

# Fagprosedyren Fysioterapi ved subakromiale smerter

Anbefalinger:

## **Undersøkelse – Pasientens helsehistorie**

Diagnosen subakromiale smerter må bygge på en grundig pasientsamtale som inkluderer følgende faktorer og en vurdering av deres relevans: Alder, yrke, fritidsaktiviteter, omstendigheter rundt smertedebut, smertesymptomer, redusert kraft og/eller bevegelighet (avvik i kroppsfunksjon), aktivitetsbegrensninger og deltakelsesinnskrenkninger.

Fysioterapeuten må vurdere tegn og symptomer på alvorlig sykdom ved diagnostisering av subakromiale smerter.

Fysioterapeuten bør identifisere faktorer som kan påvirke pasientens rehabilitering og/eller tilbakevending til arbeid ved subakromiale smerter.

## **Undersøkelse - Klinisk undersøkelse**

Klinisk undersøkelse av pasienter med subakromiale smerter bør inkludere: Observasjon av skulderen inkludert skapula, måling av aktiv og passiv bevegelighet, krafttester og vurdering av nakken og torakalryggen (etter hva som er relevant). Den kan også inkludere andre kliniske tester avhengig av erfaringen og preferansene til den enkelte kliniker.

## **Undersøkelse - Bildeundersøkelser**

Bildeundersøkelser er generelt ikke nødvendig ved mistanke om subakromiale smerter uten mistanke om alvorlig sykdom, men er aktuelt dersom smerter og funksjon ikke bedres ved oppfølging av fysioterapeut.

## **Vurdering og behandlingsplan**

Fysioterapeuten bør gjenkjenne typiske symptomer og tegn på subakromiale smerter som smerter på utsiden av skulderen og økte smerter ved belastning (særlig ved bruk av armen over skulderhøyde) og utelukke andre potensielle årsaker til skuldersmerter som adhesiv kapsulitt og nerverotsaffeksjon i nakken.

Fysioterapeutens diagnose bør inkludere avvik i kroppsstrukturer og kroppsfunksjoner, aktivitetsbegrensninger og deltakelsesinnskrenkninger. I tillegg også personlige faktorer og miljøfaktorer i den grad de er relevante.

Pasienten må involveres aktivt (samvalg) i målsetting, behandlingsplan og andre kliniske beslutningsprosesser.

## **Tiltak - Pasientundervisning**

Fysioterapeuten bør vektlegge kommunikasjon og informasjon som bidrar til å fremme tillit, trygghet, forståelse og egenmestring hos pasienten.

Fysioterapeuten bør anbefale pasienten å være så aktiv som mulig med hensyn til smerter og funksjon.

## **Tiltak - Øvelsesbehandling**

Aktive øvelser bør være hovedtiltaket ved subakromiale smerter. Treningsopplegget bør være tilpasset den individuelle pasienten og inneholde et begrenset antall øvelser, som gjøres med hensyn til smerter og bevegelseskvalitet. Pasientundervisning og veiledning bør være en integrert del av øvelsesbehandlingen.

## **Tiltak - Manuell behandling**

Fysioterapeuten kan vurdere å bruke manuell behandling som tillegg til aktive øvelser dersom funn i den kliniske undersøkelsen gir grunnlag for det.

## **Tiltak - Teip, nålebehandling, laser, sjokkbølge og terapeutisk ultralyd**

Kunnskapsgrunnlaget er for svakt og tvetydig til å komme med en klar anbefaling.

## **Tiltak - Injeksjonsbehandling**

Subakromial kortikosteroidinjeksjon kombinert med lokalanestesi kan vurderes for smertereduksjon ved manglende progresjon i treningen og vedvarende subakromiale smerter.

Dersom smerte og funksjon ikke har bedret seg etter to kortikosteroidinjeksjoner, bør pasienten ikke få flere injeksjoner.

## **Utfall og evaluering av endringer**

Fysioterapeuten bør bruke og dokumentere relevante utfallsmål for å måle avvik i kroppsstruktur og funksjon, aktivitetsbegrensninger og deltakelsesinnskrenkninger ved subakromiale smerter. Disse bør brukes ved første undersøkelse, underveis i behandlingen og ved behandlingsslutt.

## **Forebygging**

Fysioterapeuten bør gi pasienten individuelt tilpasset veiledning om fysisk aktivitet og trening for å forebygge tilbakefall av smerter.