.ex. ÖNH-läkare). Regelbunden uppföljning och formell utvärdering av framsteg ska genomföras.
- ◇ **Cervikogen yrsel**

Cervikogen yrsel är en sekundär yrseldiagnos som kännetecknas av en upplevd koppling mellan nackdysfunktion och yrsel. Diagnosen får ställas först efter att vaskulära och primära vestibulära orsaker har uteslutits genom en fullständig anamnes och klinisk undersökning.

  - **Sekundär patogenes:** Tillståndet anses uppstå sekundärt till störningar i den cervikala proprioceptionen.
  - **Associerade tillstånd:** Cervikogen yrsel kan kopplas till dysfunktion i övre halsryggen, whiplashskador eller muskulära spänningar.
  - **Diagnos baseras på uteslutning** av andra orsaker och på en observerad förbättring vid behandling av underliggande cervikala besvär.

### Klinisk hantering

- ◇ **Bedömning:** En grundlig klinisk undersökning av huvud och nacke är nödvändig.
- ◇ **Vård:** Hanteringen bör utgå från patientens förutsättningar och kravbild, vilket kan inkludera manuell vård, terapeutisk träning, och livsstilsrådgivning.
- ◇ **Utvärdering:** Patientens framsteg ska kontinuerligt övervakas och formellt utvärderas. Vid utebliven förbättring inom fyra till åtta veckor ska remiss övervägas.

---

## Referenser:

- Altman, R. D., & Beattie, P. (2017). Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(7), A1–A83.  
[doi.org/10.2519/jospt.2017.0301](https://doi.org/10.2519/jospt.2017.0301)
- Bhattacharyya, N., Gubbels, S. P., Schwartz, S. R., Edlow, J. A., El-Kashlan, H., Fife, T., et al. (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 156(3\_suppl), S1–S47.  
[doi.org/10.1177/0194599816689667](https://doi.org/10.1177/0194599816689667)
- Blanpied, P. R., Gross, A. R., Elliott, J. M., Devaney, L. L., Clewley, D., Walton, D. M., et al. (2017). Neck Pain: Revision 2017. Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(7), A1–A83.  
[www.jospt.org/](http://www.jospt.org/)
- Cassidy, J. D., Boyle, E., Côté, P., He, Y., Hogg-Johnson, S., Silver, F. L., et al. (2008). Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care: Results of a population-based case-control and case-crossover study. *Spine*.  
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18204390/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18204390/)
- Choi, J. H., Kim, H. W., Choi, K.-D., et al. (2014). Isolated vestibular syndrome in posterior circulation stroke: Frequency and involved structures. *Neurology: Clinical Practice*, 4(5), 410–418.  
[doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000028](https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000028)  
[doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000028](https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000028)
- Coleman, R. E., & Holen, I. (2014). Bone Metastases. I J. E. Niederhuber, J. O. Armitage, J. H. Doroshow, M. B. Kastan, & J. E. Tepper (Red.), *Abeloff's Clinical Oncology* (5:e uppl., s. 739–763.e3). Elsevier.  
[www.sciencedirect.com/book/9781455728657/abeloffs-clinical-oncology](http://www.sciencedirect.com/book/9781455728657/abeloffs-clinical-oncology)
- Dodick, D. W. (2003). Clinical clues and clinical rules: Primary vs secondary headache. *Advanced Studies in Medicine*, 3(6C), S550–S555.  
[www.mayoclinic.elsevierpure.com/en/publications/clinical-clues-and-clinical-rules-primary-vs-secondary-headache/](http://www.mayoclinic.elsevierpure.com/en/publications/clinical-clues-and-clinical-rules-primary-vs-secondary-headache/)
- Dionne, N., Adefolarin, A., Kunzelman, D., Trehan, N., Finucane, L., Levesque, L., et al. (2019). What is the diagnostic accuracy of red flags related to cauda equina syndrome (CES), when compared to Magnetic Resonance Imaging (MRI)? A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice*, 42, 125–133.  
[doi.org/10.1016/j.msksp.2019.05.004](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.05.004)  
[doi.org/10.1016/j.msksp.2019.05.004](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.05.004)
- Edlow, J. A., Carpenter, C. R., et al. (2023). Guidelines for Reasonable and Appropriate Care in the Emergency Department 3 (GRACE-3): Acute dizziness and vertigo in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 30(5), 442–486.  
[doi.org/10.1111/acem.14728](https://doi.org/10.1111/acem.14728)
- Finucane, L. M., Downie, A., Mercer, C., et al. (2020). International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50(7), 350–372.  
[doi.org/10.2519/jospt.2020.9971](https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9971)

- Halmagyi, G. M., Chen, L., MacDougall, H. G., Weber, K. P., McGarvie, L. A., & Curthoys, I. S. (2017). The Video Head Impulse Test. *Frontiers in Neurology*, 8, 258. doi.org/10.3389/fneur.2017.00258  
[doi.org/10.3389/fneur.2017.00258](https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00258)
- Kattah, J. C., Talkad, A. V., Wang, D. Z., Hsieh, Y.-H., & Newman-Toker, D. E. (2009). HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke*, 40(11), 3504–3510.  
[doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.551234](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.551234)
- Kim, J. S., & Lee, H. (2018). Isolated vertigo in vertebrobasilar ischemia: Clinical implications and diagnostic strategy. *Journal of Stroke*, 20(1), 31–40.  
[doi.org/10.5853/jos.2017.02840](https://doi.org/10.5853/jos.2017.02840)
- Kristjansson, E., & Treleaven, J. (2009). Sensorimotor function and dizziness in neck pain: implications for assessment and management. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 39(5), 364–377.  
[doi.org/10.2519/jospt.2009.2834](https://doi.org/10.2519/jospt.2009.2834)  
[doi.org/10.2519/jospt.2009.2834](https://doi.org/10.2519/jospt.2009.2834)
- McCarthy, J., & Davis, A. (2016). Diagnosis and management of vertebral compression fractures. *American Family Physician*, 94(1), 44–50.  
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27386723/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27386723/)
- Marklund, N., Tegner, Y., Bull, V., Johansson, K., Lundgren, L., Swarén, M., et al. (2025). Handläggning av idrottsrelaterad hjärnskakning hos vuxna – nya detaljerade rekommendationer för stegvis rehabilitering. *Läkartidningen*, 122, artikel-id 24098.  
[lakartidningen.se/vetenskap/handlaggning-av-idrottsrelaterad-hjarnskakning-hos-vuxna/](https://lakartidningen.se/vetenskap/handlaggning-av-idrottsrelaterad-hjarnskakning-hos-vuxna/)
- McWhinney, I. (1989). The need for a transformed clinical method. I M. Stewart & D. Roter (Red.), *Communicating with medical patients*. London: Sage.  
[books.google.com/books/about/Communicating\\_with\\_Medical\\_Patients.html?id=nTRrAAAAMAAJ](https://books.google.com/books/about/Communicating_with_Medical_Patients.html?id=nTRrAAAAMAAJ)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2008). Metastatic spinal cord compression in adults: Risk assessment, diagnosis and management (CG75). Manchester: NICE.  
[www.nice.org.uk/guidance/cg75](https://www.nice.org.uk/guidance/cg75)
- Newman-Toker, D. E., Saber Tehrani, A. S., Mantokoudis, G., Pula, J. H., Guede, C. I., Kerber, K. A., et al. (2013). Quantitative video-oculography to help diagnose stroke in acute vertigo and dizziness: toward an ECG-based paradigm. *Stroke*.  
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23463752/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23463752/)
- Patricios, J. S., Schneider, K. J., Dvorak, J., Ahmed, O. H., Blauwet, C., Cantu, R. C., et al. (2023). Consensus statement on concussion in sport: the 6th International Conference on Concussion in Sport—Amsterdam, October 2022. *British Journal of Sports Medicine*, 57(11), 695–711. doi.org/10.1136/bjsports-2023-106898  
[doi.org/10.1136/bjsports-2023-106898](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106898)
- RCC: The Royal College of Chiropractors. (2018). Acute Neck Pain: Quality Standard. London: RCC.  
[rcc-uk.org/wp-content/uploads/Acute-Neck-Pain-Quality-Standard-web.pdf](https://rcc-uk.org/wp-content/uploads/Acute-Neck-Pain-Quality-Standard-web.pdf)
- RCC: The Royal College of Chiropractors. (2018). Headache: Quality Standard. London: RCC.  
[rcc-uk.org/wp-content/uploads/Headache-Quality-Standard-Web.pdf](https://rcc-uk.org/wp-content/uploads/Headache-Quality-Standard-Web.pdf)
- RCC: The Royal College of Chiropractors. (2018). Low Back Pain and Sciatica: Quality Standard. London: RCC.  
[rcc-uk.org/wp-content/uploads/LBPSciatica\\_Quality-Standard-web.pdf](https://rcc-uk.org/wp-content/uploads/LBPSciatica_Quality-Standard-web.pdf)

Rushton, A., Carlesso, L. C., Flynn, T., Hing, W. A., Rubinstein, S. M., Vogel, S., & Kerry, R. (2023). International Framework for Examination of the Cervical Region for Potential of Vascular Pathologies of the Neck Prior to Musculoskeletal Intervention: International IFOMPT Cervical Framework. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 53(1), 7–22.

[doi.org/10.2519/jospt.2022.11147](https://doi.org/10.2519/jospt.2022.11147)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2015). Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures (SIGN 142). Edinburgh: SIGN.

[www.sign.ac.uk/media/1812/sign-142-osteoporosis-v3.pdf](http://www.sign.ac.uk/media/1812/sign-142-osteoporosis-v3.pdf)

Seemungal, B. M., Agrawal, Y., et al. (2022). The Bárány Society position on ‘Cervical Dizziness’. *Journal of Vestibular Research*, 32(6), 487–499. [doi.org/10.3233/VES-220202](https://doi.org/10.3233/VES-220202)

Silverberg, N. D., et al. (2023). The American Congress of Rehabilitation Medicine Diagnostic Criteria for Mild Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 104(8), 1343–1355.

[doi.org/10.1016/j.apmr.2023.03.036](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.03.036)

[doi.org/10.1016/j.apmr.2023.03.036](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.03.036)

Sobri, M., Lamont, A. C., Alias, N. A., & Win, M. N. (2003). Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *British Journal of Radiology*, 76(908), 532–535.

[doi.org/10.1259/bjr/89012738](https://doi.org/10.1259/bjr/89012738)

[doi.org/10.1259/bjr/89012738](https://doi.org/10.1259/bjr/89012738)

Stewart, M. (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

[books.google.com/books?q=Patient-](https://books.google.com/books?q=Patient-centered+medicine+Transforming+the+clinical+method+Stewart+1995)

[centered+medicine+Transforming+the+clinical+method+Stewart+1995](https://books.google.com/books?q=Patient-centered+medicine+Transforming+the+clinical+method+Stewart+1995)

Stewart, M. A. (1995). Effective physician–patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ*, 152(9), 1423–1433.

[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7728691/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7728691/)

World Health Organization (WHO). (2021). *Patient Safety: Global Action Plan 2021–2030*. Geneva: World Health Organization.

[www.who.int/publications/i/item/9789240032705](http://www.who.int/publications/i/item/9789240032705)

## 2.5 SUICIDALITET

---

Naprapater arbetar främst med vård och behandling av besvär kopplade till rörelse- och stödjeorganen. Fokus ligger i huvudsak på fysisk hälsa samt problem i muskler och leder, men som naprapat behöver man också vara förberedd på situationer där en patient visar tecken på svår psykisk ohälsa, inklusive suicidala tankar.

I Sverige är suicidalt beteende ett allvarligt folkhälsoproblem. Varje år begår cirka 1 500 personer självmord, vilket gör det till en av de vanligaste dödsorsakerna bland unga vuxna och medelålders personer. Suicidalitet berör alla åldersgrupper och kön, men män är överrepresenterade i statistiken och utgör ungefär 70 procent av fallen. Samtidigt är självmordsförsök vanligare bland kvinnor.

Om en patient visar tecken på allvarlig självmordsbenägenhet är det viktigt att agera omedelbart och med stor omsorg för att säkerställa patientens säkerhet.

### 2.5.1 SUICIDSTEGEN – BEDÖMNING AV RISKNIVÅ

Suicidstegen beskriver hur suicidtankar och handlingar kan utvecklas stegvis. Ju högre upp på stegen patienten befinner sig, desto mer akut är situationen.

1. Nedstämdhet / hopplöshet
2. Livsleda
3. Dödstanke
4. Dödsönskan
5. Självmordstanke
6. Självmordsönskan
7. Självmordsplaner
8. Självmordsförberedelser
9. Självmordsavsikt
10. Självmordsförsök

### 2.5.2 HANTERING AV PATIENTER MED MISSTÄNKT SUICIDRISK

#### Grundprinciper

- ◇ Suicidala tankar eller uttryck får aldrig ignoreras.
- ◇ Naprapaten ska inte själv behandla suicidproblematiken utan agera för att säkerställa att patienten snabbt får rätt vård.
- ◇ Dokumentation av situationen och de vidtagna åtgärderna är en del av patientsäkerheten.

## Steg vid misstanke om suicidrisk

1. *Identifiera varningssignaler*
  - ◇ Nedstämdhet, hopplöshet, dödstankar, uttalad livsleda, uttryckta suicidplaner eller tidigare försök.
  - ◇ Fråga öppet och rakt om patienten har tankar på att ta sitt liv.
2. *Agera omedelbart*
  - ◇ Vid uttalat självmordshot: larma 112 direkt. Om någon hotar att ta sitt liv ska du se det som en olycka - ring därför 112, SOS-operatören ser till att hjälp kommer till platsen.
  - ◇ Vid misstanke men ingen akut fara: hänvisa patienten till primärvård, psykiatrisk akutmottagning eller stödlinjer.
3. *Lämna inte patienten ensam:* om risknivån bedöms som hög, säkerställ att någon tar ansvar tills professionell vård tar vid.
4. *Dokumentera händelsen i journalen:* vilka tecken som uppmärksammats, hur situationen hanterades, var patienten hänvisades.
5. *Återkoppla* inom rimlig tid för att säkerställa att patienten fått fortsatt stöd.

## Ansvarsgräns

Naprapatens ansvar är att uppmärksamma och agera vid tecken på suicidrisk, men aldrig att själv behandla suicidala tillstånd. Vid osäkerhet ska klinikansvarig eller kvalitetsansvarig alltid kontaktas för stöd i handläggningen.

## Viktiga kontaktvägar

- ◇ **112** – vid akuta hot om självmord
- ◇ **Primärvården/psykiatrisk akutmottagning** – vid behov av akut bedömning
- ◇ **Mind självmordslinje (90 101)** – stödtelefon dygnet runt.  
För mer information: [mind.se](http://mind.se)
- ◇ **Suicide Zero** – informationsresurs för vårdpersonal och allmänhet  
För mer information: [suicidezero.se](http://suicidezero.se)



---

## Referenser

Folkhälsomyndigheten. (2023). Suicidprevention – en nationell strategi.  
[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)

Mind. (2024). Minds självmordslinje.  
[www.mind.se](http://www.mind.se)

Patientlagen (2014:821). Svensk författningssamling. Socialdepartementet.

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/Riksdagen](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/Riksdagen)

Socialstyrelsen. (2021). Suicidprevention – vägledning för vården. Stockholm: Socialstyrelsen.  
[www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/andringar-av-foreskrifter-och-allmanna-rad/suicidprevention/](http://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/andringar-av-foreskrifter-och-allmanna-rad/suicidprevention/)

Suicide Zero. (2024). Fakta om suicid.  
[www.suicidezero.se](http://www.suicidezero.se)

WHO. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization.  
[www.Preventing suicide: A global imperative](http://www.Preventing suicide: A global imperative)

## 2.6 AKUT BEDÖMNING OCH OMHÄNDERTAGANDE

---

Vid akuta situationer behöver omhändertagandet ske både snabbt och strukturerat. Ett systematiskt arbetssätt gör det möjligt att tidigt upptäcka livshotande problem och säkerställa att de mest akuta insatserna prioriteras. Samtidigt krävs flexibilitet, då patientens tillstånd kan förändras snabbt och varje situation är unik.

En central del i det akuta omhändertagandet är att kontinuerligt väga observationer och kliniska fynd mot varandra för att skapa en helhetsbild av patientens status. Genom att agera på det som är mest kritiskt i stunden kan vårdgivaren öka säkerheten, minska risken för att viktiga detaljer förbises och lägga grunden för fortsatt diagnostik och behandling.

### 2.6.1 ABCDE-PRINCIPEN

Den internationellt etablerade ABCDE-principen används inom akutsjukvård som ett standardiserat tillvägagångssätt för att bedöma och stabilisera patientens vitala funktioner. Varje bokstav representerar ett område som måste bedömas och åtgärdas innan man går vidare. Statusfynd dokumenteras fortlöpande och vitalparametrar som andningsfrekvens, puls och blodtryck mäts regelbundet. Det är av största vikt att inte gå vidare till nästa steg förrän funktionen är tillfredsställande eller att nödvändiga åtgärder är påbörjade. Utvärdering (re-evaluering) ska ske kontinuerligt, om patienten inte förbättras av vidtagna åtgärder eller om patientens tillstånd försämras. På så sätt skapas en säker och systematisk grund för fortsatt undersökning och behandling.

---

**A** Airway – luftväg

---

#### Undersöka:

- ◇ Kontrollera fria luftvägar – rent i munhåla/ svalg - tecken på främmande kropp? snarkande/rosslande ljud eller tystnad?
- ◇ Svarar på tilltal - pratar patienten normalt?
- ◇ Vid medvetslös patient, kontrollera att andningsvägarna hålls fria.

#### Åtgärda:

Omedelbara åtgärder om ofria luftvägar – utför något av nedanstående:

1. Luta patientens huvud bakåt.
2. Lyft patientens haka (haklyft). Placera din ena hand på patientens panna, lägg två fingrar under patientens haka och luta huvudet lätt bakåt.

3. Lyft patientens käke (käklyft). Stå bakom patientens huvud, placera dina händer i patientens käkvinklar och lyft upp käken. Ventilera vid behov.

Placera patienten i stabilt sidoläge om du av någon anledning måste lämna patienten tillfälligt.

## B Breathing – andning

Andas patienten regelbundet? Förhöjd andningsfrekvens? Oregelbundet andningsmönster? En normal andningsfrekvens är ungefär mellan 12–20 andetag/min. Räkna helst andningen under en hel minut. Om patientens tillstånd är kritiskt eller om patienten har en jämn och regelbunden andning kan det vara motiverat att räkna i 30 sekunder och multiplicera med 2.

### Undersöka: Se – Lyssna – Känn

#### Se

- ◇ Inspektera övre luftvägarna efter eventuell svullnad eller främmande kropp.
- ◇ Notera bröstorgans rörelser: Höjer sig bröstkorgen regelbundet? Liksidigt?
- ◇ Andas patienten med djupa eller ytliga andetag? Ser andningen ansträngd ut, till exempel genom att patienten har uppdragna axlar eller indragningar på halsen.
- ◇ Titta efter tecken på cyanos, till exempel på patientens läppar eller nagelbäddar.

#### Lyssna

- ◇ Hörs andningsljud? Om inte, misstänk ofri luftväg.
- ◇ Hur låter andningsljuden? Rosslande, pipande eller väsande? Om luftvägarna delvis är blockerade hörs ofta ett väsande och pipande ljud.

#### Känn

- ◇ Känn luftström vid näsa/mun - lägg din hand eller kind över patientens näsa och mun - kan du känna luftströmmen?
- ◇ Känn bröstorgans rörelser upp/ner - lägg din hand på patientens bröstorgans och känn efter andningsrörelserna om de är svåra att se. Höjer sig bröstkorgen symmetriskt?
- ◇ Räkna andningsfrekvens helst i 1 minut (normal ca 12–20/min).

### Åtgärda:

Ta bort synligt lösa föremål i munnen om det kan göras säkert.

Om du måste lämna patienten: lägg i stabilt sidoläge.

Medvetlös och inte normal andning ⇒ följ larmcentralens instruktioner och starta HLR.

**Orsak till medvetslösheten:** STROKE! Hypoglykemi? Droger? Trauma?  
**AKUT-test** vid misstänkt stroke (Ansikte, Kroppsdel/arm, Uttal, Tid).  
Misstänkt **stroke**, kramper, snabbt sjunkande medvetande ⇒ **larma 112**.

### Undersöka:

#### *Puls*

Frekvens, rytm, fyllnad – radially eller karotidalt

Genom att bedöma patientens puls får du information om hjärtfrekvens, rytm och om pulsen är tunn eller fyllig och en grov uppskattning av blodtrycket.

*Blodtryck.* Mät om möjligt patientens blodtryck manuellt. Om det är svårt att höra blodtrycket kan det vara ett tecken på lågt blodtryck.

*Hudcirkulation:* Kalla, bleka eller blåmarmorade händer och fötter tyder på att de perifera kärlen är sammandragna och att blodcirkulationen kan vara påverkad. Huden är ofta kallsvettig.

Undersökning av den kapillära återfyllnaden ger kompletterande information:

- ◇ Tryck cirka 5 sekunder på huden på en av patientens fingertoppar.
- ◇ Släpp taget och räkna hur många sekunder det tar innan fingertoppen är rosa igen.
- ◇ En återfyllnad på 3 sekunder eller mer tyder på dåligt blodflöde i kapillärerna.

### Åtgärda:

- ◇ Vid cirkulationssvikt: lägg patienten plant med benen högt (om inga kontraindikationer).
- ◇ Håll patienten varm med filter/kläder för att motverka nedkylning.
- ◇ Vid misstänkt hjärtstopp: larma och påbörja HLR enligt gällande riktlinjer.

Övervaka puls, blodtryck, ev. saturation och medvetandegrad fortlöpande.

## D Disability – neurologiskt status

Flera olika skalor används vid bedömning av medvetandegrad – en sådan är ACVPU:

**A** = Alert; fullt vaken

**C** = Confusion; nytillkommen eller förvärrad förvirring

**V** = Voice; svarar på tilltal

**P** = Pain; reagerar på smärtstimuli

U = Unresponsive; reagerar inte på smärtstimuli

#### Kontrollera:

- ◇ Pupillstorlek?
- ◇ Ljusreaktion?
- ◇ Nackstelhet?
- ◇ Muskeltonus?

#### Åtgärda:

- ◇ Säkerställ fria luftvägar och ge syrgas vid behov.
- ◇ Vid misstänkt stroke: gör AKUT-test och larma 112 omgående.
- ◇ Vid kramper: skydda patienten mot skador, säkra fria luftvägar och larma 112.
- ◇ Vid medvetandesänkning: lägg patienten i stabilt sidoläge om andningen är bevarad, annars förbered HLR.  
Dokumentera medvetandegrad enligt ACVPU eller annan skala och följ utvecklingen fortlöpande.

## E Exposure – exponering

**Undersöka:** Finns tecken på skador som kan förklara tillståndet? trauma? stickmärken? P-glukos, temperatur.

**Åtgärda:** Vid ev. nedkylning - värm patienten med filter.

## 2.6.2 NÄR SKA 112 LARMAS?

Vid vissa tillstånd krävs omedelbart larm till 112. Dessa situationer kännetecknas ofta av hotade vitala funktioner eller snabbt försämrat allmäntillstånd.

*Vid dessa situationer bör 112 larmas:*

- ◇ *Hotad/ofri luftväg eller ingen/abnorm andning*
- ◇ *Uttalad andningssvikt (t.ex. tydliga indragningar, oförmåga att tala i hela meningar)*
- ◇ *Tecken på chock (blek, kallsvettig, snabb svag puls, konfusion/sänkt medvetande)*
- ◇ *Plötsliga fokalneurologiska symtom (misstänkt stroke) eller kramper som inte upphör*
- ◇ *Svår bröstsmärta, andningspåverkan, allergisk reaktion med svullnad/andningsbesvär*

När 112 har larmats ska tidpunkt, fynd enligt ABCDE, vidtagna åtgärder och beslut dokumenteras. Dokumentationen bör vara kortfattad men tydlig, exempelvis: "112 larmat kl. 10:32", "patient i

sidoläge”, ”blödning komprimerad”.

---

## Referenser

ABCDE, initialt omhändertagande. Region Skåne.

[www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/akut-var/ako/abcde-initialt-omhandertagande](http://www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/akut-var/ako/abcde-initialt-omhandertagande)

Akut omhändertagande enligt ABCDE – interprofessionellt arbete på akutrummet (AT2). Region Skåne.

[www.vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/practicum/kursinformation/akut-omhandertagande-enligt-abcde--interprofessionellt-arbete-pa-akutrummet-at2/](http://www.vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/practicum/kursinformation/akut-omhandertagande-enligt-abcde--interprofessionellt-arbete-pa-akutrummet-at2/)

Bedömning enligt ABCDE – översikt. Vårdhandboken. Stockholm: Inera AB. [www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/bedomning-enligt-abcde-oversikt/](http://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/bedomning-enligt-abcde-oversikt/)

Prehospitalt akut omhändertagande – enligt principen L-ABCDE. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Publikationsnummer MSB596, ISBN 978-91-7383-372-1. Tillgänglig på:

[www.akademiska.se/contentassets/0b6e4e3320494d348d066b0e478686ff/prehospitalt-akut-omhandertagande-enligt-principen-l-abcde.pdf](http://www.akademiska.se/contentassets/0b6e4e3320494d348d066b0e478686ff/prehospitalt-akut-omhandertagande-enligt-principen-l-abcde.pdf)



## 3. Patientsäker vård och behandling

- metoder, grupper och  
särskilda överväganden

## 3.I EVIDENSBASERAD MANUELL MEDICIN

---

För att säkerställa en trygg och säker vård är det centralt att all behandling vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet, i kombination med respekt för patientens behov och önskemål. Detta är också en grundläggande princip Patientsäkerhetslagen (2010:659), som anger att all hälso- och sjukvård ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Evidensbaserad manuell medicin (EBMM) innebär att manuella behandlingsmetoder, såsom manipulation, mobilisering, mjukdelsbehandling och andra tekniker, används på ett sätt som vilar på vetenskap, beprövad erfarenhet och patientens delaktighet. EBMM innebär alltså inte att man avstår från naprapatins kärna, utan att man förankrar den i moderna kunskapskrav. På så sätt förenas tradition och modern evidens till en vård som är både trygg, effektiv och individanpassad.

### 3.I.I TRE HÖRNSTENAR I EBMM

För att uppnå en trygg och patientsäker vård integrerar EBMM tre ömsesidigt förstärkande kunskapskällor:

1. **Vetenskaplig evidens:** bästa tillgängliga forskning, exempelvis systematiska översikter och kliniska riktlinjer, som visar på effekt och säkerhet. För manuell behandling finns dokumenterad evidens för kortsiktig smärtlindring och förbättrad funktion vid bland annat ländryggs- och nackbesvär.
2. **Beprövad erfarenhet och klinisk expertis:** kunskap som utvecklats och befästs genom lång klinisk användning och som har prövats av många yrkesutövare i liknande sammanhang. För naprapater innebär det att manuella tekniker har en stark tradition och klinisk förankring. Även om inte alla metoder har omfattande forskningsstöd, kan de användas när de visat sig vara säkra och nyttiga i praktiken.
3. **Patientens preferenser och värderingar:** vården ska utformas i samråd med patienten. Att ta hänsyn till patientens förväntningar, mål och upplevelser är avgörande för både behandlingens effekt och för att säkerställa patientsäkerhet.

### 3.I.2 EBMM I PRAKTIKEN

I praktiken betyder detta att manuell medicin sällan används isolerat, utan som en del av ett multimodalt vårdprogram. Internationella riktlinjer för muskuloskeletal smärta betonar vikten av att kombinera manuell behandling med patientutbildning, träning och egenvårdsstrategier. Den manuella behandlingen kan fungera som en katalysator, genom att lindra smärta, optimera funktion, förbättra rörlighet och skapa bättre förutsättningar för patienten att delta aktivt i rehabilitering och livsstilsförändringar.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det avgörande att manuell behandling används med korrekt indikation, att kontraindikationer beaktas och att vården dokumenteras tydligt i patientjournalen. God kommunikation om möjliga behandlingsreaktioner och risker stärker patientens delaktighet och minskar risken för missförstånd.

---

## Referenser

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (8:e uppl.). Oxford University Press.

ISBN 978-0-19-064087-3.

Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Caneiro, J. P., Nagree, Y., Straker, L., & O'Sullivan, P. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79–86.

[doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878](https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878)

Patientsäkerhetslag (2010:659). (2010). Svensk författningssamling. Socialdepartementet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72.

[doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71](https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71)

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). Rehabilitering vid långvarig smärta. SBU.

[www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/multimodala-och-interdisciplinara-behandlingar-vid-langvarig-smarta/](http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/multimodala-och-interdisciplinara-behandlingar-vid-langvarig-smarta/)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2016). Metoder för behandling av långvarig smärta. SBU.

[www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/metoder-for-behandling-av-langvarig-smarta/](http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/metoder-for-behandling-av-langvarig-smarta/)

Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen.

[www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/rorelseorganens-sjukdomar/](http://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/rorelseorganens-sjukdomar/)

Socialstyrelsen. (2022). Vetenskap och beprövad erfarenhet – en vägledning för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen.

[www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7849.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7849.pdf)

## 3.2 BEHANDLINGSMETODER OCH KOMPLETTERANDE BEHANDLINGAR

---

Utöver de manuella tekniker som traditionellt utgör kärnan i naprapatens tillvägagångssätt används ibland kompletterande metoder för att optimera utfallet. Dessa kan bidra till smärtmodulering, förbättrad funktion och stöd för patientens återgång till aktivitet. Evidensläget varierar mellan metoderna, och det är därför centralt att som kliniker kontinuerligt värdera aktuell forskning i relation till patientens behov och preferenser.

Valet av behandlingsstrategi baseras på en helhetsbedömning som inkluderar kliniska fynd, patientens mål och den bästa tillgängliga evidensen. Genom att integrera elektroterapi, akupunktur, träning och rehabilitering samt olika former av smärtbehandling skapas en mångfacetterad verktygslåda. Detta möjliggör en individualiserad och säker vård där metoder med starkare forskningsstöd prioriteras men där även kompletterande tekniker kan ha en plats i ett evidensbaserat arbetssätt.

### 3.2.1 ELEKTROTHERAPI

Elektroterapi används på många olika sätt i syfte att stimulera nerver, såväl sensoriska som motoriska. Det finns god dokumentation för smärtlindring med högfrekvent TENS (konventionell TENS) och viss dokumentation för allmän smärtlindring med lågfrekvent TENS. Ström (NMES - neuromuskulär elektrisk stimulering) används mest för att minska muskeltonus, öka cirkulationen eller aktivera muskler som patienten har svårt att aktivera själv. Detta görs ofta med små bärbara batteridrivna apparater, men också med större maskiner som drivs med 230 V, till exempel interferens. Vad som alltid är viktigt är att ha en tanke om vad som orsakar smärtan, vad man vill uppnå och hur man vill uppnå det innan man väljer behandlingsform. TENS är i grunden smärtlindrande och därmed symptomlindrande. NMES används för behandling.

Det finns kontraindikationer och särskilda hänsyn man måste ha kännedom om vid behandling med elektroterapi.

#### **Kontraindikationer:**

- ◇ Pacemaker
- ◇ Cancer i aktuellt anatomiskt område.
- ◇ Infektioner i aktuellt anatomiskt område.

#### **Särskilda hänsyn att ta vid behandling med elektroterapi:**

- ◇ Elektroder ska aldrig placeras så att strömmen kan passera genom hjärtat, det vill säga så att hjärtat hamnar mellan elektroderna. En sådan placering kan påverka hjärtrytmen och i värsta fall orsaka allvarlig hjärtpåverkan. Det är exempelvis acceptabelt att placera två elektroder över brösttryggen, eller på fram- och baksidan av samma axel. Däremot ska man undvika en placering med en elektrod på brösttryggen och den andra på bröstkorgen, eftersom detta kan skapa en strömväg genom hjärtområdet.

- ◇ Elektroderna ska inte placeras så att eventuella metallimplantat, skruvar eller liknande hamnar mellan dem. Det finns en risk att strömmen går genom metallen och kan skapa problem.
- ◇ Särskild uppmärksamhet anmodas vad gäller diabetespatienter då studier visat att blodsockernivån kan sjunka vid stimulering av muskler med NMES.
- ◇ TENS/NMES bör inte orsaka smärta, förutom att träning med ström kan skapa en viss obehagskänsla.
- ◇ Försiktighet anmodas vid elektroterapi på patienter med nedsatt sensorik då risk finns för brännskador under elektroderna.

## 3.2.2 STÖTVÅGSBEHANDLING

Extrakorporeal stötvågsbehandling (ESWT) är en beprövad behandlingsmetod som används inom olika medicinska områden. Metoden använder akustiska vågor för att behandla olika muskuloskeletala tillstånd.

Fördelarna med stötvågsbehandling inkluderar smärtlindring, stimulering av blodcirkulationen och påskyndande av läkningsprocessen. Den kan användas för både akuta och kroniska besvär och är ett alternativ till invasiva behandlingsmetoder.

### Det finns två huvudtyper av stötvågsbehandling:

- ◇ Radiell tryckvåg (R-SWT): Vågorna sprids sfäriskt och täcker ett större behandlingsområde, vilket leder till en fördelning av energi över det behandlade området.
- ◇ Fokuserad stötvåg (F-SWT): Vågorna koncentreras till ett litet område, vilket resulterar i en högre energitäthet i denna specifika punkt. Detta möjliggör koncentration av energi på djupare eller mer precisa behandlingsområden.

### Godkända standardindikationer

Baserat på ISMST's (international society of medical shockwave treatment) riktlinjer är följande indikationer godkända för stötvågsbehandling:

#### Kroniska tendinopatier

- ◇ Kalcifierande tendinopati i axeln
- ◇ Lateral epikondylopati i armbågen (tennisarmbåge)
- ◇ Smärtsyndrom vid trochanter major (gluteal tendinopati)
- ◇ Tendinopati patellarsena (hopparknä)
- ◇ Akillestendinopati
- ◇ Plantarfascialgi, med eller utan hälsporre

#### Benpatologier

- ◇ Fördröjd benläkning
- ◇ Pseudartros (utebliven frakturläkning)
- ◇ Stressfraktur
- ◇ Avaskulär bennekros utan ledpåverkan
- ◇ Osteochondritis dissecans (OCD) utan ledpåverkan

## Hudpatologier

- ◇ Fördröjd eller utebliven sårhäkning
- ◇ Hudsår
- ◇ Vissa brännskador
- ◇ Celluliter

## Vanliga empiriskt testade kliniska användningsområden

- ◇ Tendinopatier
- ◇ Rotatorkufftendinopati utan förkalkningar
- ◇ Medial epikondylopati i armbågen
- ◇ Adduktortendinopati
- ◇ Pes anserinus tendinopati
- ◇ Peroneustendinopati
- ◇ Fot- och fotledstendinopatier
- ◇ Triggerfinger
- ◇ Dequervains
- ◇ Dupuytren's
- ◇ Mb Ledderhose (plantar fibromatos)

## Benpatologier

- ◇ Benmärgsödem
- ◇ Osgood-Schlatters sjukdom
- ◇ Tibialt stressyndrom (benhinneinflammation)
- ◇ Knäartros

## Muskelpatologier

- ◇ Myofasciellt smärtsyndrom
- ◇ Muskelskada utan diskontinuitet

## Neurologiska patologier

- ◇ Spasticitet
- ◇ Karpaltunnelsyndrom

## Urologiska och gynekologiska indikationer

- ◇ Bäckensbottensmärta hos män och kvinnor
- ◇ Peronies sjukdom
- ◇ Vulvodyni
- ◇ Erekttil dysfunktion

## Kontraindikationer

Låg energi (både R-ESWT och F-ESWT med EFD <0.25 mJ/mm<sup>2</sup>)

### Absoluta:

- ◇ Graviditet (behandling över ländrygg och mage)
- ◇ Aktiv cancer i behandlingsområdet (ej som underliggande sjukdom)
- ◇ Pacemaker eller andra elektriska implantat nära behandlingsområdet

Hög energi (F-SWT med EFD > 0.25 mJ/mm<sup>2</sup>)

Alla ovanstående kontraindikationer för låg energi samt även följande:

- ◇ Lungvävnad i behandlingsområdet
- ◇ Stora blodkärl i behandlingsområdet
- ◇ Allvarliga koagulationsproblem
- ◇ Epifysplattor hos barn och ungdomar
- ◇ Hjärna eller ryggrad i behandlingsområdet

### 3.2.3 AKUPUNKTUR/NÅLBEHANDLING

1984 accepterade Socialstyrelsen att akupunkturbehandling fick användas inom hälso- och sjukvård vid behandling av smärta. Behandlingen skall utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt samma normer är det också godkänt att behandla sjukdom om det innefattas i aktuell yrkesbeskrivning.

#### Att tänka på vid nålbehandling

- ◇ Börja alltid med 1–2 manuella behandlingar i syfte att notera patientens reaktioner på nålstimulering innan elektroakupunktur används.
- ◇ Dokumentera i journalen vilka nålar som använts, punktval enligt WHO:s nomenklatur, typ av stimulering, behandlingstid samt eventuella behandlingsreaktioner under eller efter behandling.
- ◇ Stimulera aldrig på halsen nära carotiskärlen då ett blodtrycksfall lätt kan uppstå.
- ◇ Applicera inte nålarna i ett och samma nålpar över hjärtat.
- ◇ Använd inte siliconbelagda nålar vid elektroakupunktur då dessa kan ha varierande elektriskt motstånd – använd nålar avsedda för elektroakupunktur.

Observera att det är lätt att överstimulera patienten som därmed kan få ett förvärrat smärt- och allmäntillstånd. Risk finns också för att akupunkturtolerans utvecklas varvid resultaten av behandlingen blir sämre efter hand.

#### Absoluta kontraindikationer:

- ◇ Hemofili (blödarsjuka)
- ◇ Nålbehandling i extremitet där lymfdränaget är försämrat exempelvis på grund av lymfkörtelutrymning.
- ◇ Nålbehandling i område med neurogent överretningsfenomen med allodyni eller hyperalgesi som förekommer vid bland annat neuropatiska smärtor (stick i sådant område kan utlösa en förvärrad smärtbild).

#### Relativa kontraindikationer (rådgör först med läkare om nålbehandling är aktuell):

- ◇ Grav psykisk störning
- ◇ Gravid i första trimestern (om nålbehandling är aktuell bör den ges av personal med god kunskap om graviditetens normala förlopp och tolkning av avvikelser).
- ◇ Patient med somatoformt smärtsyndrom (psykiska orsaker till smärtan och andra smärtemekanismer har uteslutits).
- ◇ Patient med ökad blödningsbenägenhet orsakad av till exempel pågående behandling med antikoagulantia med dikumarolpreparat.

- ◇ Hjärtklaffsopererad patient med ökad infektionsrisk och eventuell antikoagulantiamedicinering.
- ◇ Hepatit- och AIDS-patienter – ökad infektionskänslighet.
- ◇ Kroniskt svårt njursjuka patienter.
- ◇ Patienter med utbredda hudinfektioner.

Absoluta kontraindikationer speciellt för elektroakupunktur:

- ◇ Pacemakerpatient.

Relativa kontraindikationer speciellt för elektroakupunktur:

- ◇ Hjärtarytmier.
- ◇ Nålbehandling nära huvudet på patient med epilepsi.
- ◇ Nickelallergi.
- ◇ Antikoagulantibehandling med dikumarolpreparat – högre risk för blödning jämfört med manuell akupunktur då nålarna rör sig.

### Hygien vid akupunktur

Varje penetrering av huden innebär en potentiell risk för infektionsspridning. Olika faktorer påverkar risken för infektion. Känslighet för infektioner kan förekomma vid olika sjukdomar som diabetes och kronisk svår njursjukdom. Ökad infektionskänslighet föreligger också för patient som är hjärtklaffsopererad, har nedsatt cirkulation i ett område, har ödem i ett område samt har hudinfektioner eller transplanterad hud. Även vissa läkemedel ökar infektionskänsligheten som cytostatika, cortison och immunsupprimerande läkemedel.

Olika faktorer påverkar risken för smittspridning, till exempel nålhantering, stickdjup, nålstorlek och tiden nålen sitter inne.

Observera följande vid nålbehandling:

- ◇ Noggrann handhygien. Tvätta och sprita händerna före och efter nålbehandling.
- ◇ Sprittvätta patientens hud innan instick av nålarna sker.
- ◇ Använd handskar vid till exempel nagelbandsinfektioner och hudsprickor eller om du själv bär på blodsmitta.
- ◇ Tag alltid av klockor, armband och ringar och använd kortärmad tröja.
- ◇ Massagelotion eller olja på patientens hud före nålbehandling kan öka risken för infektioner.
- ◇ Ha alltid en klar och tydlig behandlingsdiagnos vid nålbehandling då akupunktur kan ha en kraftig symptomatisk effekt och på så sätt maskera annan allvarlig sjukdom.

### Blodsmitta

Med blodsmitta menas att smitta överförs via kontakt med blod eller annan kroppsvätska. Man bör alltid ha skyddshandskar nära till hands för att kunna stoppa blödningar som uppstår vid uttagandet av nålarna. Blodfläckar på brits eller annan utrustning rengörs med Lisotol AF eller motsvarande medel. Om man stuckit sig på en nål bör den som drabbats/skadats omgående tvätta/skölja bort blodet med vatten och därefter kontakta infektionsklinik eller hygiensjuksköterska på närmaste sjukhus i syfte att få råd om hur man bör gå till väga.

## Om olyckan är framme...

1. **Desinfektera omedelbart!** Använd rikligt av vad som finns tillgängligt, till exempel handdesinfektionsmedel eller klorhexidinsprit.
2. **Rapportera snarast till din närmaste arbetsledare**, som ansvarar för att adekvata åtgärder vidtas.
  - ◇ **Hepatit B:** Postexpositionsprofylax: vaccination påbörjas snarast, helst inom 12 timmar (max 3 d) ev. tillägg immunglobin.
  - ◇ **Hepatit C:** Postexpositionsprofylax mot hepatit C (vaccin) finns inte. Handläggning består i uppföljning (förnyad provtagning) och vid behov behandling.
  - ◇ **HIV:** Infektionsläkare ska alltid kontaktas omedelbart. Postexpositionsprofylax: antivirala medel ASAP (max 3 d).

## Autonoma behandlingsreaktioner

Ibland kan nålbehandling utlösa kraftiga autonoma reaktioner som yrsel, svimning, bradykardi, svettning, illamående och blodtrycksfall. Avbryt i sådana fall behandlingen omedelbart och ta ut nålarna.

### Profylaktiska åtgärder

- ◇ Behandla inte en starkt orolig patient.
- ◇ Behandla inte en patient med nedsatt allmäntillstånd.
- ◇ Använd inte starka punkter vid första behandlingstillfället.
- ◇ Behandla alltid patienten liggande vid första tillfället.

## Pneumothorax

Det finns risk för pneumothorax vid instick i anslutning till brösttrygg och/eller bröstorgå då lungan eller lungsäcken kan punkteras. Tänk på valet av nållängd, stickdjup och nålvinkel vid instick i dessa regioner. Om andningssvårigheter uppstår inom någon eller några timmar efter behandling skall sjukvård omedelbart uppsökas. Pneumothorax kan vara symtomfri de första timmarna efter behandling – informera alltid patienten om att om andningsbesvär uppstår skall vård sökas direkt.

## Riskavfall

Använda nålar klassas som riskavfall och hanteras efter respektive kommuns lokala föreskrifter - kontakta miljö- och hälsoavdelningen i kommunen för information. Kasta behållaren när den är fylld till maximalt 2/3 för att undvika stick från använda nålar.

## Anmälningsplikt av stickande verksamhet

Legitimerad personal skall anmäla stickande verksamhet som akupunktur till IVO, Inspektionen för vård och omsorg. Vissa kommuner kräver anmälan även till miljö- och hälsoavdelningen. Kontrollera därför alltid med aktuell kommun.

## 3.2.4 TRÄNING OCH ANDRA KOMPLETTERANDE ÅTGÄRDER

Träning, rehabiliteringsövningar och råd om fysisk aktivitet utgör en central och integrerad del av modern, evidensbaserad manuell medicin. Inom ett flertal kliniska områden, från idrottsmedicin till hantering av långvarig smärta, betraktas mekanoterapi i form av träning och rörelse inte som ett komplement, utan som en primär och fundamental intervention. Ansvar för utövare av manuell medicin sträcker sig därmed bortom den manuella behandlingen till att även innefatta vägledning och stöd för patientens egenvård och aktiva deltagande i sin rehabilitering.

I enlighet med rådande kvalitetsstandarder ska patienter erbjudas en individualiserad och multimodal vårdplan. I en vårdplan är träning, livsstilsråd och uppmuntran till att förbli så aktiv som möjligt centrala komponenter. Detta är en generell rekommendation vid alla typer av smärtor i rörelseapparaten.

Syftet med att integrera träning och fysisk aktivitet är multifaktoriellt. Målen innefattar att reducera symtom, återfå funktion och att möjliggöra en återgång till normala dagliga aktiviteter, inklusive arbete, i enlighet med patientens personliga förväntningar och preferenser. För patienter med långvariga eller återkommande besvär är strategier för stödjande egenvård avgörande. Genom att ge patienten kunskap och verktyg för att hantera sitt tillstånd, exempelvis genom anpassad träning, avslappning och gradvis ökad exponering för fysiska och sociala aktiviteter, kan beroendet av passiv behandling minskas och patientens kontroll över sin smärta ökar.

Denna manual syftar till att ge utövare av manuell medicin en evidensbaserad och säkerhetsmedveten vägledning för att effektivt kunna förskriva, instruera och följa upp terapeutisk träning och fysisk aktivitet som en del av en högkvalitativ och patientsäker vård, nedan följer tre punkter som bör beaktas för säker förskrivning av terapeutisk träning

### 1. **Bedömning av kontraindikationer och förutsättningar:**

Innan en träningsintervention påbörjas är det av yttersta vikt att identifiera och bedöma eventuella kontraindikationer (absoluta eller relativa) för specifika former av fysisk aktivitet. Denna bedömning ska utgå från patientens sjukdomshistoria, kliniska status och individuella förutsättningar.

### 2. **Principen om låg initial belastning:**

En försiktig insättning av övningar rekommenderas, med relativt lägre belastning och intensitet i förhållande till patientens nuvarande kända tållighet för belastning i vardag eller träning. Syftet med detta tillvägagångssätt är att minimera risken för eventuella negativa reaktioner, såsom ökad smärta eller obehag. Detta främjar patientens trygghet och följsamhet till den rekommenderade interventionen.

### 3. **Proaktiv uppföljning och justering:**

Träningsinterventioner ska följas upp i tid, innan ett eventuellt negativt utfall av interventionen har kunnat manifesteras i någon signifikant utsträckning. En tidig uppföljning möjliggör för terapeuten att ge råd om återhämtning, utvärdera patientens respons samt tillpassa dosering, frekvens och val av specifika övningar. Detta säkerställer en dynamisk och patientsäker rehabiliteringsprocess.

## 3.2.5 KOGNITIVA BEHANDLINGSFORMER

### Grundläggande säkerhetsprincip

Den kliniska bedömningen av en patient ska omfatta såväl biomekaniska faktorer som en systematisk utvärdering av psykosociala riskfaktorer ("gula flaggor") för att på bästa sätt skapa förutsättningar för behandlingseffekter och undvika långvarig funktionsnedsättning.

### Bedömning av psykosociala riskfaktorer

I bedömningen ingår att identifiera och dokumentera förekomsten av:

- ◇ **Negativa övertygelser och förväntningar:** Patientens tankar om smärtans innebörd, orsak och prognos.
- ◇ **Rörelserädsla och undvikandebeteende:** När rädslan för smärta leder till inaktivitet som i sin tur vidmakthåller problemet.
- ◇ **Nedstämdhet och ångest:** Patientens emotionella tillstånd och dess koppling till smärtupplevelsen.
- ◇ **Sociala eller arbetsrelaterade hinder:** Faktorer utanför kliniken som påverkar patientens möjlighet till rehabilitering.

### Klinisk handläggning

#### *Nivå 1: Psykologiskt informerad vård (gäller alla patienter)*

I behandlingsplanen integreras grundläggande psykologiskt informerade strategier:

- ◇ **Utbildning och lugnande besked:** Ge patienten en trovärdig och avdramatiserad förklaringsmodell till smärtan.
- ◇ **Fokus på funktion och aktivitet:** Uppmuntra till en gradvis återgång till meningsfulla aktiviteter och arbete.
- ◇ **Gemensam målsättning:** Involvera patienten i att sätta upp realistiska, funktionsbaserade mål.

#### *Nivå 2: Multimodalt förhållningssätt vid långvarig smärta*

Vid långvarig och komplex smärtproblematik ska behovet och värdet av en multimodal behandlingsstrategi med specifika psykologiska terapier övervägas. Källorna lyfter fram:

- ◇ **KBT (Kognitiv Beteendeterapi):** För att hjälpa patienten att identifiera och modifiera ohjälpsamma smärtrelaterade tankar och beteenden.
- ◇ **ACT (Acceptance and Commitment Therapy):** För att öka patientens psykologiska flexibilitet och förmåga att leva ett värdefullt liv trots smärta.

### Kriterier för samverkan och remiss

Att fortsätta behandla en patient med uttalade psykosociala hinder utan att adressera dessa är inte patientsäkert. Samverkan med eller remiss till annan vårdgivare ska övervägas när:

- ◇ Betydande psykosociala faktorer utgör ett tydligt hinder för framsteg.
- ◇ Patienten lider av en allvarligare psykisk ohälsa som depression eller ångestsyndrom.
- ◇ Patienten bedöms ha ett tydligt behov av specialiserad smärtrehabilitering där KBT eller ACT ingår.

## 3.2.6 SMÄRTBEHANDLING MED RECEPTFRIA LÄKEMEDEL

### Viktigt – behörighet och ansvar!

Naprapater har inte förskrivningsrätt. Vid frågor om läkemedel ska naprapaten inte ge farmakologisk rådgivning (t.ex. val av preparat, dosering, interaktioner eller kontraindikationer). Naprapaten kan informera om att receptfria läkemedel finns på apotek och ska hänvisa patienten till apotekspersonal (farmaceut) eller annan behörig hälso- och sjukvårdspersonal för sådan rådgivning.

**På apotek finns flera receptfria läkemedel mot smärta (olika varumärken).  
De vanligaste verksamma substanserna är:**

- ◇ Paracetamol
- ◇ NSAID såsom ibuprofen och naproxen
- ◇ Acetylsalicylsyra (ASA) förekommer också receptfritt

**Dosering, preparatval och kombinationer avgörs av apotekspersonal eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med farmakologiskt ansvar.**

**Naprapaten bör därför:**

- ◇ Informera om att receptfria alternativ kan finnas,
- ◇ Uppmana patienten att rådfråga farmaceut, och
- ◇ Dokumentera att rådgivning skett.

### **Kliniska säkerhetsaspekter för naprapaten (för kännedom och triagering)**

Naprapaten rekommenderar inte läkemedel, men bör känna till vanliga riskfaktorer för att kunna ge säkerhetsråd och hänvisning.

Flagga för och uppmana till farmaceutkontakt/läkarbedömning vid t.ex.:

- ◇ Leversjukdom/hög alkoholkonsumtion (relevant vid paracetamol)
- ◇ Astma, ASA/NSAID-överkänslighet, magsår, hjärt-kärlsjukdom, njursvikt, antikoagulantia, graviditet/planerad graviditet (relevant vid NSAID)
- ◇ Hög ålder, polyfarmaci, kronisk sjukdom, osäkerhet kring dubbla produkter med samma substans
- ◇ Lokal behandling (NSAID-gel): uppmärksamma hudreaktioner och ljuskänslighet – patienten ska följa produktens anvisningar och farmaceutens råd

## 3.2.7 DOPING

Som vårdgivare kan naprapater möta patienter eller idrottare som använder eller överväger att använda dopningsmedel eller okontrollerade kosttillskott. Det innebär särskilda risker för hälsa och säkerhet, bland annat ökad skaderisk, påverkan på psykiskt mående och allvarliga medicinska komplikationer. Naprapatens roll är att vara uppmärksam på tecken som kan tyda på dopningsanvändning, informera om riskerna och vid behov hänvisa patienten vidare till läkare eller annan relevant instans.

## Juridiskt ramverk

### *Dopningslagen (1991:1969)*

*Den svenska dopningslagen förbjuder bland annat innehav, bruk, tillverkning, införsel och överlåtelse av vissa dopningsmedel, exempelvis anabola steroider, testosteron och tillväxthormon. Syftet är att skydda folkhälsan och motverka spridningen av preparat med allvarliga hälsorisker. Brott mot lagen kan leda till böter eller fängelse i upp till sex år, beroende på brottets allvar.*

Lagen är separat från idrottens regelverk, en idrottare kan dömas enligt idrottens regler även utan brott mot dopningslagen, och vice versa.

## Idrottens regelverk

### *World Anti-Doping Agency (WADA)*

Fastställer årligen en förbjuden lista och gäller från 1 januari.

För mer information: [wada-ama.org/en](http://wada-ama.org/en)



### *Antidoping Sverige* är Sveriges Nationella

Antidopingorganisation

(NADO) och ansvarar för att följa och tillämpa den förbjudna lista som fastställs av WADA.

För mer information: [antidoping.se](http://antidoping.se)



Som vårdgivare omfattas även naprapater som arbetar med idrottare av WADA-koden, vilket innebär regler kring:

- ◇ **Medverkan/medhjälp** vid doping
- ◇ **Administration** av dopingklassade substanser
- ◇ **Innehav** av dopingklassade substanser

Brott mot reglerna kan leda till disciplinära åtgärder och sanktioner för den som begår överträdelsen – det kan vara idrottaren och/eller stödpersonen (till exempel naprapat).

### *Therapeutic Use Exemption (TUE)*

Vid behov av läkemedel som finns på WADA:s lista kan idrottaren ansöka om , dvs. medicinsk dispens. I Sverige hanteras detta av Antidoping Sveriges TUE-kommitté. Naprapaten ska hänvisa idrottaren till lag- eller klubb-läkare och Antidoping Sverige vid frågor om dispens.

## Dopningsmedel – grupper, effekter och kliniska risker

Grupp	Exempel	Huvudeffekt	Kliniska risker
<i>Anabola androgena steroider (AAS)</i>	Testosteron, nandrolon, stanozolol	Muskel- och styrkeökning	Snabb muskelökning, akne, humörsvängningar, blodtrycksstegring, sen-/muskelskador, menstruationsrubbningar, gynekomasti, testikelatrofi
<i>Peptidhormoner &amp; tillväxtfaktorer</i>	EPO, hGH, IGF-1	Ökad syretransport, celltillväxt, återhämtning	Trombosrisk, hjärt-kärlbelastning, ökad cancerrisk
<i>Beta-2-agonister</i>	Salbutamol, clenbuterol	Luftrörsvidgande, muskeltillväxt i höga doser	Hjärtklappning, skakningar, muskelkramper
<i>Hormon- &amp; metabola modulatorer</i>	Aromatashämmare, antiöstrogener	Förstärker AAS-effekter	Hormonrubbningar, osteoporosrisk
<i>Diuretika &amp; maskeringsmedel</i>	Furosemid, probenecid	Döljer dopningsmedel, snabb viktninskning	Uttorkning, elektrolytrubbningar, arytmier
<i>Glukokortikoider</i>	Prednisolon, dexametason	Anti-inflammatoriskt, smärtlindrande	Osteoporos, muskelsvaghet, infektioner, humörsvängningar
<i>Centralstimulanti a</i>	Amfetamin, kokain, efedrin	Ökad vakenhet, minskad trötthet	Hjärtarytmier, psykos, beroende
<i>Narkotiska analgetika</i>	Morfin, oxikodon	Smärtlindring	Beroende, andningsdepression, nedsatt reaktionsförmåga
<i>Cannabinoider</i>	THC, syntetiska cannabinoider	Påverkar omdöme och reaktion	Psykiska effekter, nedsatt kognitiv funktion

<i>Bloddopning</i>	Blodtransfusioner, artificiella syrebärare	Förbättrad syreupptagningsförmåga	Trombos, stroke, hjärtinfarkt
--------------------	--	-----------------------------------	-------------------------------

Var särskilt observant vid tecken som kan tala för AAS/andra dopningsmedel. Patientens säkerhet går först, anpassa undersökning/behandling vid misstanke om kardiovaskulär belastning, koagulationsstörning, leverpåverkan eller sår/infektioner efter injektioner. Fördjupad medicinsk bedömning kan behövas via primärvård/beroendevård.

### Kosttillskott – särskild risk

Många kosttillskott är otillräckligt kontrollerade och kan vara kontaminerade med dopingklassade substanser. Inom idrotten råder strikt ansvar: idrottaren är alltid personligt ansvarig för allt som intas, oavsett orsak. Rådgivning kring kosttillskott ska därför vara restriktivt och bygga på att risker och ansvar tydliggörs för patienten.

Livsmedelsverket betonar att kosttillskott är livsmedel med varierande innehåll och potentiella risker. Vid osäkerhet, vid behov av individuell riskbedömning eller vid medicinska frågor ska patienten hänvisas vidare till läkare eller legitimerad dietist. Vid idrottsrelaterade frågor (t.ex. tävling, elit-/föreningsidrott, dopingrisk eller kontroll) ska patienten hänvisas till Antidoping Sverige för idrottsspecifik vägledning.

Exempel på risker:

- ◇ Proteinpulver med spår av anabola steroider.
- ◇ Viktminskningsprodukter som innehåller otillåtna stimulantia.
- ◇ Internetköpta tillskott med ofullständig eller vilseledande innehållsdeklaration.

### Kommunikation, sekretess och dokumentation

- ◇ För en öppen, icke-dömande dialog. Informera om risker (medicinska, juridiska, idrottsliga) och erbjud hjälp.
- ◇ Följ tystnadsplikt/journalföring enligt gällande regelverk. Vid osäkerhet om sekretess kontra anmälningsplikt/uppgiftsskyldighet – rådgör med verksamhetschef/juridisk expert och följ lokala riktlinjer.

### Hänvisningsvägar och resurser

- ◇ **Antidoping Sverige:** information, dispens (TUE), utbildning, förbjudna listan. [antidoping.se](http://antidoping.se)
- ◇ **Dopingjouren:** kunskapsresurs kring dopningsfrågor: [dopingjouren.se](http://dopingjouren.se)
- ◇ **Specialiserad vård:** t.ex. Dopningsmottagningen, Region Örebro (nationell resurs); klinisk farmakologi/dopinglaboratoriet Karolinska (fackresurs). Hänvisa via ordinarie vårdvägar.

### Rekommenderad arbetsgång vid misstanke om dopning

1. **Identifiera risker/tecken**, värdera akuta säkerhetsaspekter (t.ex. BT, infektion, bröstsmärta).
2. **Informera** om medicinska/juridiska/idrottsliga risker och erbjud hjälp.
3. **Hänvisa** till vård (primärvård/beroendevård) och till Antidoping Sverige/Dopingjouren för stöd.
4. **Dokumentera** neutral anamnes, fynd, information given och hänvisningar.

5. **Informera medicinskt ansvarig** vid arbete i lag/klubb: (enligt avtal/sekretessregler) och följ föreningens antidopingprogram.
- 

### Referenser:

1177 Vårdguiden. (u.å.). Receptfria läkemedel vid tillfällig smärta – val och ålder samt blodförtunnande läkemedel: Interaktioner med NSAID.

[www.1177.se](http://www.1177.se)

Acupuncture Association of Chartered Physiotherapists. (2021). Safe practice guidelines for acupuncture physiotherapists. AACP.

[www.aacp.org.uk/assets/ckfinder\\_library/files/AACP%20Safety%20Guidelines%202021%20online.pdf](http://www.aacp.org.uk/assets/ckfinder_library/files/AACP%20Safety%20Guidelines%202021%20online.pdf)

Aqil, A., Siddiqui, M. R., Solan, M., Redfern, D. J., Gulati, V., & Cobb, J. P. (2013). Extracorporeal shock wave therapy is effective in treating chronic plantar fasciitis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471, 3645–3652.

[doi.org/10.1007/s11999-013-3132-2](https://doi.org/10.1007/s11999-013-3132-2)

Anti-Doping Sweden. (2024, 29 november). About Anti-Doping Sweden (TUE).

[www.antidoping.se](http://www.antidoping.se)

Bäumler, P., Irnich, D., Hahn, K., et al. (2021). Acupuncture-related adverse events: Systematic review and meta-analyses of prospective clinical studies. *BMJ Open*, 11, e045961.

[doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045961](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045961)

British Acupuncture Council. (2022). The code of safe practice for acupuncture. BACC.

[www.bacc-wp-media-library.s3.eu-west-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2022/07/21182828/21119-The-Code-of-Safe-Practice.pdf](http://www.bacc-wp-media-library.s3.eu-west-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2022/07/21182828/21119-The-Code-of-Safe-Practice.pdf)

California Acupuncture Board. (2014). Infection control guidelines. California Department of Consumer Affairs.

[www.acupuncture.ca.gov/about\\_us/materials/20140214\\_14.pdf](http://www.acupuncture.ca.gov/about_us/materials/20140214_14.pdf)

Corado, S. C., Nguyen, V., & Kim, E. (2019). Pneumothorax after acupuncture. *BMJ Case Reports*.

[doi.org/10.1136/bcr-2019-231136](https://doi.org/10.1136/bcr-2019-231136)

Council of Colleges of Acupuncture and Herbal Medicine. (2023). Clean needle technique (CNT) manual (7:e uppl., rev. 2024). CCAHM.

[www.health.maryland.gov/bacc/Documents/CNT%20Manual%20February%202024%20Revision\\_Final.pdf](http://www.health.maryland.gov/bacc/Documents/CNT%20Manual%20February%202024%20Revision_Final.pdf)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2016). Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen Indikationen.

[www.g-ba.de/downloads/40-268-252/HTA-Stoßwellentherapie.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-252/HTA-Stoßwellentherapie.pdf)

FASS. (2024). Produktresuméer och bipacksedlar: Paracetamol; Voltaren gel 23,2 mg/g.

[www.fass.se](http://www.fass.se)

Folkhälsomyndigheten. (2024, 14 augusti). Lagstiftning om dopning. Hämtad 17 december 2025 från

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)

Förvaltningsrätten i Uppsala. (2020). Voltaren T 25 mg (diklofenak) receptbelagt fr.o.m. 1 juni 2020 – beslut. Sveriges Domstolar.

[www.domstol.se/forvaltningsratten-i- uppsala/](http://www.domstol.se/forvaltningsratten-i- uppsala/)

Furia, J. P., Rompe, J. D., Maffulli, N., & Cacchio, A. (2013). A single application of low-energy radial extracorporeal shock wave therapy for chronic patellar tendinopathy. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 21, 346–350.

[doi.org/10.1007/s00167-012-2057-8](https://doi.org/10.1007/s00167-012-2057-8)

Gerdesmeyer, L., Frey, C., Vester, J., et al. (2015). Current evidence of extracorporeal shock wave therapy in chronic Achilles tendinopathy. *International Journal of Surgery*, 24, 154–159.

[doi.org/10.1016/j.ijvsu.2015.07.718](https://doi.org/10.1016/j.ijvsu.2015.07.718)

Gleitz, M., & Hornig, K. (2012). Trigger points: Diagnosis and treatment concepts with special reference to extracorporeal shockwaves. *Der Orthopäde*, 41, 113–125.

[doi.org/10.1007/s00132-011-1860-0](https://doi.org/10.1007/s00132-011-1860-0)

Gollwitzer, H., Saxena, A., DiDomenico, L. A., et al. (2007). Extracorporeal shock wave therapy for chronic painful heel syndrome. *Journal of Foot and Ankle Surgery*, 46, 348–357.

[doi.org/10.1053/j.jfas.2007.05.007](https://doi.org/10.1053/j.jfas.2007.05.007)

International Society for Medical Shockwave Treatment. (2016). Consensus statement on ESWT indications and contraindications. ISMST.

<https://shockwavetherapy.org/ismst-recommendations/>

Janusinfo (Region Stockholm). (2024). Äldre och paracetamol – rekommenderad maxdos 3 g/dygn.

[www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)

Karolinska Universitetssjukhuset – Dopinglaboratoriet. (2025, 18 juni). Kontakt och externa länkar.

[www.karolinska.se](http://www.karolinska.se)

Lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel. (Konsoliderad t.o.m. SFS 2025:641). Svensk författningssamling.

[www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)

Läkemedelsboken. (2024). Läkemedelsbehandling vid akut nociceptiv smärta – dosering, preparatval, kombinationsbehandling. Läkemedelsverket.

[www.lakemedelsboken.se](http://www.lakemedelsboken.se)

Läkemedelsverket. Ibuprofen OTC-bipacksedel (MPA). (2024). Graviditetsvarning från vecka 20 (oligohydramnios m.m.).

[www.lakemedelsverket.se/sv/ behandling-och-forskrivning/lakemedel-under-graviditet/nya-rekommendationer-for-nsaid-fran-graviditetsvecka-20](https://www.lakemedelsverket.se/sv/ behandling-och-forskrivning/lakemedel-under-graviditet/nya-rekommendationer-for-nsaid-fran-graviditetsvecka-20)

MacPherson, H., Thomas, K., Walters, S., & Fitter, M. (2001). The York acupuncture safety study. *BMJ*, 323, 486–487.

[doi.org/10.1136/bmj.323.7311.486](https://doi.org/10.1136/bmj.323.7311.486)

Moya, D., Ramón, S., Schaden, W., et al. (2018). The role of extracorporeal shockwave treatment in musculoskeletal disorders. *Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 100(3), 251–263.

[doi.org/10.2106/JBJS.17.00661](https://doi.org/10.2106/JBJS.17.00661)

Notarnicola, A., & Moretti, B. (2012). The biological effects of extracorporeal shock wave therapy (ESWT) on

tendon tissue. *Muscles, Ligaments and Tendons Journal*, 2, 33–37.

[www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23738271/](http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23738271/)

Reilly, J. M., Bluman, E., Tenforde, A. S., et al. (2021). Extracorporeal shockwave therapy in fracture management. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 35, 477–484.

[doi.org/10.1097/BOT.0000000000002104](https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000002104)

Rompe, J. D., Furia, J., Maffulli, N., et al. (2015). Evidence-based recommendations for extracorporeal shock wave therapy in tendinopathies. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 23, 204–212.

[doi.org/10.1007/s00167-014-3102-8](https://doi.org/10.1007/s00167-014-3102-8)

RCC: The Royal College of Chiropractors. (2016). Chiropractic Quality Standard: Chronic Pain. London: RCC.

[rcc-uk.org/wp-content/uploads/Chronic-Pain-Quality-Standard-web.pdf](http://rcc-uk.org/wp-content/uploads/Chronic-Pain-Quality-Standard-web.pdf) [The Royal College of Chiropractors+1](http://TheRoyalCollegeofChiropractors+1)

Schmitz, C., Császár, N. B. M., Rompe, J. D., et al. (2015). Efficacy and safety of extracorporeal shock wave therapy. *British Medical Bulletin*, 116, 115–138.

[doi.org/10.1093/bmb/ldv047](https://doi.org/10.1093/bmb/ldv047)

Socialstyrelsen. (2015/2025). SOSFS 2015:10 – Basal hygien i vård och omsorg (konsoliderad version inkl. HSLF-FS 2025:29).

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen. (2019, uppdaterad 2021). Anmälningspliktig verksamhet – yrkesmässig hygienisk verksamhet (stickande/skärande).

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

van der Worp, H., van den Akker-Scheek, I., van Schie, H., et al. (2013). ESWT for tendinopathy: Technology and clinical implications. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 21, 1451–1458.

[doi.org/10.1007/s00167-012-2009-3](https://doi.org/10.1007/s00167-012-2009-3)

Wang, C. J. (2012). Extracorporeal shockwave therapy in musculoskeletal disorders. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 7, 11.

[doi.org/10.1186/1749-799X-7-11](https://doi.org/10.1186/1749-799X-7-11)

Witt, C. M., Pach, D., Brinkhaus, B., et al. (2009). Safety of acupuncture. *Forschende Komplementärmedizin*, 16, 91–97.

[doi.org/10.1159/000209315](https://doi.org/10.1159/000209315)

World Anti-Doping Agency. (2021). World Anti-Doping Code. WADA.

<https://www.wada-ama.org>

World Anti-Doping Agency. (2025). Prohibited list (in force 1 January 2025). WADA.

<https://www.wada-ama.org>

World Health Organization. (2008/2009). WHO standard acupuncture point locations in the Western Pacific Region. WHO.

ISBN 978-92-9061-248-7

World Health Organization. (2021). WHO benchmarks for the practice of acupuncture. WHO.

ISBN 978-92-4-003273-6

## 3.3 ATT BEAKTA VID OMHÄNDERTAGANDE AV PATIENTER MED LÅNGVARIG SMÄRTA

---

Långvarig smärta definieras ofta som smärta som kvarstår eller återkommer under tre månader eller längre. Omhändertagandet av patienter med långvarig smärta kräver ett holistiskt och individcentrerat förhållningssätt, där fokus ligger på att förbättra funktion, livskvalitet och patientens förmåga att hantera smärtan snarare än enbart på smärtreduktion. Det biopsykosociala synsättet utgör grunden för att förstå och behandla dessa komplexa tillstånd, då smärtupplevelsen påverkas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer.

Icke mekanisk smärta är frekvent vid långvarig smärtproblematik. Mekanismen bakom utbredd smärta kallas central sensitisering och är en form av uppreglering av nervsystemet. Karakteristiska för icke mekanisk smärta är motsatsen till mekanisk nociceptiv smärta. Den beskrivs som en utbredd, ofta konstant smärta i karaktären. Som red flag kan denna typ av smärta representera primär malignitet som lymfom eller leukemi eller metastaser från exempelvis bröst, lunga, prostata, njure. Infektion som exempelvis osteomyelit, spinal infektion och inflammatorisk artrit som exempelvis ankyloserande spondylit, psoriasisartrit, Reiter, inflammatorisk tarmsjukdom bör också beaktas vid hantering av långvarig icke mekanisk smärta.

### 3.3.1 BIOPSYKOSOCIAL MODELL OCH GULA FLAGGOR

Vid långvarig smärta är det av yttersta vikt att identifiera så kallade gula flaggor. Dessa representerar psykosociala riskfaktorer som kan bidra till utveckling och vidmakthållande av smärta och funktionsnedsättning.

Exempel på gula flaggor inkluderar:

- ◇ **Emotionella faktorer:** Rädsla för aktivitet (kinesiofobi), catastrophizing (katastroftankar), depression, oro, och stress.
- ◇ **Kognitiva faktorer:** Tron att smärta alltid innebär skada, låga förväntningar på egen förmåga att hantera smärta, och en stark förhoppning om passiv behandling.
- ◇ **Beteendefaktorer:** Undvikande av rörelse och aktivitet, överkonsumtion av smärtstillande mediciner.
- ◇ **Arbetsrelaterade faktorer (blå och svarta flaggor):** Låg arbetstillfredsställelse, bristande inflytande över arbetsuppgifter, och missnöje med lön eller arbetstider.

En systematisk kartläggning av dessa faktorer, exempelvis med hjälp av validerade screeningverktyg som STarT Back Screening Tool, kan underlätta stratifierad vård och prognostisering.

## 3.3.2 BEHANDLINGSPRINCIPER VID LÅNGVARIG SMÄRTA

Långvarig smärta kräver ett helhetsperspektiv där både biologiska, psykologiska och sociala faktorer vägs in. Behandlingen syftar inte enbart till smärtlindring, utan till att stärka patientens funktionella förmåga och livskvalitet genom individanpassade strategier och aktivt deltagande i rehabiliteringsprocessen.

### Behandlingsprinciper vid långvarig smärta

Evidensbaserad vård för patienter med långvarig smärta ska utformas som ett individualiserat vårdpaket. Detta paket ska, utöver eventuell manuell terapi, alltid inkludera en kombination av nedanstående principer:

- 1. Individanpassad bedömning:** En noggrann anamnes och klinisk undersökning syftar till att förstå patientens unika smärtupplevelse och de faktorer som bidrar till dess vidmakthållande. Detta inkluderar en grundlig och kontinuerlig screening för "röda flaggor".
- 2. Patientutbildning och stöd till egenvård:** Vårdgivaren ska agera som en "coach" och ge patienten kunskap och verktyg för aktiv egenvård. Detta inkluderar:
  - ◇ Information om smärtans neurofysiologi ur ett biopsykosocialt perspektiv.
  - ◇ Strategier för aktivitetspacning för att balansera aktivitet och vila.
  - ◇ Hjälp med att formulera meningsfulla och realistiska målsättningar.
  - ◇ Introduktion till copingstrategier för smärt- och stresshantering, såsom avslappningstekniker.
- 3. Aktiv rehabilitering:** Fokusera på successivt ökad funktionell förmåga och återgång till meningsfulla aktiviteter. Detta kan innefatta individanpassade träningsprogram, ergonomisk rådgivning och strategier för att gradvis återta aktiviteter som patienten undviker.
- 4. Gemensamt beslutsfattande:** Involvera patienten aktivt i behandlingsplaneringen. Informera om olika behandlingsalternativ, potentiella vinster och risker, så att patienten kan fatta välgrundade beslut som speglar deras värderingar och preferenser.
- 5. Hantering av förväntningar:** Kommunicera tydligt att målet sällan är total smärtfrihet utan snarare en förbättrad förmåga att fungera i vardagen och uppnå en högre livskvalitet, trots eventuellt kvarstående smärta.
- 6. Systematisk uppföljning och utvärdering:** Vården ska vara målinriktad och systematiskt utvärderas. En formell omvärdering av patientens status bör ske regelbundet med hjälp av validerade utfallsmått (till exempel för smärta, funktion, livskvalitet) för att säkerställa att vårdplanen är effektiv och justeras vid behov.
- 7. Multidisciplinärt omhändertagande:** Vid komplexa fall av långvarig smärta kan samverkan med andra vårdprofessioner (t.ex. läkare, psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter) vara avgörande för en optimerad vårdplan.

Genom att tillämpa dessa principer kan utövare av manuell medicin effektivt bidra till ett säkert och evidensbaserat omhändertagande av patienter med långvarig smärta.

---

## Referenser

Devonshire, J. J., Wewege, M. A., Hansford, H. J., Odemis, H. A., Wand, B. M., Jones, M. D., & McAuley, J. H. (2023). Effectiveness of Cognitive Functional Therapy for Reducing Pain and Disability in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 53(5), 244–285.

[doi.org/10.2519/jospt.2023.11447](https://doi.org/10.2519/jospt.2023.11447) JOSPT+1

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624.

[doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581](https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581)

Jarvik, J. G., & Deyo, R. A. (2002). Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Annals of Internal Medicine*, 137(7), 586–597.

[doi.org/10.7326/0003-4819-137-7-200210010-00010](https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-7-200210010-00010)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NICE guideline [NG193]).

[www.nice.org.uk/guidance/ng193](https://www.nice.org.uk/guidance/ng193)

Nicholas, M., Vlaeyen, J. W., Rief, W., et al. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28–37.

[doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390)

RCC: The Royal College of Chiropractors. (2015). Chiropractic Quality Standard: Supportive Self-Management in Chronic Care. London: RCC. [rcc-uk.org/wp-content/uploads/Supportive-Self-Management-Quality-Standard-web.pdf](https://rcc-uk.org/wp-content/uploads/Supportive-Self-Management-Quality-Standard-web.pdf) The Royal College of Chiropractors+1

RCC: The Royal College of Chiropractors. (2016). Chiropractic Quality Standard: Chronic Pain. London: RCC. [rcc-uk.org/wp-content/uploads/Chronic-Pain-Quality-Standard-web.pdf](https://rcc-uk.org/wp-content/uploads/Chronic-Pain-Quality-Standard-web.pdf) The Royal College of Chiropractors+1

SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). (2006). Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt (SBU-rapport nr 177/1+2). Stockholm: SBU.

[www.sbu.se/contentassets/81ea041f1bc2441aa09868a4f29d3f1a/smarta\\_sammanfattning.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/81ea041f1bc2441aa09868a4f29d3f1a/smarta_sammanfattning.pdf) SBU

Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. [doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160](https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160)

## 3.4 SÄRSKILDA GRUPPER ATT TA HÄNSYN TILL VID BEHANDLING

---

En viktig del av patientsäkerhet inom manuell medicin är att uppmärksamma de grupper som kan ha särskilda behov eller en ökad risk vid behandling. Barn och ungdomar, gravida och äldre utgör tre sådana grupper där både anatomi, fysiologi och ibland samsjuklighet skiljer sig från den generella vuxna populationen. För dessa patienter krävs ett anpassat förhållningssätt där behandlingsmetoder, dosering och kommunikation noga övervägs.

Att ta hänsyn till specifika grupper i populationen med olika förutsättningar är avgörande både för att undvika risker och för att säkerställa god vårdkvalitet. Detta innebär att behandlande naprapat behöver ha kunskap om relevanta kontraindikationer, möjliga biverkningar samt alternativa strategier för att uppnå effektiva och säkra vårdinsatser. På så sätt förenas patientsäkerhet med individanpassad vård.

Särskilda patientgrupper kräver ofta ett mer nyanserat kliniskt resonemang, där anamnes och riskbedömning väger tyngre än standardiserade behandlingsprotokoll. Hos exempelvis barn och ungdomar är utvecklingsstadier centrala att beakta, medan graviditet innebär fysiologiska förändringar som kan påverka både symtom och behandlingsbarhet. Äldre patienter kan å andra sidan ha samsjuklighet, läkemedelsanvändning eller vävnadsförändringar som gör vissa metoder olämpliga. Genom att anpassa vården efter dessa särskilda omständigheter skapas inte bara en säkrare behandling, utan också en mer etiskt försvarbar och professionell vårdrelation.

### 3.4.1 BARN OCH UNGDOMAR

#### Allmänna principer

Behandling av pediatrika patienter kräver särskilda överväganden och en anpassad klinisk strategi jämfört med vuxna. All behandling ska, i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, inriktas på smärta och funktionsnedsättning i rörelseorganen. Systematiska översikter har inte funnit evidens som stödjer användningen av spinal manipulationsterapi (SMT) för icke-muskuloskeletal tillstånd hos barn, såsom kolik eller astma. På grund av dokumenterade, om än sällsynta, allvarliga biverkningar av spinal manipulation hos den pediatrika populationen, krävs robust kliniskt resonemang och noggrann screening innan någon form av manuell behandling övervägs.

#### Rekommendationer för användning av manipulation och mobilisering:

- ◇ Spädbarn (<2 år): En enhällig expertkonsensus finns mot användning av manipulation och mobilisering. Sällsynta allvarliga biverkningar finns dokumenterade och det finns ingen evidens för effekt.
- ◇ Barn (2–12 år): En stark expertkonsensus finns mot manipulation av hals- och ländryggrad. Rekommendationer finns för användande av manipulation av brösttrygg för nack- och ryggsmärta. Expertkonsensus finns också för mobilisering av alla spinala nivåer för specifika muskuloskeletal besvär.

- ◇ Ungdomar (13<18 år): Expertkonsensus finns för användning av manipulation vid specifika muskuloskeletala besvär, främst i bröst- och ländrygg. Expertkonsensus finns också för mobilisering av alla spinala nivåer för specifika muskuloskeletala besvär.

## 3.4.2 GRAVIDA

Graviditet är en period av betydande fysiologiska och biomekaniska förändringar för kvinnan. Hormonella förändringar, såsom ökade nivåer av relaxin, leder till en generell uppluckring av ligament, vilket ställer särskilda krav på utövare av manuell medicin. En grundlig anamnes och undersökning är essentiellt för att säkerställa en trygg och effektiv vård.

### Bedömning och diagnostik

En central del av bedömningen är att differentiera mellan ländryggsbesvär och bäckensmärta, även om dessa tillstånd kan samexistera. Diagnostiken bör vara multidimensionell och inkludera en biomedicinsk, funktionell och psykosocial utvärdering. Detta är avgörande då behandlingsstrategin kan skilja sig åt beroende på den primära smärtekällan.

### Behandlingsprinciper och försiktighetsåtgärder:

- ◇ **Ländrygg och bäcken:** Med anledning av den ligamentära uppluckring som sker i varierande grad hos gravida, bör särskild återhållsamhet iakttas vid manipulationsbehandling av ländryggens och bäckenets leder.
- ◇ **Thorakolumbala övergången:** Även om vetenskapligt underlag är begränsat, rekommenderas försiktighet vid behandling av övergången mellan brösttrygg och ländrygg (thorakolumbala övergången), med hänsyn till segmentell innervation av uterus.
- ◇ **Generell försiktighet:** Hormonet relaxin påverkar samtliga ligament i kroppen, vilket motiverar en generell försiktighet vid all manuell behandling av gravida. Behandlingsplanen ska alltid individualiseras och utformas i partnerskap med patienten, med hänsyn till hennes personliga mål, förväntningar och preferenser.
- ◇ **Kommunikation och samtycke:** Det är av yttersta vikt att patienten erhåller en klar och begriplig förklaring av sitt tillstånd, de föreslagna behandlingsalternativen samt förväntad prognos. Ett informerat samtycke måste inhämtas efter att patienten informerats om både fördelar och eventuella risker med behandlingen. All vård ska vara patientcentrerad och stödja patienten i att göra välgrundade val.

Sammanfattningsvis kräver vård av gravida patienter en anpassad och försiktig strategi. En central aspekt är att noggrant differentiera mellan ländryggs- och bäckensmärta, då dessa har olika bakomliggande mekanismer och därmed kräver olika omhändertagande. Den hormonellt betingade ligamentära laxiteten, som uppträder både under graviditeten och i postpartumperioden, gör att manipulation av ländrygg, bäcken och thorakolumbala övergången bör utföras med särskild återhållsamhet. Vidare är graviditeten förenad med en ökad risk för koagulationsstörningar, vilket motiverar särskild försiktighet vid behandling av halsryggraden.

## 3.4.3 ÄLDRE

### Särskilda överväganden vid vård av äldre patienter

Vård av äldre patienter kräver särskild uppmärksamhet på de fysiologiska förändringar som är associerade med åldrande. Även om manuell behandling kan vara säker och effektiv, måste en grundlig och individualiserad bedömning ligga till grund för alla vårdplaner för att minimera risker och optimera utfall. De distinkta behoven hos äldre patienter, inklusive benhälsa, samsjuklighet (komorbiditeter), medicinering, skörhet, mobilitet, balans och fallrisk, måste beaktas och lämpliga anpassningar av vården göras.

Konklusionen är att en patientcentrerad och försiktig strategi är essentiell vid vård av äldre. En omfattande initial bedömning som inkluderar screening för osteoporos och fallrisk, anpassning av behandlingstekniker och ett gott samarbete med övrig sjukvård är hörnstenar för en säker och högkvalitativ manuell medicinsk vård för denna patientgrupp.

### Omfattande bedömning och riskidentifiering

En grundlig anamnes och klinisk undersökning är fundamental. Utöver den muskuloskeletala bedömningen ska särskild screening för vanligt förekommande, men ofta underdiagnostiserade, tillstånd genomföras:

- ◇ **Osteoporos:** Alla patienter över 40 år bör bedömas för större riskfaktorer för osteoporos. En validerad riskvärdering bör övervägas vid misstanke om låg bentäthet eller ökad frakturrisik.  
*Riskfaktorer att beakta:*
  - Ålder > 40 år
  - Tidigare fragilitetsfraktur
  - Kortisonbehandling > 3 månader
  - Låg kroppsvikt / BMI < 20
  - Hereditet för höftfraktur
  - Menopaus < 45 år
- ◇ **Vaskulär skörhet:** Risken för vaskulära tillstånd ska beaktas.  
*Riskfaktorer att beakta:*
  - Hypertoni, hyperlipidemi eller diabetes
  - Rökning
  - Plötsligt debuterad nack-/huvudvärk eller synrubbing (misstänk dissektion)
  - Hereditet för aneurysm eller stroke
- ◇ **Samsjuklighet och medicinering:** En fullständig genomgång av patientens medicinska historik, inklusive pågående medicinering, är nödvändig för att identifiera potentiella kontraindikationer eller interaktioner.  
*Riskfaktorer att beakta:*
  - Antikoagulantia (risk för blödning)
  - Immunsuppression (infektionsrisk)
  - Malignitet i anamnesen
  - Psykiatrisk samsjuklighet och smärtpåverkande läkemedel

## Anpassning av behandling vid osteoporosrisk

Den ökade prevalensen av osteoporos hos äldre är en central säkerhetsaspekt. Även om en formell diagnos saknas, måste en klinisk misstanke om nedsatt benhälsa leda till anpassade behandlingsstrategier.

DXA (Dual-energy X-ray Absorptiometry) är standardmetoden för att mäta bentäthet och används för att bedöma frakturrisik. Resultatet anges som T-score, där jämförelse görs mot en yngre, frisk referenspopulation.

- ◇ Normal bentäthet: T-score  $\geq -1,0$
- ◇ Osteopeni (låg benmassa): T-score mellan  $-1,0$  och  $-2,5$
- ◇ Osteoporos: T-score  $\leq -2,5$
- ◇ Manifest osteoporos: T-score  $\leq -2,5$  och fragilitetsfraktur

Behandlingstekniker ska anpassas för att reflektera risken för osteoporotisk fraktur. Detta gäller särskilt vid manuella terapier där kraft och hastighet i tekniken måste justeras.

## Fallprevention

Fall utgör en signifikant risk för fragilitetsfrakturer hos äldre. en viktig funktion är att identifiera och hantera denna risk.

- ◇ **Systematisk screening:** Patienter med låg bentäthet eller misstänkt osteoporosrisk bör rutinemässigt utfrågas om de har fallit och bedömas för fallrisk.
- ◇ **Multifaktoriell bedömning:** Bedömningen av fallrisk bör vara mångfacetterad och inkludera en utvärdering av gång, balans, rörlighet, eventuell rädsla för att falla, syn- och kognitiva nedsättningar samt påverkan från mediciner.
- ◇ **Interventioner:** Styrke- och balansträning, råd om hemmiljö och information för att förebygga framtida fall är lämpliga åtgärder. Vid behov ska patienten hänvisas vidare till fallpreventiva team eller arbetsterapeut.

## Multidisciplinärt samarbete

Med tanke på den komplexa hälsosituationen hos många äldre är samverkan med andra vårdgivare avgörande. Att hålla patientens husläkare informerade om bedömning, behandling och utfall är god klinisk praxis, särskilt vid samsjuklighet eller när patienten tar relevanta receptbelagda läkemedel.

---

## Referenser:

Bishop, P. B., Quon, J. A., Fisher, C. G., & Dvorak, M. F. (2010). The chiropractic management of children with back pain: A systematic review. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 54(4), 210–220.

[www.chiropractic.ca/wp-content/uploads/2010/12/jcca-v54-4-All.pdf](http://www.chiropractic.ca/wp-content/uploads/2010/12/jcca-v54-4-All.pdf)

Dice, J. L., Brismée, J.-M., Froment, F. P., Henricksen, J., Sherwin, R., Pool, J., Milne, N., Clewley, D., Basson, A., Olson, K. A., & Gross, A. R. (2024). Spinal manipulation and mobilisation among infants, children, and adolescents: An international Delphi survey of expert physiotherapists. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 32(3), 284–294.

[doi.org/10.1080/10669817.2024.2327782](https://doi.org/10.1080/10669817.2024.2327782) PubMed

Deyo, R. A., & Weinstein, J. N. (2001). Low back pain. *New England Journal of Medicine*, 344(5), 363–370. [doi.org/10.1056/NEJM200102013440508](https://doi.org/10.1056/NEJM200102013440508)

Field, T. (2010). Pregnancy and labor massage. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 5(2), 177–181. [doi.org/10.1586/eog.10.6](https://doi.org/10.1586/eog.10.6)

Hall, H., Cramer, H., Sundberg, T., Ward, L., Adams, J., Moore, C., & Steel, A. (2019). The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain: A systematic review with meta-analysis. *Medicine*, 98(26), e16161. [doi.org/10.1097/MD.00000000000016161](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016161)

Higgins, J., Lin, C., & Walker, B. F. (2012). The use of spinal manipulation in the treatment of musculoskeletal pain in children: A review of the literature. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 56(1), 49–57  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Higgins+Lin+Walker+spinal+manipulation+children+2012](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Higgins+Lin+Walker+spinal+manipulation+children+2012)

Kanis, J. A., Cooper, C., Rizzoli, R., & Reginster, J. Y. (2019). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International*, 30(1), 3–44. [doi.org/10.1007/s00198-018-4704-5](https://doi.org/10.1007/s00198-018-4704-5)

Kristiansson, P., & Svärdsudd, K. (1996). Discomforts during pregnancy: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 17(2), 77–86. [doi.org/10.3109/01674829609025666](https://doi.org/10.3109/01674829609025666)

Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., Forciea, M. A., & Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530. [doi.org/10.7326/M16-2367](https://doi.org/10.7326/M16-2367)

RCC: Royal College of Chiropractors. (2025). Chiropractic Quality Standard: Low Back Pain and Sciatica. [rcc-uk.org/wp-content/uploads/LBPSciatica\\_Quality-Standard-web.pdf](https://rcc-uk.org/wp-content/uploads/LBPSciatica_Quality-Standard-web.pdf) [The Royal College of Chiropractors+1](https://www.rcc-uk.org/)

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. [www.sls.se/media/nchlobxy/nationella-riktlinjer-for-prevention-och-behandling-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-1.pdf](https://www.sls.se/media/nchlobxy/nationella-riktlinjer-for-prevention-och-behandling-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-1.pdf) [sls.se](https://www.sls.se)

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization. [www.who.int/publications/i/item/9789240032705](https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705) [who.int](https://www.who.int)

## 3.5 BEHANDLINGSKOMPLIKATIONER & OÖNSKADE REAKTIONER

---

Alla medicinska behandlingsformer innebär en viss risk för komplikationer eller oönskade reaktioner. Inom manuell medicin handlar det ofta om övergående och lindriga symtom såsom muskelömheter, stelhet eller trötthet efter behandling, men i sällsynta fall kan även mer allvarliga reaktioner förekomma. Att känna till riskerna, informera patienten och dokumentera eventuella reaktioner är centralt för att säkerställa patientsäkerheten och upprätthålla förtroendet i behandlingsrelationen. Därför bör varje behandling alltid föregås av en noggrann risk–nytta analys.

Naprapati betraktas överlag som en säker och effektiv metod för att lindra smärta och förbättra funktion i rörelse- och stödjeorganen. Liksom för alla medicinska insatser finns dock en liten risk för komplikationer, särskilt vid underliggande sjukdom eller individuella riskfaktorer. Behandlingsplanen bör därför alltid anpassas till patientens specifika behov och förutsättningar, med målet att maximera nyttan och minimera riskerna.

### 3.5.1 ORSAKER TILL BEHANDLINGSKOMPLIKATIONER OCH OÖNSKADE REAKTIONER

- ◇ Bristande kunskap
- ◇ Bristande skicklighet i utövandet av yrket
- ◇ Bristande logik i undersökning och/och eller behandling
- ◇ Bristande teknik i undersökning och/eller behandling

### 3.5.2 FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER FÖR KOMPLIKATIONER VID BEHANDLING

För att minska risken för komplikationer vid naprapati skall en noggrann och utförlig anamnes tas för att kunna identifiera den troliga orsaken till patientens symptom. Identifiera möjliga differentialdiagnoser, red flags, yellow flags och riskfaktorer. Den efterföljande undersökningen utförs i den omfattning som krävs för att bekräfta eller dementera de från anamnesen uppkomna misstankarna. Vid den fysikaliska undersökningen rekommenderas därför för respektive område ett minimum av tester i syfte att säkerställa att patientens symptom är av muskuloskeletal ursprung.

#### Screeningtester

Screeningtester är en central del av den kliniska undersökningen och syftar till att tidigt identifiera tecken på allvarlig patologi, neurologisk påverkan eller annan kontraindikation för manuell behandling. De fungerar som ett första filter som kompletteras med mer specifika

undersökningar vid misstanke om avvikelse. Standardiserade tester bidrar till en systematisk och säker bedömning, där syftet är att skilja mellan muskuloskeletala och icke-muskuloskeletala orsaker till symtomen samt att säkerställa att patienten får rätt vårdnivå.

### *Halsrygggrad*

- ◇ Inspektion
- ◇ Aktiva rörelser med overpressure
- ◇ Passiva rörelse på indikation
- ◇ Vid radierande symptom utförs:
  - Upper limb tension test (ULTT I-IV)
  - ROOS test
- ◇ Neurologiskt status
- ◇ Balanstest för pat över 65 år
- ◇ Hög cervikala instabilitetstester
- ◇ Vid misstanke om CAD utförs kranialnervsstatus samt blodtryck för att sedan remittera till övrig sjukvård
- ◇ Bukstatus

### *Bröstrygggrad*

- ◇ Inspektion
- ◇ Aktiva rörelser med overpressure
- ◇ Passiva rörelse vid indikation
- ◇ Slump test
- ◇ Neurologiskt status
- ◇ Bukstatus

### *Ländrygggrad*

- ◇ Inspektion
- ◇ Aktiva rörelser med overpressure
- ◇ Passiva rörelse vid indikation
- ◇ Neurologiskt status
- ◇ Slump test
- ◇ SLR
- ◇ N. femoralis traction test
- ◇ FADIR (utesluta höftleds engagemang)
- ◇ Bukstatus

## **Neurologiskt status**

Vid neurologiskt status rekommenderas nedanstående nomenklatur. Vid misstanke om, eller att patienten uppvisar tecken på CNS-symptom bör det neurologiska statuset utökas till att inkludera kranialnerver, smärtekänslighet, vibrationssinne, Babinski´s tecken, Grasset´s test, finger-nästest, häl-knärförsök samt Rhombergs test.

### *Sensorik/dermatom*

- ◇ Normal sensorik
- ◇ Förändrad sensorik (beskriv sensorisk störning, avdomnat, smärtsamt etc.)
- ◇ Nedsatt/ Avsaknad av sensorik

### *Motorik/myotom*

- ◇ Normal kraft
- ◇ Nedsatt grovkraft
- ◇ Avsaknad grovkraft
- ◇ Spastisk (Klonisk)

### *Reflexer*

- ◇ Normala reflexer
- ◇ Nedsatt reflex
- ◇ Avsaknad reflex
- ◇ Spastisk reflex (Klonisk)

### *Babinski*

- ◇ Babinskis tecken föreligger / Babinskis tecken föreligger ej

## **Allvarliga behandlingskomplikationer och oönskade reaktioner vid ledmanipulation**

Följande allvarliga behandlingskomplikationer och oönskade reaktioner har rapporterats i litteraturen vid ledmanipulation. Även om de är mycket ovanliga är det viktigt att kliniker har kännedom om dem för att kunna identifiera varningssignaler i tid, väga risk–nytta i behandlingsbeslut och vid behov hänvisa patienten vidare.

### *Halsryggrad:*

- ◇ Vertebrobasilära skador
- ◇ Horners syndrom
- ◇ Diafragmaparalys
- ◇ Myelopati
- ◇ Cervicala diskskador
- ◇ Patologiska frakturer

### *Bröstryggrad*

- ◇ Revbensfrakturer och costocondrala separationer

### *Ländryggrad och bäcken*

- ◇ En ökning av neurologiska symtom som initialt var ett resultat av en diskskada
- ◇ Cauda equina syndrom
- ◇ Lumbal diskhernering
- ◇ Ruptur av ett aortaanerysm

Om en behandlingsreaktion upplevs som besvärande bör patienten i första hand kontakta kliniken där behandlingen skett. Vid akuta symtom ska patienten däremot omedelbart söka läkarvård.

---

## Referenser:

Carnes, D., Mars, T. S., Mullinger, B., Froud, R., & Underwood, M. (2010). Adverse events and manual therapy: A systematic review. *Manual Therapy*, 15(4), 355–363.

[doi.org/10.1016/j.math.2009.12.006](https://doi.org/10.1016/j.math.2009.12.006)

Ernst, E. (2007). Adverse effects of spinal manipulation: A systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(7), 330–338. [doi.org/10.1177/014107680710000716](https://doi.org/10.1177/014107680710000716) PubMed+1

Finucane, L. M., Downie, A., Mercer, C., et al. (2020). International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50(7), 350–372.

[doi.org/10.2519/jospt.2020.9971](https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9971) PubMed

Rubinstein, S. M., Terwee, C. B., Assendelft, W. J. J., de Boer, M. R., & van Tulder, M. W. (2012). Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD008880.

[doi.org/10.1002/14651858.CD008880.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008880.pub2)

[Cochrane Library+1](#)

Rushton, A., Carlesso, L. C., Flynn, T., Hing, W. A., Rubinstein, S. M., Vogel, S., & Kerry, R. (2023). International Framework for Examination of the Cervical Region for Potential of Vascular Pathologies of the Neck Prior to Musculoskeletal Intervention: International IFOMPT Cervical Framework. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 53(1), 7–22.

[doi.org/10.2519/jospt.2022.11147](https://doi.org/10.2519/jospt.2022.11147)



## 4. Kvalitets- och säkerhetsarbete

- systematisk uppföljning och ansvar

## 4.I. VÅRDSKADOR OCH KLAGOMÅL

---

När en händelse inträffar som leder till en vårdskada, eller som väcker ett klagomål från en patient eller närstående, krävs både omedelbara åtgärder och ett långsiktigt ansvarstagande. Hur situationen upplevs beror dels på händelsens allvar, dels på hur den hanteras. Det är därför avgörande att patienten och eventuella närstående får stöd, information och ett respektfullt bemötande. Samtidigt måste även vårdgivaren uppmärksammas, eftersom hon/han kan vara starkt berörda och i behov av stöd. Även om upplevelserna kan skilja sig åt är det gemensamt att alla inblandade påverkas, vilket gör det nödvändigt med en tydlig, öppen och inkluderande hantering.

Vid en vårdskada ska vårdgivaren säkerställa att händelsen dokumenteras, utreds och följs upp för att minska risken för upprepning. När det gäller klagomål är vårdgivaren skyldig att utreda och återkoppla till patienten på ett begripligt, respektfullt och konstruktivt sätt, oavsett om synpunkterna gäller ett faktiskt fel eller ett behov av förbättringar i verksamheten.

### 4.I.I VÅRDSKADA OCH PATIENTSÄKERHET

En central del i all vård är att skydda patienten mot skador och risker. För att kunna arbeta systematiskt med patientsäkerhet behöver begreppen som används vara tydliga. Nedan följer de definitioner som enligt patientsäkerhetslagen ligger till grund för arbetet med vårdskador.

- ◇ **Patientsäkerhet:** skydd mot vårdskada.
- ◇ **Vårdskada:** lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits.
- ◇ **Allvarlig vårdskada:** en bestående och inte ringa vårdskada, eller en skada som lett till väsentligt ökat vårdbehov eller dödsfall.

#### Vårdgivarens ansvar

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) är en vårdgivare en statlig myndighet, region, kommun eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivaren har det övergripande ansvaret för att hälso- och sjukvård och tandvård planeras, leds och kontrolleras på ett systematiskt sätt.

En central del av ansvaret är att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från patienter och deras närstående (SFS 2017:372). Klagomålen ska besvaras på ett lämpligt och begripligt sätt, oavsett om det rör ett formellt fel eller om synpunkterna kan ge anledning till förändringar i verksamheten. Sekretess och tystnadsplikt kan i vissa fall begränsa vilken information som kan lämnas ut.

Om en patient drabbas av en vårdskada ska vårdgivaren snarast informera om vad som inträffat samt vilka åtgärder som planeras för att undvika att en liknande händelse sker igen. Patienten ska också få information om patientnämndernas verksamhet, möjligheten att anmäla klagomål till

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt om rätten att begära ersättning enligt patientskadelagen (SFS 1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen. Rutiner för hur synpunkter och klagomål hanteras kan variera mellan verksamheter (SOSFS 2011:9).

### **Vårdgivarens skyldighet till systematiskt patientsäkerhetsarbete:**

- ◇ planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppfylls
- ◇ vidta förebyggande åtgärder för att undvika vårdskador
- ◇ utreda händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada
- ◇ identifiera orsaker, klarlägga förlopp och vidta åtgärder som minskar risken för upprepning.

En central del är att ta emot och utreda klagomål från patienter och närstående. Svaren ska vara begripliga och anpassade efter situationen. Även om sekretess ibland begränsar informationen är målet att patienten ska få en tydlig återkoppling.

Patienten och eventuella närstående ska tas om hand på ett inkännande, professionellt och respektfullt sätt, oavsett om skadan är fysisk eller psykisk, och oavsett om den uppstår direkt eller visar sig senare.

### **Vid en vårdskada ska vårdgivaren omedelbart:**

- ◇ Begränsa följderna så långt som möjligt.
- ◇ Informera patienten och närstående (om patienten själv begär det eller inte kan ta del av informationen).
- ◇ När det är relevant, be om ursäkt för det inträffade
- ◇ Dokumentera händelsen och den information som har lämnats i patientjournalen.

### **Patienten behöver snarast få tydlig information:**

- ◇ Att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada.
- ◇ Vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.
- ◇ Vårdgivarens skyldighet att hantera klagomål och synpunkter
- ◇ Patientnämndernas uppgift att hjälpa patienten att framföra klagomål och att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren (SFS 2017:372, om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården).
- ◇ Möjligheten att anmäla klagomål till IVO enligt 7 kap. 10 § i patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, lagändring SFS 2023:503).
- ◇ Rätten att begära ersättning via patientförsäkringen.

Ett respektfullt första bemötande är avgörande. När kommunikationen är öppen och informationen tydlig skapas delaktighet och förtroende hos patienten, vilket är grunden för en trygg hantering av en eventuell vårdskada.

## 4.1.2 KLAGOMÅL FRÅN PATIENT

Patienters och närståendes synpunkter och klagomål är en viktig del i arbetet med att utveckla vårdens kvalitet och öka patientsäkerheten. Första linjen i klagomålssystemet utgörs av vårdgivarna och de patientnämnder som finns i varje region och kommun.

### *Lagen om stöd vid klagomål, 2017:372*

Varje region och kommun ska ha en eller flera patientnämnder. Deras uppgift är att stödja patienter och närstående i kontakter med vården, inom såväl hälso- och sjukvård som folktandvård. Kommuner kan överlåta denna verksamhet till regionen.

### **Patientnämnder**

Patientnämnderna är oberoende organ. De gör inga medicinska bedömningar och har inga disciplinära befogenheter, utan fungerar som en neutral instans som ska öka förståelsen mellan patient och vårdgivare.

Nämndernas huvudsakliga uppgift är att:

- ◇ stödja patienter och närstående i kontakter med vården, inom både hälso- och sjukvård samt folktandvård
- ◇ hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och se till att de blir besvarade
- ◇ ge information som stärker patientens möjligheter att tillvarata sina rättigheter
- ◇ särskilt beakta barnets bästa när det gäller barn som patienter.

Utöver detta ska nämnderna bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet genom att analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för vårdens utveckling.

## 4.1.3 STÖD OCH HANDLÄGGNING

### **Svenska Naprapatförbundets patientsäkerhetsansvarige**

Förbundet har en särskild person med ansvar för patientsäkerhet. Både medlemmar och patienter kan vända sig dit för att diskutera frågor som rör behandlingssituationer – allt från missförstånd och klagomål till allvarliga vårdskador. Patientsäkerhetsansvarig kan ge råd om exempelvis avvikelserapportering, anmälan till försäkringsbolag eller IVO.

### **Anmälan av vårdskada till försäkringsbolaget**

Alla legitimerade yrkesutövare ska enligt Patientlagen ha en patientförsäkring. Svenska Naprapatförbundets medlemmar har en grundförsäkring som bland annat omfattar den för legitimerad vårdpersonal obligatoriska patientförsäkringen. Patientförsäkringen styrs via Patientlagen och skyddar såväl patient som terapeut vid en eventuell vårdskada. Vid vårdskada, eller misstanke om vårdskada, görs anmälan till försäkringsbolaget via förbundets

samarbetspartner SÄKRA. Kontaktuppgifter och möjlighet till onlineanmälan finns på SÄKRA:s webbplats.

## Patientförsäkringsföreningen

Alla patientförsäkringsbolag är anslutna till Patientförsäkringsföreningen. Om en patient drabbas hos en vårdgivare som saknar patientförsäkring, har patienten ändå rätt till samma ersättning. I dessa fall gör patienten själv anmälan till Patientförsäkringsföreningen, som i sin tur kan återkräva ersättningen från den oförsäkrade vårdgivaren. Den vårdgivaren blir även skyldig att betala patientförsäkringsavgift för den tid då försäkring saknades.

---

## Referenser:

Inspektionen för vård och omsorg. Klagomål mot hälso- och sjukvården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.

[www.ivo.se/tillstand-och-tillsyn/klagomal-mot-halso--och-sjukvarden/](http://www.ivo.se/tillstand-och-tillsyn/klagomal-mot-halso--och-sjukvarden/)

Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). Stockholm: Socialdepartementet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017372-om-stod-vid-klagomal-mot-halso--\\_sfs-2017-372](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017372-om-stod-vid-klagomal-mot-halso--_sfs-2017-372)

Patientförsäkringsföreningen. Om patientförsäkring. Stockholm: Patientförsäkringsföreningen.

[www.patientforsakringsforeningen.se](http://www.patientforsakringsforeningen.se)

Patientförsäkringslagen (1996:799, ändrad 2021:364). Stockholm: Socialdepartementet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799\\_sfs-1996-799](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799_sfs-1996-799)

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/Riksdagen](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/Riksdagen)

Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Stockholm:

Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20119-om-ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete/](http://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20119-om-ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete/)

Svenska Naprapatförbundet. Patientsäkerhet – riktlinjer och stöd för medlemmar. Stockholm: Svenska Naprapatförbundet. Tillgänglig på: [www.naprapater.se](http://www.naprapater.se)

## 4.2 TILLSYN OCH AVVIKELSEHANTERING

---

Tillsyn och hantering av avvikelser är centrala delar i patientsäkerhetsarbetet. Genom statlig kontroll, tydliga rapporteringsrutiner och anmälningsskyldighet vid allvarliga händelser säkerställs att vården bedrivs i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Samtidigt ger systematiskt avvikelsearbete vårdgivaren möjlighet att lära av misstag och förebygga framtida risker.

Ett välfungerande system för tillsyn och avvikelshantering skapar inte bara ökad säkerhet för patienten utan bidrar också till att stärka professionens trovärdighet. Svenska Naprapatförbundet har därför etablerat rutiner och stöd för sina medlemmar, med syfte att underlätta rapportering och samtidigt främja lärande och kvalitetsutveckling i hela kåren.

### 4.2.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVARSNÄMND (HSAN)

HSAN är en fristående nämnd som prövar frågor om hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar. Om IVO i en utredning bedömer att en legitimerad yrkesutövare har agerat på ett sätt som kan äventyra patientsäkerheten, kan ärendet överlämnas till HSAN.

HSAN kan fatta beslut om olika åtgärder, till exempel:

- ◇ provotid för legitimerad personal
- ◇ återkallelse av legitimation
- ◇ begränsning av förskrivningsrätt.

Syftet med HSAN:s arbete är att skydda patienter och att upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården.

### 4.2.2 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG (IVO)

IVO är en statlig myndighet under Socialdepartementet och får varje år regleringsbrev från regeringen. IVO:s främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Tillsynen bedrivs vid de sex tillsynsavdelningarna som är placerade i Umeå (nord), Stockholm (öst), Örebro (mitt), Jönköping (sydöst), Göteborg (sydväst) och Malmö (syd).

Samtliga tillsynsavdelningar ansvarar för:

- ◇ Tillsyn över verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

- ◇ Tillsyn över legitimerad personal, inklusive anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) angående återkallelse av legitimation och annan behörighet.
- ◇ Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen.

Myndigheten tar emot både vårdgivares Lex Maria-anmälningar och patienters klagomål. Om en patient inte är nöjd med hur vårdgivaren eller patientnämnden har hanterat en situation kan klagomålet föras vidare till IVO.

IVO är skyldig att utreda särskilt allvarliga ärenden, till exempel när:

- ◇ en patient har fått varaktiga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov eller har avlidit i samband med vården
- ◇ klagomålet kommer från en patient som är tvångsvårdad
- ◇ vården har påverkat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning på ett negativt sätt.

IVO:s utredning leder alltid till ett beslut, men besluten kan inte överklagas.

Förutom att utreda enskilda ärenden arbetar IVO även förebyggande. Myndigheten analyserar återkommande problem och risker i vården genom information från patienter, vårdgivare och patientnämnder. Denna kunskap används i myndighetens tillsynsinspektioner och bidrar till långsiktigt förbättrad patientsäkerhet.

### **Anmälan av ny verksamhet**

Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn enligt patientsäkerhetslagen ska anmäla om nyetablering av verksamhet till IVO senast en månad innan verksamheten påbörjas.

Från och med den 1 juli 2023 får IVO förelägga den som inte har fullgjort sin anmälningsskyldighet. Föreläggandet får förenas med vite, vilket innebär att den som inte anmäler sin verksamhet till IVO riskerar att bli betalningsansvarig.

### **Ändra anmälda uppgifter**

Om en verksamhet helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas ska detta anmälas till IVO inom en månad efter genomförandet. Anmälan ska innehålla uppgifter om vilken förändring som skett.

### **Anmälan av nedläggning av verksamhet**

Om en verksamhet upphör eller läggs ned ska detta anmälas till IVO inom en månad efter nedläggningen.

Använd samma blankett som vid anmälan om ny verksamhet.

Information om anmälan, samt blanketter, finns på IVO:s webbplats: [ivo.se](https://ivo.se)

## 4.2.3 LEX MARIA-ANMÄLAN

IVO handlägger anmälningar enligt lex Maria. Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) är vårdgivare inom både hälso- och sjukvård och tandvård skyldiga att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det gäller både händelser som har medfört en allvarlig vårdskada och händelser som hade kunnat göra det. Denna skyldighet benämns lex Maria.

Syftet med Lex Maria är att vården ska ta lärdom av allvarliga risker och skador, så att rutiner kan förbättras och liknande situationer undviks i framtiden. Anmälan är därmed en viktig del av vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Blanketter och praktisk information för att göra en Lex Maria-anmälan finns på Svenska Naprapatförbundets medlemsida.

### **Föreskrifterna som styr patientsäkerhetsarbete och anmälningar av händelser är:**

- ◇ HSLF-FS 2017:40 - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.
- ◇ HSLF-FS 2017:41 - Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat och en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, lagändring SFS 2023:503). Anmälan ska vara IVO tillhanda snarast efter inträffad händelse. Samtidigt med anmälan eller snarast därefter ska vårdgivaren lämna in den utredning av händelsen som beskrivs i föreskriften för lex Maria (HSLF-FS 2017:41).

Anmälan görs av anmälningsansvarig, det vill säga befattningshavare som vårdgivare utsett att svara för anmälningskyldigheten enligt lex Maria.

### **Rutin vid anmälan enligt Lex Maria:**

Utredningen av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska ha en omfattning som anpassas efter händelsens karaktär (HSLF-FS 2017:40).

Vid beslut om anmälan enligt lex Maria ska vårdgivaren snarast informera patienten eller dennes närstående om att anmälan kommer att ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Patient eller närstående ska senare även informeras om IVO:s beslut i ärendet.

Patienten ska ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen. Information om patientens tillstånd kan ges till närstående om det inte föreligger hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400, lagändring SFS 2023:561) eller patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, lagändring SFS 2023:503). Uppgift om vårdskada ska antecknas i patientjournal och rapporteras i verksamhetens avvikelssystem.

IVO ska säkerställa att anmälda händelser, som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. IVO ska sprida information till vårdgivare om de anmälda händelserna samt i övrigt vidta de åtgärder som anmälningarna motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet.

IVO tar i lex Maria-beslutet inte ställning till enskild legitimerad personals agerande men kan öppna ett nytt ärende angående enskild legitimerad personal och anmäla till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) för ställningstagande till vidare åtgärder angående legitimation och förskrivningsrätt.

## 4.2.4 AVVIKELSEHANTERING

Med avvikelse menas en icke önskad händelse i en vårdsituation. Det kan vara allt som inte gått som man tänkt sig. Enligt Socialstyrelsens författning SOSFS: 2005:12 är varje legitimerad vårdgivare skyldig att ha en rutin för att hantera avvikelser.

Svenska Naprapatförbundet har policyn att medlemmen rapporterar in till förbundet när en avvikelse uppstått. Detta förfarande syftar till att samla information om eventuella risker som lärdom kan dras av. Avvikelser sker överallt i vården och är en oundviklig del av verksamheten och målsättningen med att anmäla avvikelser är att minska dessa händelser så mycket som möjligt.

När Socialstyrelsen genomför tillsynsbesök frågas ofta om vilka rutiner man har för bland annat avvikelsehantering och kvalitetssäkring.

Blankett för rapportering av avvikelser i verksamheten finns på Svenska Naprapatförbundets medlemsida.

---

### Referenser:

Föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (2017:40). Stockholm: Socialstyrelsen.

[www.socialstyrelsen.se/publikationer/hslf-fs-201740-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-vardgivares-systematiska-patientsakerhetsarbete-2017-5-24/](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/hslf-fs-201740-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-vardgivares-systematiska-patientsakerhetsarbete-2017-5-24/) SocialstyrelsenSITENAME

Föreskrifter om anmälan av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) (2017:41). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.

[www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/foreskrifter/hslf-fs-2017-41.pdf](http://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/foreskrifter/hslf-fs-2017-41.pdf) IVO.se+1

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Lag (2017:30) om hälso- och sjukvård.

[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig på:

[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780\\_sfs-2017-80](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780_sfs-2017-80)

Inspektionen för vård och omsorg. Uppdrag och ansvar. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.

[www.ivo.se](http://www.ivo.se)

Nordisk överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer (Sveriges internationella överenskommelser, SÖ 1994:2). Stockholm: Utrikesdepartementet.

[www.regeringen.se/contentassets/53aeb8d0d8ed406da3c5894695938727/overenskommelse-om-gemensam-nordisk-arbetsmarknad-for-viss-halso--och-sjukvardspersonal-och-veterinarer/](http://www.regeringen.se/contentassets/53aeb8d0d8ed406da3c5894695938727/overenskommelse-om-gemensam-nordisk-arbetsmarknad-for-viss-halso--och-sjukvardspersonal-och-veterinarer/)

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, ändrad 2023:561). Stockholm: Justitiedepartementet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)

Om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). Stockholm: Socialdepartementet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017372-om-stod-vid-klagomal-mot-halso--\\_sfs-2017-372](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017372-om-stod-vid-klagomal-mot-halso--_sfs-2017-372)

Patientdatalagen (PDL, 2008:355). Lag (2008:355) om patientdatalag.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/)

Patientlagen (PL, 2014:821). Lag (2014:821) om patientlag.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Patientskadelagen (1996:799, ändrad 2021:364). Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig på:  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799\\_sfs-1996-799](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799_sfs-1996-799)

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Förordning (2010:1369) om patientsäkerhet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369\\_sfs-2010-1369](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369)

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/Riksdagen](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/Riksdagen)

Socialstyrelsen. Praktisk tjänstgöring för naprapater – riktlinjer och blanketter. Stockholm: Socialstyrelsen.  
<https://legitimation.socialstyrelsen.se/legitimation/utbildad-i-sverige/naprapat-utbildad-i-sverige/>

## 4.3 KVALITETSARBETE OCH PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

---

SOSFS 2011:9 är Socialstyrelsens föreskrifter och regler kring hur organisationer inom vård- och omsorgssektorn ska arbeta med kvalitet. Alla organisationer och företag som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), LSS (1993:387), socialtjänstlagen (2001:453) samt patientsäkerhetslagen (2010:659) behöver ett dokumenterat system enligt SOSFS 2011:9.

Ledningssystem behövs för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten. Ledningssystemet är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

Att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv, att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt att kontinuerligt förbättra verksamheten. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet kunna:

- ◇ planera
- ◇ leda
- ◇ kontrollera
- ◇ följa upp
- ◇ utvärdera
- ◇ utveckla verksamheten

En verksamhet kan ha egna önskemål eller andra krav på sig som gör att man behöver ett ledningssystem med andra syften än de som anges i SOSFS 2011:9. Ett exempel är att ha en god arbetsmiljö. Så länge kraven i SOSFS 2011:9 uppfylls är det fullt möjligt att ha ett integrerat ledningssystem.

### 4.3.1 DEFINITIONEN AV KVALITET

För att arbeta systematiskt med kvalitet och patientsäkerhet krävs en gemensam förståelse för vad kvalitet innebär i vården. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) handlar kvalitet om att en verksamhet uppfyller de krav och mål som följer av lagar, föreskrifter och beslut. Detta betyder att vården ska vara säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, men också tillgänglig, jämlik och utformad i samråd med patienten.

För naprapater innebär detta att kvalitet inte enbart mäts i behandlingsresultat, utan även i hur vården ges. En konsultation som präglas av god kommunikation, korrekt dokumentation och respekt för patientens delaktighet är lika mycket en kvalitetsfråga som valet av behandlingsmetod. Att definiera kvalitet på detta sätt gör det också möjligt att omsätta abstrakta mål i konkreta rutiner och arbetssätt, vilket är en förutsättning för långsiktig utveckling av verksamheten.

## 4.3.2 LEDNINGSSYSTEMETS GRUNDLÄGGANDE UPPBYGGNAD

Ett ledningssystem fungerar som den struktur som håller ihop verksamheten och gör kvalitetsarbetet praktiskt genomförbart. Det innebär att vårdgivaren behöver identifiera alla processer i verksamheten, beskriva hur de ska genomföras, bestämma ansvar och ordning samt skapa rutiner för uppföljning. På så sätt skapas en tydlig karta över hur verksamheten fungerar och var risker kan uppstå.

För en naprapatklirik kan detta till exempel handla om rutiner för hur nya patienter tas emot, hur anamnes och undersökning ska dokumenteras, hur behandlingar planeras och följs upp, samt hur avvikelser ska hanteras. Ledningssystemet gör det också möjligt att arbeta proaktivt med riskförebyggande insatser, exempelvis genom att identifiera situationer där patienten kan utsättas för vårdskada och vidta åtgärder i förväg. För mindre verksamheter är det särskilt viktigt att systemet är tydligt och lätt att använda, eftersom resurserna ofta är begränsade och säkerhetsarbetet därför behöver vara effektivt och integrerat i den dagliga praktiken.

### Systematiskt förbättringsarbete

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska också utöva egenkontroll, det vill säga systematiskt följa upp och utvärdera verksamheten och kontrollera att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen ska vara så omfattande och göras så ofta som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

### Utredning av avvikelser

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. De kan komma från flera aktörer och intressenter som finns uppräknade i SOSFS 2011:9. Syftet är att den som bedriver verksamheten ska kunna få en bred återkoppling.

### Patientsäkerhetsberättelse

2011 antogs en lag som innebär att alla vårdgivare som lyder under Hälso- och sjukvårdslagen skall upprätta en Patientsäkerhetsberättelse för föregående år senast den 1 mars. Denna skall finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Den behöver inte lämnas in till någon instans om ingen särskild förfrågan kommit. Socialstyrelsen kan i sin tillsyn av hälso- och sjukvården begära att få se den. Patienter och närstående kan vilja läsa den i samband med att man väljer vårdgivare. Mer finns att läsa i: Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 samt föreskriften SOSFS 2011:9 om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

### Patientsäkerhetsberättelsens innehåll

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

- ◇ hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- ◇ vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- ◇ vilka resultat som har uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Berättelsen är alltså ett bokslut för föregående år. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara tillräckligt detaljerad för

att det ska gå att bedöma hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, och så att olika intressenter som t. ex patienter och anhöriga, myndigheter, kollegor, revisorer, m. fl kan ta till sig innehållet.

### 4.3.3 KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE I PRAKTIKEN

Kvalitetsarbete blir meningsfullt först när det tillämpas i det dagliga kliniska arbetet. För naprapater innebär detta att systematiskt reflektera över hur vården bedrivs, identifiera områden där risker finns, dokumentera avvikelser och omsätta erfarenheter i förbättrade rutiner. En patientsäkerhetsberättelse blir då inte bara en skyldighet enligt lag, utan även ett praktiskt verktyg för utveckling. Genom att analysera händelser och resultat kan kliniken lära sig av både framgångar och misstag, vilket på sikt leder till en tryggare och mer professionell vårdmiljö.

Svenska Naprapatförbundet har här en viktig roll som stödjande aktör. Förbundet tillhandahåller mallar för både det kontinuerliga kvalitetsarbetet och den årliga patientsäkerhetsberättelsen, samt erbjuder digitala kurser och handledning för medlemmarna. Detta ger även små verksamheter möjlighet att arbeta strukturerat med kvalitet och säkerhet på samma villkor som större vårdgivare. Genom att delta i detta arbete bidrar varje enskild naprapat inte bara till att höja patientsäkerheten i sin egen verksamhet, utan också till att stärka professionens trovärdighet i det svenska vårdssystemet.

---

#### Referenser

Föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40). Stockholm: Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se/publikationer/hslf-fs-201740-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-vardgivares-systematiska-patientsakerhetsarbete-2017-5-24/](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/hslf-fs-201740-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-vardgivares-systematiska-patientsakerhetsarbete-2017-5-24/)

Föreskrifter om anmälan av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) (HSLF-FS 2017:41). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. [www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/foreskrifter/hslf-fs-2017-41.pdf](http://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/foreskrifter/hslf-fs-2017-41.pdf)

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Lag (2017:30) om hälso- och sjukvård. [www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Stockholm: Socialdepartementet. [www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780\\_sfs-2017-80](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780_sfs-2017-80)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Uppdrag och ansvar. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

Nordisk överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer (Sveriges internationella överenskommelser, SÖ 1994:2). Stockholm: Utrikesdepartementet. [www.regeringen.se/contentassets/53aeb8d0d8ed406da3c5894695938727/overenskommelse-om-gemensam-nordisk-arbetsmarknad-for-viss-halso--och-sjukvardspersonal-och-veterinarer/](http://www.regeringen.se/contentassets/53aeb8d0d8ed406da3c5894695938727/overenskommelse-om-gemensam-nordisk-arbetsmarknad-for-viss-halso--och-sjukvardspersonal-och-veterinarer/)

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, ändrad 2023:561). Stockholm: Justitiedepartementet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)

Om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). Stockholm: Socialdepartementet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017372-om-stod-vid-klagomal-mot-halso--\\_sfs-2017-372](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017372-om-stod-vid-klagomal-mot-halso--_sfs-2017-372)

Patientdatalagen (PDL, 2008:355). Lag (2008:355) om patientdatalag.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/)

Patientskadelagen (1996:799, ändrad 2021:364). Stockholm: Socialdepartementet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799\\_sfs-1996-799](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799_sfs-1996-799)

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Förordning (2010:1369) om patientsäkerhet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369\\_sfs-2010-1369](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369)

Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659). Lag (2010:659) om patientsäkerhet.  
[www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/Riksdagen](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/Riksdagen)

Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Stockholm: Socialstyrelsen. [www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/foreskrifter-och-handbocker/ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-sosfs-20119/](http://www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/foreskrifter-och-handbocker/ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-sosfs-20119/)

Socialstyrelsen. Patientsäkerhetsberättelse – vägledning. Stockholm.  
[www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se/patientsakerhetsarbete/patientsakerhetsberattelse/](http://www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se/patientsakerhetsarbete/patientsakerhetsberattelse/)

Socialstyrelsen. Praktisk tjänstgöring för naprapater – riktlinjer och blanketter. Stockholm  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Svenska Naprapatförbundet. Mallar och stöd för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Stockholm: Svenska Naprapatförbundet.  
[www.naprapater.se](http://www.naprapater.se)

Tandvårdslagen (1985:125). Stockholm: Socialdepartementet. [www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125\\_sfs-1985-125](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125)