

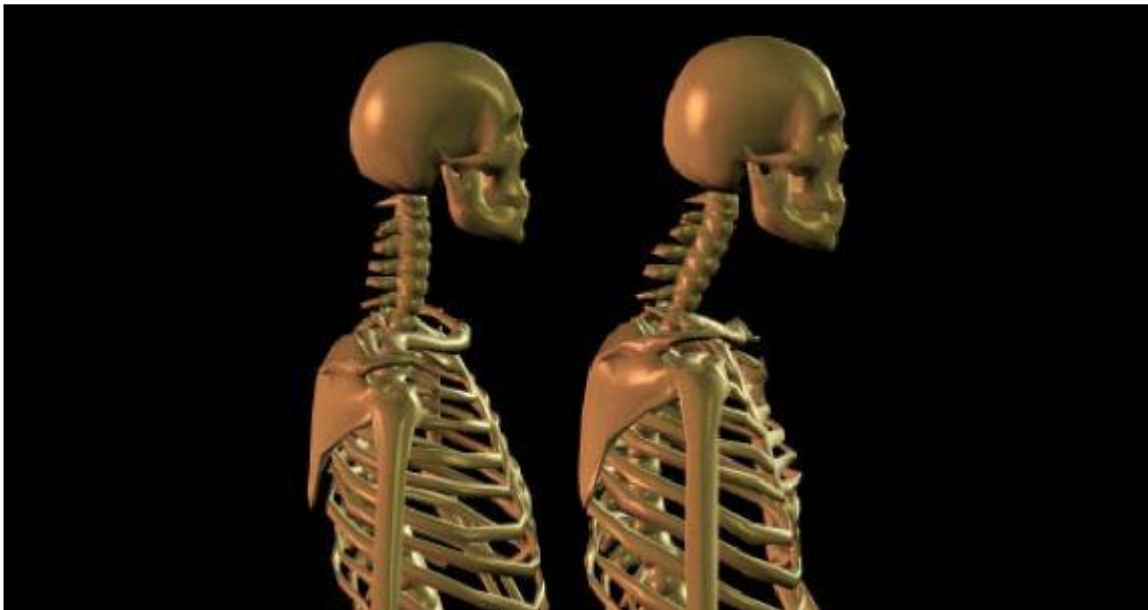
CASE RAPPORT

Forward Head Posture

Patient med nakkesmerter og cervikogen hovedpine

Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi

*Denne opgave foreligger ukommenteret
og er udelukkende udtryk for forfatterens egne synspunkter*



Udarbejdet af:	Gitte Krydsfeldt Jørgensen, fysioterapeut, BFT
Medl.nr. Danske Fysioterapeuter:	15631
Metode- og faglig vejleder:	Per Kjær, Fysioterapeut, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, DipMT, M.Sc., ph.d.
Adresse:	Svendsgade 66 1.th, 6700 Esbjerg
Dato:	Marts 2010
Antal tegn uden mellemrum:	54.954



RESUMÉ

Baggrund: Forward Head Posture er et klinisk billede, der er hyppigt forekommende i den fysioterapeutiske praksis og er forbundet med muskuloskeletale forandringer og smerte. Herved beskæftiger case rapporten sig med at påvirke patientens smerter ved at have fokus på de ændringer, der forekommer ved Forward Head Posture.

Formål: Beskrivelse og diskussion af et fysioterapeutisk interventionsforløb for en patient med nakkesmerter og cervikogen hovedpine med udgangspunkt i den biomekaniske vedligeholdende faktor, Forward Head Posture.

Metode og materiale: En 50 årig kvinde med nakkesmerter og hovedpine gennem 4 uger blev undersøgt med afsæt i Muskuloskeletal Fysioterapi. Diagnostiske-, Narrative- og Behandlingsovervejelser dannede grundlag for den kliniske ræsonnering. Undersøgelsen blev foretaget over 3 konsultationer, da patientens tilstand blev kategoriseret som SIN. Der fandtes cervikogen hovedpine herunder artikulære dysfunktioner (C1-2), nedsat neuromuskulær kontrol med inhibering af såvel de dybe cervicale fleksorer som de dybe cervicale ekstensorer, desuden temporomandibular dysfunktion samt aktive triggerpunkter i m.sternocleidomastoideus og m.masseter. Dertil var der vedligeholdende psykosociale faktorer, bl.a. jobutilfredshed og angst, som havde betydning for patientens situation. Interventionen bestod i afklaring af røde flag, manuel mobilisering, selvmobiliserende øvelser, neuromuskulær træning af cervical column, holdningskorrektion og information. ICF's tre dimensioner blev anvendt ved følgende resultatmål: Numerisk Rangskala, Neck Disability Index, Cranio-Cervical Flexion Test, Patient Specific Functional Scale og Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire.

Resultater: Patienten blev set over 13 konsultationer fra 24.november 2009 til 19.januar 2010 med "follow up" 23.februar 2010. Fra 1.-12.konsultation oplevede patienten bedring ved samtlige resultatmål, ved "follow up" havde hun recidiv af smerter og funktionsnedsættelse, dog ikke i samme grad som ved 1.konsultation.

Diskussion: Case rapporten giver anledning til en diskussion af behovet for flere case rapporter, der belyser de forandringer, der forekommer ved Forward Head Posture ved interventionen hos patienter med cervikogen hovedpine. Dette for skærpelse af blikket i den fysioterapeutiske kliniske ræsonnering.

Nøgleord

Forward Head Posture, nakkesmerter, cervikogen hovedpine, Muskuloskeletal Fysioterapi, klinisk ræsonnering.



INDHOLDSFORTEGNELSE

Resumé	2
Indholdsfortegnelse	3
Ordforklaringer.....	4
Baggrund.....	5
Formål	8
Metode og materiale.....	9
Resultater.....	25
Diskussion	27
Referenceliste.....	31
Bilag 1: ICDH-II Hovedpineklassifikation	33
Bilag 2: Informeret samtykke	34
Bilag 3: Samtykkeerklæring.....	35
Bilag 4: Model for klinisk ræsonnering	36
Bilag 5: Litteraturbearbejdning	37
Bilag 6: Neck Disability Index.....	38
Bilag 7: Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire	39
Bilag 8: Konsultationer & resultatmålinger.....	40



ORDFORKLARINGER

AP:	anterior-posterior
AS:	m.scalenus anterior
CCFT:	Cranio-Cervical Flexion Test
Cx:	cervical columna
FHP:	Forward Head Posture
Hvp:	hovedpine
(H):	højre
ICF:	International Classifikation of Functioning and Disabilities
LI:	ligamentær instabilitet
Lx:	lumbal columna
MF:	Muskuloskeletal Fysioterapi
MVC:	Maximal Voluntary Contraction
NDI:	Neck Disability Index
NMK:	neuromuskulær kontrol
NRS:	Numerisk Rangsкала
ÖMPSQ:	Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire
PAIVM:	Passive Accessory Intervertebral Movements
PPIVM:	Passive Physiological Intervertebral Movements
PSFS:	Patient Specific Functional Scale
pt:	patient
pt-stjernetegn:	subjektive patientreferencer
SCM:	m.sternocleidomastoideus
TMJ-dysfunktion:	Temporomandibular Joint Dysfunction
tp:	terapeut (her forfatteren)
tp-stjernetegn:	objektive terapeutreferencer
TrP:	triggerpunkter
Tx:	thoracal columna
Us:	undersøgelse/undersøge
(V):	venstre
VBI:	vertebro-basilar insufficiens



BAGGRUND

Kropsholdningen

Kropsholdningen tilpasses de krav, kroppen udsættes for (Herbert 2004). Den teknologiske udvikling har de seneste årtier medført et begrænset behov for fysisk arbejde. Inaktivitet og manglende variation i bevægelser kan forårsage en ændret kropsholdning (Janda 1987). Typisk sker ændringen, så den lumbale lordose udrettes og den thoracale kyfose øges, hvilket påvirker den cervicale lordose. Denne fleksionsprægede holdning resulterer i den funktionelle dysfunktion, *Forward Head Posture* (FHP), hvilket ikke nødvendigvis er et problem, der kræver fysioterapeutisk intervention (Grant 2002). Fastholdes den statiske holdning, kan konsekvensen heraf ifølge Kendall et al (1993) være hovedpine (hvp) og nakkesmerter, som kræver fysioterapi.

Hovedpine og nakkesmerter

Hvp er den mest alm. smerteklage, som præsenteres for praktiserende læger og er årsagen til 20% af det samlede sygefravær i Danmark (Jensen et al 2003). 60-80% af de, der har hvp, har nakkesmerter i forbindelse hermed. Epidemiologiske undersøgelser (us) beskriver, at et givent år vil op mod 40% af populationen opleve smerter i nakken (Jull et al 2008). Fejer (2006) fandt i sin Ph.D-afhandling, at hver 3. dansker inden for de seneste 14 dage har haft ondt i nakken. Han kortlagde risikofaktorer for udvikling af nakkesmerter og fandt i prioriteret rækkefølge, at utilfredshed med jobbet, ensidigt belastende arbejde, lavt uddannelsesniveau, mentalt stress, høj BMI, rygning, nedsat fysisk aktivitet samt genetik var risikofaktorer. Herudover fandt han sammenhæng mellem nakkesmerter og kropsholdningen. Den foreliggende Ph. D-afhandling giver anledning til at antage, at en del af nakkesmerterne er forårsaget af FHP.

De hyppigste hvp-former er migræne, spændings-hvp, Hortons hvp, medicininduceret-, kæbeledsrelateret- og cervikogen hvp. Nogle af disse har muskuloskeletale komponenter i ætiologien og symptomatologien, herunder cervikogen hvp (Jull 2002).

Cervikogen hovedpine

FHP er en væsentlig årsag til dysfunktioner ved cervikogen hvp. Cervikogen hvp er relateret til højercervicale artikulære dysfunktioner, hvor smertekilden primært er apofyseleddene fra C0-3 (Jull et al 1997). Nerveforsyningen af strukturerne C0-3 er afferent meddeler af smerten via forbindelsen til den trigeminocervicale nucleus, som referer smerten videre i form af cervikogen hvp, dvs. alle strukturer, der er innerverede med smerteførende fibre i segmenterne C0-3 (facetled, discus' ydre del, ligamenter, muskler) (Jull 2002).

For at identificere cervikogen hvp under *anamnesen* anvendes Klassifikationsmodellen ICHD-II (Bilag 1), hvor mindst 7 af 13 kriterier skal være opfyldt:

1a. Forværring ved nakkebevægelser, smerter ved tryk øvre cervicalt, 1b. Nedsat mobilitet, 1c. Unilateral nakke-, skulder eller armsmerter, 2. Positiv svar på blokade, 3. Unilateral hvp uden sideskift, 4a. Moderat til svær intensitet, ikke pulserende, ikke lynende, som regel start



i nakken, 4b. Varierende, 5 Andre symptomer: 5a. kvalme, 5b. Lys/lysfølsom, 5c. Svimmel, 5d. Unilaterale synsforstyrrelser, 5e. Synkebesvær, 5f. Unilateral ødem.

Ifølge Jull et al (2007) skal nedenstående 3 kriterier også være til stede under *us*, og der vil være 100 % sensitivitet, 94 % specificitet:

- 1 Nedsat aktiv bevægelseslag – især rotation og ekstension
- 2 Palpabel dysfunktion / smerte af øvre cervicale segmenter
- 3 Ændret muskelfunktion (positiv Cranio-Cervical Flexions Test) (CCFT)

Den ændrede muskelfunktion er relateret til de dybe cervicale fleksorer, *m.longus colli et capitis* (Jull 2002). Musklerne er afgørende for et stærk cervicalt muskelkorset, og yder optimal støtte til cervical columna (Cx) ved belastninger på 25% af Maximal Voluntary Contraction (MVC) (Comerford og Mottram 2001). Ved dysfunktion og smertetilstande er støtten kompromitteret (Falla et al 2004). Her skal der større stimuli til at aktivere musklerne, og det vil ved cervikogen hvp og FHP resultere i, at de dybe cervicale fleksorer ikke er i stand til at stabilisere leddene, hvilket resulterer i inhibering af musklerne. På sigt kan musklerne atrofiere og tværsnitsarealet mindskes (Falla et al 2004). Som compensation sker der tidlig rekruttering af superficielle muskler, typisk *m.sternocleidomastoideus* (SCM) (Falla et al 2004). Denne ændrede muskelrekruttering betegnes nedsat "neuromuskulær kontrol" (NMK) (Jull et al 2008). Hos patienter (pt´er) med denne hvp-type, har det vist sig effektivt at træne de dybe cervicale fleksorer ved at bruge craniocervical flexion mhp. at opnå NMK.

Forward Head Posture

Ved den malalignment, som FHP medfører, er *processus mastoideus* foran lodlinjen (Fig.1). Der sker hyperfleksion i den cervicothoracale overgang, hyperekstension i den craniocervicale overgang, udretning af den cervicale lordose samt kompression af ledfladerne og disci (Johnson 1998).



Fig.1. Malalignment vs. Alignment

SCM vil arbejde i konstant forkortelse og ændre sig fra dobbeltsidigt at arbejde flekterende til at arbejde ekstenderende i.f.t. atlantooccipitalleddene, hvor akse for fleksion/ekstension findes (Bojsen-Møller 2002). Under optimal funktion er SCM hovedets vigtigste holdningsmuskel, men ved FHP vil den ændres til at stabilisere Cx. Dog uden god effekt, da den hverken er lednær eller monoartikulær (Bojsen-Møller 2002).

FHP medfører stramhed og forkortning af *mm.suboccipitales*, som afbalancerer hovedets stilling i.f.t. kroppen. Dette kan føre til aktive triggerpunkter (TrP). Her kan der argumenteres for en mulig påvirkning af *n.trigeminus*, som har sensorisk funktion i ansigtet, men som også innerverer bl.a. tyggemuslerne (Fernandez-de-Las-Peñas 2006). *M.rectus capitis posterior minor* har fibre til *membrana atlantooccipitale posterior*, som er direkte adhærent til *dura mater* (Hack et al 1995). *Dura mater encephali* er innerveret af *n.trigeminus*, hvorved *n.trigeminus* kan blive påvirket (Brodahl 1990).



Der ses sammenhæng mellem FHP og Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJ-dysfunktion) resulterende i aktive Trp i m.masseter, m.temporalis, m.pterygoideus medialis og en påvirkning og/eller forskydning af discus i leddet (Makofsky 2000).

Der kan være mange årsager til FHP herunder genetik, arbejdsrelateret ændret holdning, en vanemæssig udgangsstilling, aldersrelaterede degenerative forandringer, og tilmed spiller det emotionelle en rolle for kropsholdningen (Bunkan 2001). FHP giver sig derfor udslag i enten at være en stilling af hovedet, man dynamisk kan gå til og fra eller en statisk ændret kropsholdning (Grant 2002). I denne case rapport tages der udgangspunkt i en vanemæssig ændret holdning, som pt dynamisk er i stand til delvist eller helt at korrigere.

De beskrevne problematikker leder frem til mulige interventioner, hvor neuromuskulær træning og manuel mobilisering er væsentlige. I behandlingen af cervikogen hvp er der i guidelines fra *American Academy of Orthopaedic Manual Physical Therapists* 2008 fundet evidens for CCF-træning samt mobilisering ud fra Maitland konceptet (Childs et al 2008):

Manuel ledmobilisering – Maitland

Maitlandkonceptet er karakteristisk ved en grundig us og fortløbende forsøg på at relatere behandlingen til pt's symptomer, sygehistorie og us-fund. Passive ledbevægelser inkluderer accessoriske og fysiologiske bevægelser (Maitland 2001). Disse benævnes Passive Accessory Intervertebral Movements (PAIVM) og Passive Physiological Intervertebral Movements (PPIVM) og har vist sig at være både valide og reliable i diagnosticeringen af symptomatiske facetled. Dette er sket i studier omhandlende cervikogen hvp (Jull et al 1997).

Maitland graduerer bevægelserne til den vævsmodstand som terapeuten (tp) mærker:

R1: Er den første modstand tp møder. R2: Er den modstand hvor tp stopper

P1: Er der hvor smerten starter. P2: Absolut stop.

Grad 1: Lille bevægelse i den modstandsfri zone

Grad 2: Stor bevægelse i den modstandsfri zone

Grad 3: Stor bevægelse ind i og ud af modstandszonen ml. R1 og R2 (--: passerer lige akkurat R1, -: 25% ind i R1, +: 75% ind i R1, ++: Ind i R2)

Grad 4: Lille bevægelse inde i modstandszonen ml. R1 og R2 (--: passerer lige akkurat R1, -: 25% ind i R1, +: 75% ind i R1, ++: Ind i R2)

Denne case rapport tager afsæt i forfatterens bachelorprojekt fra januar 2007, der havde til formål at sammenfatte viden om FHP samt at undersøge, hvilke bevægeapparatsbesvær det kan forårsage. Det interessante har herefter været koblingen mellem den kliniske praksis og viden fra bachelorprojektet, samt det kliniske ræsonnement i, hvorvidt FHP er symptom- eller årsagsgivende. Der er blevet søgt efter andre nationale og internationale case rapporter omhandlende FHP, men intet er publiceret. Dog er der inden for de seneste år skrevet om nærliggende emner (www.muskuloskeletal.dk, Eksempler på case rapport, Josefsen, 2009): "Undersøgelse, klassifikation og behandling af en patient med langvarig cervicogen hovedpine" Martin B. Josefsen, 2005 og "Neurofysiologiske mekanismer ved manuel terapi – cervicogen hovedpine" Michael Møller Nielsen 2009.



Hvad enten FHP er til stede af den ene eller anden årsag, er dynamisk eller statisk, så er det en vedligeholdende biomekanisk faktor, og det er min erfaring, at fokus på de ændringer, der forekommer, giver et positivt outcome for pt, uafhængig af årsag eller udfald. Derfor tænkes denne case rapport som relevant til at beskrive daglig praksis med dette fokus. Der ses et behov for at belyse, hvorvidt intervention, der modvirker de forandringer, der sker ved FHP, kan gøre en forskel for pt. Det interessante ligger midlertidigt ikke i, hvorvidt kropsholdningen ændres i forløbet, men om pt får det bedre.

FORMÅL

Beskrivelse og diskussion af et fysioterapeutisk interventionsforløb for en patient med nakkesmerter og cervikogen hovedpine med udgangspunkt i den biomekaniske vedligeholdende faktor, Forward Head Posture.



METODE OG MATERIALE

Udvælgelse af patient

24. november 2009 blev pt udvalgt, hvorefter hun efter 1.konsultation blev spurgt om deltagelse i case rapporten. *Informeret samtykke* og *Samtykkeerklæring* blev underskrevet (Bilag 2+3). Herefter er rapporten skrevet prospektivt. For at anonymisere pt og tp er fotos modelfotos. Spørgeskemaerne blev udfyldt i enrum, for at sikre, at pt ikke blev påvirket af ydre faktorer.

Klinisk ræsonnering

Case rapporten tager udgangspunkt i Muskuloskeletal Fysioterapi (MF). "*Model for klinisk ræsonnering*" er anvendt med opdelingen i Diagnostisk ræsonnering, Narrativ ræsonnering og Behandlingsovervejelser omfattende de otte hypotesekategorier (Bilag 4) (Jones og Rivett 2004, Ris et al 2009). Disse giver plads til de problemer pt præsenterer inden for rammerne af i WHO's klassificering af sundhed og sygdom, *International Classification of Functioning and Disabilities* (ICF). Maitlands principper inddrages, så der tages stilling til en kategorisering af pt's tilstand som SIN eller ikke-SIN. Herudfra justeres us og behandling mht. håndtering, valg af teknik, dosering mv. Fordelen er så, at tp ikke overskrider pt's grænser og får afstemt us og behandling efter pt's tilstand (Maitland et al 2001).

Litteratur og databearbejdning

Der er taget udgangspunkt i den litteratursøgning, der lå til grund for bachelorprojektet, hvor artiklerne blev vurderet i henhold til "*Research Methods for Clinical Therapists*" (Hicks 1999). En opsummering af søgningerne ses Bilag 5. Disse er grundlag for den viden, der er præsenteret under "Baggrund" og dermed for den intervention, der er foretaget i case rapporten. Hvad angår internethenvisninger er hjemmesidens navn, titel, forfatter, årstal nævnt i rapporten. I referencelisten angives hele henvisningen samt datoen for tp's søgning.

Målemetoder

Målingerne tager udgangspunkt i ICF inden for krops-, aktivitets- og deltagelsesdimensionen. De **specifikke måleredskaber** er *Numerisk Rangskala* (NRS) 0-10, *Neck Disability Index* (NDI) samt CCFT, hvor førstnævnte er dimensionsspecifik og de to sidstnævnte pt-specifik. De **generelle måleredskaber** er Patient Specific Functional Scale (PSFS) og Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ). Herudover er der objektive tp-referencer (*tp-stjernetegn*) og subjektive pt-referencer (*pt-stjernetegn*) til test-retest.

Numerisk Rang Skala

NRS måler på kropsdimensionen og er beskrevet som anvendelig til smertevurdering hos voksne uden kognitive forstyrrelser. Us beskriver NRS som valid, reliabel og med god sensitivitet (Coll et al 2004, Paice og Cohen 1997). Dog er en grundig instruktion nødvendig. Ved hver 4.konsultation vurderes smerten som et *gennemsnit* af følgende:



1. Hvordan vurderer du din smerte, når den er mindst intens?
2. Hvordan vurderer du din gennemsnitlige smerte gennem de sidste to døgn?
3. Hvordan vurderer du din smerte lige nu?

Denne tredeling giver bredde på smerteoplevelsen og et godt billede af smerten.

"Her og nu målingen" af NRS er mere situationsafhængig og er anvendt i dagligdagen med pt, hvor der er spurgt til symptomområder: "På en skala fra nul til 10 hvor stærk er din smerte så lige nu? Nul betyder, at du ingen smerte har, ti er værst tænkelig smerte".

Neck Disability Index

NDI måler jvf. ICF på krops- og aktivitetsdimensionen, og er det ældste og mest brugte spørgeskema til nakke-pt'er (Macdermid et al 2009). Det anvendes til at vise ændring i nakkebesvær og beskriver, hvordan pt har nu og her (Bilag 6). Der sættes et kryds i hvert af de 10 områder, som scores fra 0-5. Den samlede score kan være 0-50, hvorefter graden af funktionsnedsættelse findes jvf. Tabel 1.

Tabel 1. Graden af funktionsnedsættelse ved NDI

Klassificering	Interval
ingen funktionsnedsættelse	0-4
let funktionsnedsættelse	5-14
moderat funktionsnedsættelse	15-24
stærk funktionsnedsættelse	25-34
fuldstændig funktionsnedsættelse	35-50

Det anbefales, at NDI bruges hver 2. uge i et forløb. Skemaet blev udviklet i 1989, hvorefter den høje grad af reliabilitet og validitet blev publiceret (Howard 2008). Den danske udgave er fundet på hjemmesiden for rygforskning, men spørgeskemaet er under validering i dansk udgave, hvilket medfører, at kvaliteten af oversættelsen ikke kan angives (www.rygforskning.dk, Download et spørgeskema, Lauridsen, 2009).

Cranio-Cervical Flexion Test

CCFT måler på kropsdimension. Testen er en "low load test" af de dybe cervicale fleksorer og er beskrevet med høj sensitivitet. Den er fundet reliabel og valid til skelnen mellem dyb og overfladisk halsmuskulatur (Jull et al 2008). Testen udføres rygliggende med hovedet i neutralposition og med god holdning omkring skulderbæltet. Tungen holdes i ganen, munden er lukket dog uden at tænderne bides sammen. Biofeedback pressure (Stabilizer, Chattanooga) placeres suboccipitalt og pustes op til 20 mm Hg. Pt holder barometret som visuel feedback for nakkens bevægelser, mens der laves en CCF - ikke en retraktion. Hun instrueres i at udføre en nikkebevægelse - "som en drejebakke var placeret gennem ørerne" - for at øge trykket til 22 mm Hg og stillingen holdes 10 sek. Dette gentages og progredieres ved tryk på 22, 24, 26, 28 og 30 mm Hg. 10 sek. afslapning mellem hver trykforøgelse. Under udførelse vurderes kvaliteten, og pt lærer at palpere SCM for at sikre, at denne er passiv. Testen ophører, når SCM aktiveres, ved smerteforværring eller muskeltremor. Det er normalt, at en person uden smerter kan udføre testen til og med 30 mm Hg. Ved træning af muskelgruppen anbefales 10 x 10 sek udførelse 2 x dagligt (Jull et al 2008).



Patient Specific Functional Scale

PSFS måler her både på aktivitets- og deltagelsesdimensionen og bruges til at vise ændringer i funktion. Den måler ændringer i pt's opfattelse af i hvilken grad hun kan udføre selvvalgte funktioner (Stabler 1997). Skalaen er selvrapportering af aktiviteter, og pt instrueres således: "Jeg vil bede dig finde tre 3-5 aktiviteter, som du ikke kan udføre eller som du har vanskeligt ved at udføre på grund af dit aktuelle problem. Dette angiver du ud fra, hvor vanskeligt det opleves på en skala fra 0 til 10, hvor 10=ingen vanskeligheder og 0=ude af stand til at gennemføre" (Donnelly og Carswell 2002). Skalaen anvendes her omvendt, så den kommer til at virke mere logisk i sammenhæng med NRS. Herved bliver 0=ingen vanskeligheder og 10=ude af stand til at gennemføre. PSFS blev publiceret i 1995, og er ifølge Donnelly og Carswell (2002) valideret i forhold til det muskuloskeletale område.

Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

Spørgeskemaet består af spørgsmål på alle ICF-niveauer og er beregnet til epidemiologiske us. Det er et prognostisk måleredskab, som giver indsigt i risiko for udvikling af langvarig smertetilstand og nedsat funktionsevne, dermed risiko for udvikling af kronicitet. Af denne årsag er ÖMPSQ anvendelig til at identificere pt'er med psykosociale risikofaktorer (Linton et al 2003). Skemaet består af 23 spørgsmål, som lægges sammen til en sumscore (Bilag 7). Da de første to spørgsmål er info om alder og køn, scores disse ikke. Spg.3 giver 2 point for hvert kryds. Hvert af de resterende 20 spørgsmål scores fra 0-10 point, hvilket giver en samlet max score på 210 point. Tolkningen af scoren er opdelt i tre kategorier:

Lav risiko for kronicitet	< 90 point
Mellem risiko for kronicitet	90 - 105 point
Høj risiko for kronicitet	> 105 point

Den danske udgave er valideret af Kilsgaard (2003) og den prædiktive værdi belyst af Hockings et al (2008). ÖMPSQ anvendes i denne rapport som resultatmål og er fundet relevant, da den kliniske ræsonnering ledte frem til *vedligeholdende psykosociale faktorer*. Den er brugt som redskab til at skabe dialog og få pt til at reflektere.

Prækliniske data

50-årig kvinde. "muskelsmerter i nakken, tidl. cancer i kirtel på halsen og strålebehandling".

Klinisk ræsonnering efter gennemgang af prækliniske data

Fokus på røde flag pga. tidl. cancer og alderen. Sidstnævnte placerer hende på grænsen, da en alder over 50 år vurderes som et relativt rødt flag (Greenhalgh og Selfe 2006). Det er vigtigt at vide, hvornår hun fik behandlet sin cancer og om hun har alment symptomer på malignitet som træthed, kvalme, konstante smerter, ingen lindrende faktorer, ingen effekt af NSAID. Derfor er der lagt vægt på en grundig anamnese, hvor omtalte symptomer af- eller bekræftes under "specielle spørgsmål". Strålebehandling kan have medført følsomhed i svælgets slimhinder samt nedsat sekretion fra kirtler (www.cancer.dk, Kræftens Bekæmpelse, Strålebehandling, 2009).

1. Konsultation – anamnese

24. november 2009

Pt har to voksne børn og to børnebørn. Hun blev fraskilt for mange år siden og har siden da boet selv i hus. Hun har nu været sygemeldt en uge, men arbejder ellers i bank 37 timer ugentligt. Efter 15 år i den samme afdeling er hun netop blevet flyttet til en anden afdeling i en nærliggende by. Dette begrundes hun med den finansielle krise. Hun er ikke glad for skiftet, trives ikke på arbejdspladsen, og følelsen af, at hun uden egen vilje er blevet flyttet, nager hende. Hun kan variere mellem stående og siddende arbejdsstillinger, men synes den siddende stilling er "hård" at være i, fordi hun "falder sammen i ryggen". I fritiden dyrker hun ingen motion og har ikke gjort det siden hun som ung spillede håndbold. Hun bruger sin fritid på hus, have, børnebørn og den nye kæreste, der bor 50 km væk og som hun besøger, fordi hun er den eneste af de to, der har bil. Disse aktiviteter står dog på stand-by pga. pt's nuværende smerteproblemer. Smertedebut for ca. 4 uger siden. Smerterne kom snigende uden grund i højre (H) side af nakken. De seneste to uger unilateral hvp og tryk i (H) øre. Både smerterne i nakken, hvp og trykket i øret har nu været konstante i 3-4 dage.

Symptomområder Se kropsbillede Fig. 2.

- ① Nakkesmerterne: Konstant, 3-6/10 (NRS) (pt-stjernetegn), "murende, borende, spændt". Pt udpeger punkter suboccipitalt, der er "byldeømmе".
- ② "Tryk i øret": Konstant, 5/10 (NRS) (pt-stjernetegn), "dyb". Er vant til intermitterende tinnitus, men det er nu konstant og med højere intensitet. Hørelsen er ikke påvirket.
- ③ Hvp: Konstant, 3-6/10 (NRS) (pt-stjernetegn), unilateral (H) side trækkende om til øjenbrynet og tindingen, "klemmende, tung". Pt er ikke lysfølsom og har ikke oplevet "aura". Pt kan angive, at der er sammenhæng mellem ①, ② og ③ og oplever dem samlet. Dog er ① og ③ påvirkelige i forhold til nakkens bevægelser.

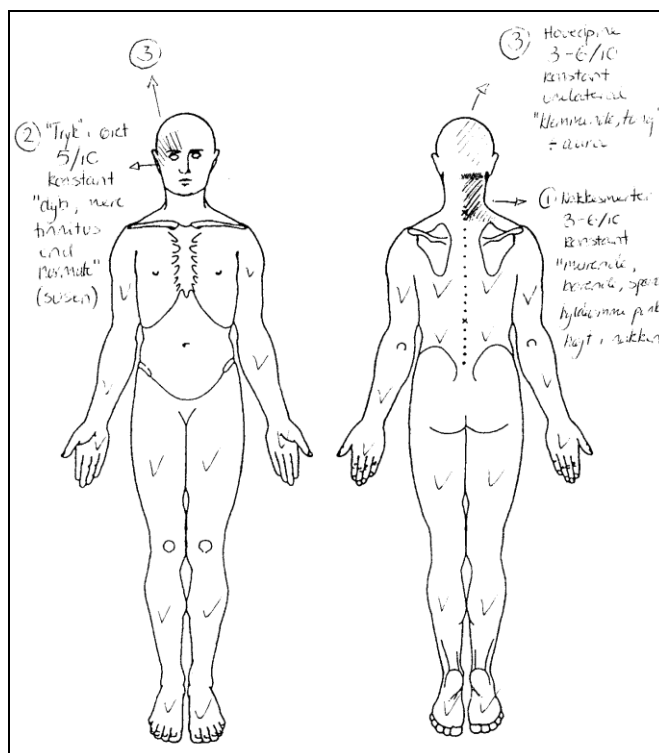


Fig. 2. Kropsbillede af pt



Forværrende faktorer:

① nakkesmerterne +③ hvp: Sidde foran computeren mere end 5 min (4-5/10), pt mener hun falder sammen i ryggen her. Dreje hovedet til (H), især under bilkørsel 6/10 (NRS) (pt-stjernetegn). Den manglende bevægelse og smerterne gør, at pt er stoppet med at køre længere ture i bil fx turen til kæresten. Smerterne falder til ro efter et par min. til 3/10 (NRS). At kigge op fx når hun skal åbne de øverste skabslåger i køkkenet (pt er ca. 1,55 cm høj) (pt-stjernetegn). Pt angiver her 6/10 (NRS), falder til 3/10 efter et par min.

② "Tryk ind i øret": Pt kan ikke angive denne.

Lindrende faktorer:

①+③: Pt har en god lænestol, hvor hun tidl. fandt ro i nakken, men de seneste 3-4 dage har det været svært at få symptomerne til at falde til ro.

②: Pt kan ikke angive denne.

Døgnrytme: Ingen forskel i døgnnet. Hun sover om natten, men mærker smerterne så snart hun vågner, når hun skal på toilet. Hun har i et par år været på toilet to gange om natten, og dette er der ingen ændringer i. Hun synes ikke hun vågner pga. smerterne.

Specielle spørgsmål

Pt fortæller, at man for 16 år siden fandt kræft i en hævet lymfekirtel på hendes hals, men man fandt ikke ud af, hvor kræften stammede fra. Hun blev behandlet med 32 strålebehandlinger i området horisontalt fra øjnene til kravebenene. Som konsekvens heraf blev pt brændt og dørjer i dag med ødelagte tænder, spiserør samt ører. Hun har siden canceren fået dræn i ørene mere end 10 gange. Hun er tør i munden og mangler spyt. Det føles *ikke* som en klump i halsen, har *ikke* stikken eller prikken i tungen, *ingen fejltale*. Hun fortæller, at spiserøret pga. stråleskade mangler elasticitet, hvorved hun kan have besvær med at synke maden. Disse gener har været uændret de seneste 4 uger. *Intet* besvær ved tygning, mundåbning eller -lukning. Pt gik til kontrol et par år efter canceren var færdigbehandlet, men disse påvirkede hende så meget psykisk, at man valgte, at egen læge skulle overtage. Pt har siden da én gang årligt været til kontrol hos egen læge. Dette er pt glad for.

I de sidste 4 uger har pt haft kvalme, nedsat appetit, følt sig utilpas og tabt sig 2½ kg (nu 45 kg, 155 cm) (pt-stjernetegn). Pt fortæller, at hun siden cancerforløbet har været tynd. Desuden blev hun efter cancerforløbet ikke-ryger. Ingen blære- eller afføringsforstyrrelser, ingen problemer når hun nyser. Ingen parastesier i ekstremiteterne eller hovedet, ingen gangforstyrrelser, ingen fornemmelse af at "gå på vat". Ingen synsforstyrrelser, svimmelhed eller drop attacks, nystagmus, numbness. Ingen feber.

Parakliniske data og medicin

Us fra sommer 2009 viste slidgigt i nakken. Er testet negativ for osteoporose. Blodprøver inden for de seneste 14 dage har ikke vist noget. Pt kender ikke til us for diabetes. NSAID gennem 1 uge (ibuprofen 600 mg 3 x dgl. + pamol) (pt-stjernetegn). Medicinen tager toppen af generne. Netop færdig med "Zitromax". "Eltroxin" pga. strumaoperation for 18 år siden med forhøjet stofskifte, hvor hele skjoldbruskkirtlen blev fjernet.



Tidligere episoder

Pt har 5-7 gange tidl. haft lignende symptomer, men intensiteten er denne gang stærkere. Sidste episode for tre mdr. siden, der varede en måneds tid. Hun har tidl. fået "massage" hos anden fysioterapeut med god kortvarig effekt. Ingen behandling i denne omgang.

Pt's egen forståelse og forventninger

Pt er frustreret over smerterne og har været til ørelæge, fordi hun mente hun igen skulle have dræn i øret. Ørelægen afviste dette, tilbagesendte pt til egen læge med opfordring om fysioterapi. Pt har spekulationer om symptomerne kan stamme fra influenza A eller, at der kan være noget andet galt. Hun fortæller om angst for igen at få kræft. Pga. den tidl. cancer er hun blevet vaccineret mod influenza hvert år siden og nu også blevet vaccineret mod influenza A for 4 uger siden, da nakkesmerterne startede. Pt forventer at få en afklaring på, hvorvidt problemet stammer fra nakken. Hun synes, hun har haft smerter og sygemeldinger så mange gange nu, og er bange for, at det bare fortsætter. Hun mener, at hendes siddende dårlige holdning, hvor hun falder sammen i ryggen, kan være medvirkende til problemerne. Denne holdning er forværret nu, hvor hun har ondt. Hun tilføjer, at hun har søgt på nettet for at finde mulige årsager til "problemet". Hun bliver trist og rastløs af at gå derhjemme, og hun mangler de ugentlige timer sammen med børnebørnene.

Observationer: Pt har liv i øjnene, klar i blikket, pigmentskader i ansigtet og på halsen.

Klinisk ræsonnering efter anamnese

Diagnostiske overvejelser

Kontraindikationer og røde flag

Pt's læge kontaktes for afklaring af røde flag. Det er relevant med blodprøver for at udelukke inflammation og rtg. af Cx. Er pt us for Diabetes 1 med symptomer som tørst og hyppig vandladning? Pt vurderes som **SIN: + Severity** pga. konstante smerter, pt har måttet stoppe længere køreture. – **Irritability**, da smerterne umiddelbart falder til ro efter et par min.

+ Nature, se senere "*Vedligeholdende psykosociale faktorer*".

Tilstedeværende symptomer på **malignitet**: Almensymptomer er til stede, dog ser almentilstanden i øvrigt god ud. Hypotese om hjernetumor er til stede pga. hvp, dog *ikke* pludselig opstået, synet er *ikke* påvirket.

Overvejelser om **Struma**: Da hele skjoldbruskkirtlen er fjernet kan den *ikke* være årsag til vægttabet. Heller ingen hævelse i området, hvilket afkræfter ny problematik.

Overvejelser om **medicinforbrug**: Langvarig brug af NSAID kan give osteoporose, *ikke* tilfældet. Vaccine mod Influenza A kan ikke give symptomer mere end få dage, hvorfor dette afkræftes. Zitromax har hun angiveligt fået pga. mellemøreinfektion.

Tilstedeværende symptomer på **Arteritis temporalis**: Flest kvinder over 50 år, almensymptomer og unilateral tindinge-hvp. Dog *ingen* synsforstyrrelser og hypotesen neddysses (www.sundhedsguiden.dk, Arteritis temporalis, Præstekjær-Andersen, 2006).

Tilstedeværende symptomer på **Cervical arterial dysfunktion**: Herunder *a.carotis internus*: Tinnitus, hvp, og tryk i øret. Dog *ikke* synsforstyrrelser. *Vertebrobasilar insufficiens*



(VBI): Pt har synkebesvær; dog *ikke* svimmelhed, dobbeltsyn, talebesvær, drop attacks (www.muskuloskeletal.dk, Cervikale sikkerhedstest – nye anbefalinger, Josefsen, 2007).

Symptomer på **Ligamentær instabilitet (LI)**: Pt er i risikogruppe for LI pga. mellemøreinfektion. *Ingen* medullære påvirkninger, traumer, ansigtspareser.

Symptomer på **discusprolaps**: Konstante smerter, dog *ikke* i ekstremiteter. *Ingen* blæreforstyrrelser. Da pt angiver de to natlige toiletbesøg virker hun sikker, og dette vurderes ikke-patologisk. Hypotesen neddysses.

Symptomgivende strukturer

Nakkesmerterne ① kan tyde på diskogen/og eller facetledspåvirkning fra dermatom C3-T2, somatisk refererede smerter fra apofyseleddene C3-C5. Hvp ② kan være somatisk refererede fra C0-2. ①+② kan stamme fra nedsat NMK. Aktive TrP i SCM og mm. suboccipitales, dog tyder det ikke på påvirkning af n.trigeminus. TrP er ofte sekundære til artikulære dysfunktioner (Travell og Simons 1983), hvorved disse ikke er første prioritet. Hvp kan stamme fra TMJ-dysfunktion både pga. FHP og ødelagte tænder og øre fra stråleskade. I henhold til differentieringen af hvp står hypotesen om dominans af cervikogen hvp stærkest, da 7 ud af de 7 kriterier er opfyldt jvf. Baggrund. Vedr. migræne er kun 3 ud af 5 kriterier opfyldt og desuden er der ingen aura, hvilket nedtoner denne hypotese.

Smertemekanismer

Pt angiver konstante smerter, men der er uvished om dominans af kemisk eller mekanisk smerte. Hvp og nakken lader sig mekanisk påvirke, men er også kemisk påvirkede, idet NSAID har vis effekt. I forhold til hypotesen om cervikogen hvp kan der være somatisk refererede smerter fra C0-3. Desuden central neurogen smertemekanisme, da smerterne har været til stede i 4 uger og derved en øget central påvirkning i form af mekanisk nociceptiv hyperalgesi og sensibilisering af nervevævet.

Vedligeholdende biomekaniske faktorer

Artroseforandringerne og pt's udsagn om dårlig kropsholdning. Desuden er det en vedligeholdende faktor, at pt tidl. har haft nakkesmerter (Jull et al 2008).

Narrative overvejelser

Patientperspektivet, aktivitet og deltagelse

På den ene side er pt opsøgende via info på nettet. På den anden side giver hun udtryk for en forståelse af fysioterapi som "pt-passiv". Denne dobbelthed gør, at prioriteringen er afklaring vedr. røde flag og dernæst aktiv pt-inddragelse. Pt's begrænsninger er bl.a. sygemeldingen, manglende samvær med børnebørn og bilkørsel.

Vedligeholdende psykosociale faktorer

Kroppen husker de oplevelser, den har været udsat for, hvorved cancer-pt'er har øget opmærksomhed på signaler fra kroppen (Wackerhausen 2008). Dette er for pt nok især tilfældet pga. det anatomiske sammenfald mellem lokalisation af den tidl. cancer og de nuværende problemer. At pt er frustreret, bekymret, bange, trist, rastløs, føler sig alene kan



være med til at fastholde problemet og øge smerteoplevelsen. Jobtilfredshed er en vedligeholdende faktor, der jvf. Baggrund er den største risikofaktor for nakkesmerter.

Behandlingsovervejelser

Håndtering, undervisning, rådgivning, samarbejde, interaktion

Da pt vurderes som SIN-pt er valget primært hands off, hvilket støttes i målet at få hende til at tage ansvar. Antallet af test minimeres, og håndteringen er nænsom. Passive bevægelser føres kun til det sted i bevægebanen, hvor symptomerne provokeres. Der vil der være fokus på at dæmpe angst gennem tryk kommunikation.

Prognose og etik

Tidl. recidiv øger risikoen for, at pt igen vil få smerter. ÖMPSQ vil angive mere om prognose. Det tilstræbes, at pt hele tiden er det centrale omdrejningspunkt. Når der tages kontakt til lægen, informeres pt herom før og efter, så hun hele tiden føler sig grundigt informeret.

Arbejdshypoteser og plan for os

1. Røde flag: Samtale med læge + kliniske sikkerhedstests. Pt testes for LI og VBI. VBI testes i forb. med rotation i funktions-us i henhold til vurderingen af pt som SIN. Der foretages en neurologisk us (Hoppenfeld 1976), og som en del af denne testes Babinski-reflekser. Desuden testes L´Hermitte for at af/bekræfte hypoteser om Cx prolaps, Cx tumor. Percussion og "heal drop" us for hypotese om malignitet. For at holde det opgavetekniske overblik er us af de røde flag placeret samlet i rapporten.

2. Vedligeholdende psykosociale faktorer: Screenes ved ÖMPSQ og herudfra en samtale for at afklare pt's indstilling til jobbet, sine smerter, sin måde at reagere på og tro på femtiden. Derudover anvendes Watson og Kendalls (2000) 7 punkter *ABCDEFW*. Tp sigter læring af hensigtsmæssig adfærd ved brug af pacing (Rechter og Nielsen 2009).

3. Den vedligeholdende biomekaniske faktor, FHP: Inspektion prioriteres i siddende stilling.

4. Cervicalt derangement: Høj-Cx derangement med retningspræference fleksion eller lav-Cx derangement med retningspræference ekstension. Us laves begrænset pga. SIN, med gentagne retraktioner ad modum McKenzie (1990).

5. Facetleds dysfunktion med inflammation: Ud fra smerteområdet kan der være tale om høj/og eller lavcervicale dysfunktioner. Der foretages funktions-us af Cx, hvor rotation og ekstension prioriteres. Ved vurderingen af rotationen som tp-stjernetegn placerer tp 2. og 3. finger på pt's clavícula anteriort der, hvor den er mest konkav, se pilen på Fig.3. (Netter 2000) og pt angiver hvor meget af tp´s hånd, der kan ses.

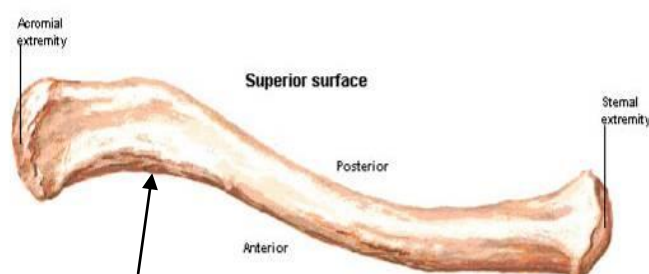


Fig. 3. (H) clavícula



6. Inhibering af de dybe cervicale fleksorer: Us via CCFT.

7. Aktive TrP: SCM og mm. suboccipitales.

8. TMJ-dysfunktion: Pga. tp's begrænsede erfaring med behandling af kæbeled, foretages en funktionel screening. Ved positive fund videregives pt til erfaren kollega indenfor området.

Telefonisk samtale med læge

25. november 2009

Alle blodprøver er fortaget, *ingen* tegn på inflammation eller malignitet. Pt har ikke Diabetes. Lægen giver udtryk for, at alle nødvendige us er foretaget og "faresignaler" tjekket. Han afviser hypotese om arteritis temporalis, cervical arterial dysfunktion eller discusprolaps. Rtg. fra efteråret 2009 viser discusdegeneration C4/5 og unkovertebraal artrose. Mht. trykket i øret, så aftales det, at pt tilbagesendes, hvis det ikke er faldet inden for en uge.

2. Konsultation – undersøgelse

25. november 2009

Pt informeres om svarene fra samtalen med egen læge, og hun virker lettet og fortæller, at det gør hende tryk. Baselinesymptomer: ① 4/10, ② 5/10, ③ 4/10. Ingen ændringer.

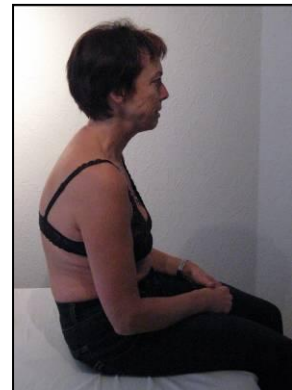
Røde flag: Ingen af de planlagte us var positive.

ÖMPSQ: "Skemaet udfyldes for at give os informationer som hjælper os til at forstå dine smerter bedre, og som supplement til undersøgelsen giver skemaet et helhedsbillede af din nuværende situation." 100 point/ mellem risiko for udvikling af kronicitet. Spg.15: "Hvis du samlet vurderer dine arbejdsopgaver, ledelsen, løn, udviklingsmuligheder og arbejdskolleger, hvor tilfreds er du så med dit arbejde?" Her angav pt 0/10 dvs. IKKE TILFREDS.

Holdningsinspektion

Nedsat lumbal lordose, øget thoracal kyfose, protraherede skuldre, (H) scapula eleveret og abduceret, "tantepukkel" i den cervikothorakale overgang, protraheret hoved – FHP. Tydelig aftegning af SCM bilateral.

Pt angiver, at hun har tendens til at sidde sådan på arbejde og i det hele taget, især nu hvor hun har ondt.



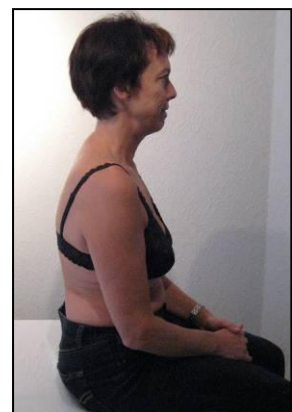
Holdningskorrektur

Pt retter sig op fra Lx med let manuel fascilitering:

① 6/10, ② 5/10, ③ 6/10. Pt fornemmer, "at der er noget, der er for kort, der bliver strakt højt i nakken", "det føles ikke godt".

Efter test: ① 4/10, ② 5/10, ③ 4/10.

Pt informeres om, at hvis denne kropsholdningen er en vaneholdning, så er de høje nakkemusklere konstant forkortede, og herved kommer denne følelse af stramhed, når ryggen bliver rettet op og musklerne forlænget. Det er godt at være i denne holdning selvom det strækker.





Funktions-us Cx

Baseline smerter: ① 4/10, ② 5/10, ③ 4/10

Cx rotation (V): Hele tp's hånd kan ses, bevægeligheden vurderes fuld.

Cx rotation (H): Pt kan se tp's fingerspidser (tp-stjernetegn), vurderes moderat nedsat, PDM med P1: ① 6/10, ② 5/10, ③ 6/10.

Ved let tp-overpres fortsættes bevægelsen en smule, 4 - - sammenfaldende med P1.

Efter test: ① 4/10, ② 5/10, ③ 4/10

Cx retraktion: Med let tp-overpres 4- -. ① 6/10, ② 5/10, ③ 6/10.

Test af 7 x Cx retraktion (aktivt): sidste udføres under øgede smerter.

Efter test: ① 4/10, ② 5/10, ③ 4/10.

Retest af rotation (H): Bedre. Pt kan se halvdelen tp's fingerlængde

Cx ekstension: Vurderes moderat nedsat både da pt laver den spontan, hvor det sker høj-Cx og leddet aktivt, med let retraktion + ekstension. ① 6/10, ② 5/10, ③ 6/10.

Efter ekstension har pt især svært ved at komme tilbage til neutralstilling.

Efter test: Smerten efter ekstension falder ikke umiddelbart til ro. Us stoppes for i dag.



Instruktion i Cx retraktion som hjemmeøvelse:

Siddende retraktion med Lx og Tx i alignment. Pt laver retraktion indtil P1 og slipper langsomt. Gentages x 7 hver 2.-3. time. Skal stoppe hvis symptomerne ikke falder til ro ca. 15 efter øvelsen. Brug rotationen som indikator for, at den øgede bevægelse bibeholdes.

Efter instruktion er pt's smerter fortsat ① 6/10, ② 5/10, ③ 6/10.

Retest af rotation (H): pt kan fortsat se halvdelen tp's fingerlængde.

Pt inddrages i de opstillede hypoteser. Info til pt: "Det er fint, at du tidligere er blevet løsnat ved fysioterapeut. Det er dog min erfaring at forløb, hvor man er aktiv giver et positivt udfald. Derfor vil du undervejs få hjemmeøvelser og blive aktiv medspiller, da dine ønsker og mål er i højsædet for forløbet". Pt angiver sit mål om *ikke i så høj grad få recidiv som hun har været vant til*. Hun informeres om, at dette kræver aktiv indsats. Pt er motiveret og den fælles målsætning er aftalt.

Klinisk ræsonnering efter 2. konsultation

Grundet kategoriseringen af pt som SIN blev kun ovenstående del af us foretaget. Ved ekstension viste det sig, at der er større Irritabilitet end forventet.

1. Røde flag Ingen af testene er positive. Dog er reliabiliteten af disse tests lav (www.muskuloskeletal.dk, Cervikale sikkerhedstest – nye anbefalinger, Josefsen, 2007). VBI kan ikke reelt vurderes pga. nedsat rotation, og det afventes at se, hvorledes pt responderer på den fortsatte us. Smerterne er stadig konstante, hvilket fortsat holder hypotesen "åben".

2. Vedligeholdende psykosociale faktorer Hypotesen bekræftes ved *mellem risiko*.

3. Den vedligeholdende biomekaniske faktor, FHP: Denne bekræftes. Det er muligt at korrigere holdningen, men her påvirkes nakkesmerterne. Det ser ud til at pt's holdning er



vane gennem længere tid. De højCx strukturer bliver det strakt ved reaktion med formålet at opnå høj-Cx fleksion og lav Cx ekstension. Scapulas stilling fraprioriteres i første omgang.

4.Cervicalt derangement Retraktionen blev brugt som hjemmeøvelse, da pt selv kunne skabe større rotation ved reaktioner. Dette gik fint i spænd med den pt-aktiverende strategi. Der blev valgt 7 gentagelser, da pt angav smerteforværring ved flere gentagelser.

5.Facetledsdysfunktion med inflammation Ved nedsat rotation og ekstension forstærkes hypotesen om høj-Cx facetledsdysfunktion, hvilket også stemmer overens med ét af kriterierne for cervikogen hvp. Dette leder frem til palpations-us af Cx, hvor C0-C3 prioriteres grundet vurderingen af SIN. Inflammationen slører fortsat billedet.

6.Inhibering af de dybe cervicale fleksorer Hypotesen forstærkes, idet pt ved ekstension har svært ved at komme tilbage til neutralstilling.

7.Aktive TrP

8.TMJ-dysfunktion

Plan: Hvis pt har det bedre: palpation høj Cx + CCFT. Palpation udføres med pt rygliggende, så der er mulighed for god kommunikation. Hvis ingen ændring: CCFT og revurdere reaktionen mht. dosering og kvalitet. Hvis pt har det værre: Revurdere reaktionen.

3. Konsultation – Undersøgelse

27.november 2009

Pt fortæller, at hun har det bedre. Hun vågnede i nat uden smerter. Hun ved ikke, hvad der er sket, men hun føler sig ikke mere så bange for, hvad der er galt. Hun tror hun selv vha. øvelserne kan gøre en forskel. Hun har lavet dem som anvist. Hun virker overrasket over effekten og meget glad. Pt viser reaktionen med større bevægeudslag og korrekt udførelse.

Baselinesymptomer: ① 2/10, ② 3/10, ③ 2/10.

Pt-stjernetegn:

- ① + ③: Hun har nemmere ved at dreje hovedet til (H) 3/10 under bilkørsel og kørte i går aftes for første gang til kæresten. Hun har stadig smerter når hun skal åbne de øverste skabslåger 6/10.
- Vægttab på 2½ kg: Pt har ikke vejet sig. Bedre appetit.
- NSAID. Samme brug som sidst.

Tp-stjernetegn:

- Rotation til (H): nu kan pt se op til tp´s håndled.

Palpation C0-C3

Pt rygliggende. C1 og C2 findes palpationsømt 4- (kendt P). ① 3/10, ② 3/10, ③ 3/10. Der findes let fortykkelse sv.t. apofyseleddenes ledkapsler især (H). Pt mærker ikke smerteforværring i øret, men angiver en "forbindelse op til øret". Ingen palpationsfund eller smertesvar ved palpation af C3. Ved palpation er pt's smerter steget med en smule i NRS. Dog testes videre da det kun er 1 på NRS.

Efter test: ① 2/10, ② 3/10, ③ 2/10. Retest af rotation (H): ingen ændring



CCFT

Baseline: ① 2/10, ② 3/10, ③ 2/10. Tp-stjernetegn: rotation til (H) til tp's håndled.

Instruktion jvf. "Metodeafsnit". Ved første forsøg udførte pt protraktion af Cx med løft af hovedet fra lejet. Instruktionen blev gentaget og testen blev udført som anvist.

20-22 mmHg: ok. Ved sidste sek. af de 10 sek. registreredes muskeltremor. Dette skete i SCM, bilat.

22-24 mmHg: ikke testet pga. ovenstående resultat.

Efter test: Let forøgelse af smerter ① 3/10, ② 3/10, ③ 3/10.

Retest af rotation (H): ingen ændring. Ligger 2 min og smerterne falder tilbage til baseline.



Pt foreslår selv, at hun fortsætter med retraktion henover forestående weekend med samme hyppighed og interval. Hun låner Biofeedback pressure med hjem og instrueres i 10x10 sek 1x dagligt uden brug af SCM, som hun er instrueret i at palpere. Øvelserne laves, så hun kan restituere efterfølgende. Stop hvis NRS stiger eller hun udtrættes. Test rotationen før – efter.

Klinisk ræsonnering efter 3. konsultation

På trods af, at **Severity** er faldet, så er der fortsat **Nature**. Pt vurderes + SIN.

1. Røde flag Smerterne er nu intermitterende, og hypotesen neddysses lidt. Dog er der stadig opmærksomhed på almensymptomer og VBI.

2. Vedligeholdende psykosociale faktorer Pt's angst for cancer er neddysseset og kan have betydning for den mindskede smerteoplevelse fra 2. til 3. konsultation.

3. Den vedligeholdende biomekaniske faktor, FHP:

4. Cervicalt derangement Retraktion giver midrange ekstension lav-Cx og endrange fleksion høj-Cx. Det tyder på, at det høj-Cx problem er større end det lav-Cx. Discogen problematik ses sjældent høj-Cx, hvorfor hypotesen om 5. facetledsdysfunktion står stærkere og denne afkræftes. Desuden bekræftes dette af tilstedeværelsen af cervikogen hvp.

5. Facetledsdysfunktion med inflammation Palpabel dysfunktion C1-2, hvilket sammenholdt med funktions-us bekræfter tilstedeværelsen af højresidig høj-Cx facetledsdysfunktion, hvorfor PAIVM og PPIVM introduceres for at øge mobiliteten. Anterior-posterior (AP) retning afprøves, for at modvirke den høj-Cx hyperekstensen. Da pt er i risikogruppe for LI er pt varsom ved mobiliseringen. Inflammationen er dæmpet, så pt bør stoppe brug af NSAID.

6. Inhibering af de dybe cervicale fleksorer CCFT er positiv, og hypotesen bekræftes. På trods af anbefalet træning 2xdagligt startes med 1x for at sikre, at smerterne ikke stiger.

7. Aktive TrP

8. TMJ-dysfunktion

Opsummeret bekræftes hypotesen om cervikogen hvp, da følgende er til stede:

1 Nedsat aktiv bevægeudslag, 2 Palpabel dysfunktion høj Cx, 3 Ændret muskelfunktion.

Plan: Hvis pt har det bedre: Stop brug af NSAID, PAIVM, fortsæt hjemmeøvelser. Hvis ingen ændring: Stop brug af NSAID, juster CCF, us TrP og TMJ. Hvis pt har det værre: TrP og TMJ.



4.konsultation – behandling

1.december 2009

Pt er fortsat i bedring og er startet på arbejde. Pt's tinnitus er igen på stadie med det vante. Retraktionen er kun blevet lavet 3 x dagligt mod anviste hver 2.-3. time. Tjekkes for korrekt udførelse og sættes efter pt's ønske ned til 2 x dagligt. Dog øges antal gentagelser fra 7 til 10. Hun angiver, at hun tydeligt kan mærke forskel på de to bevægelser, retraction og CCF. Sidstnævnte er udført som anvist og laves fremover sammen med retractionen 2 x dagligt. Baselinesymptomer: ① 2/10, ② 2/10, ③ 2/10.

Pt-stjernetegn:

- ① + ③: Hun har nemmere ved at dreje hovedet til (H) 3/10 og kører nu bil uden de store problemer. Hun kan nemmere kigge op i forb. med at åbne de øverste skabslåger i køkkenet, men smerten er den samme 6/10.
- Pt forklares om effekt af NSAID og det aftales, at pt stopper brug af medicin.

Tp-stjernetegn:

- Rotation til (H): Som sidst kan pt se op til tp's håndled.

PAIVM C1-2 (AP)

Baselinesymptomer: ① 2/10, ② 2/10, ③ 2/10. Rotation til (H): Pt kan se op til tp's håndled. Moderat nedsat ekstension. Pt rygliggende med lille pude, da pt ligger med Cx ekstension pga. stor Tx kyfose. Der ligger an anteriort for SCM. Langsomme, jævne oscillerende tryk med lille amplitude (MF-Kompendium).

↗ AP C1 (H) 4 - -: kendt ② 2/10, smerte bygges ikke op.
Gentages x 10.

↗ AP C2 (H) 4 - -: Samme som ovenfor, pt mærker ikke forskel.
Efter test: Bedre: ① 2/10, ② 0/10, ③ 2/10. "Tryk" i øret er væk.
Rotation til (H) og ekstension: uændret.



PPIVM C1-2 ("Cradle hold")

Baselinesymptomer: ① 2/10, ② 0/10, ③ 2/10. Rotation til (H): Pt kan se op til tp's håndled.



Moderat nedsat ekstension. Tp holder pt's hoved, så proc. articularis kan palperes med 3. finger. Den specifikke mobilisering i C1-2 bevægelsessegmentet kombineres af fleksion, lateral fleksion til (V), rotation til (H) som primær komponent. Komponenterne bygges her op til P1. Teknikken udføres i det smertefrie område med størst mulig amplitude og efterhånden forsigtig progrediering ind i modstandszonen. Teknikken udføres langsomt, roligt og jævnt i kort tid (Maitland et al 2001). Her mobiliseres x 15.

Efter test: umiddelbart ingen ændring i P: ① 2/10, ② 0/10, ③ 2/10.

Tp-stjernetegn: rotation til (H) og ekstension: uændret.

Klinisk ræsonnering efter 4. konsultation

Selvom doseringen af hjemmeøvelserne ikke stemmer overens med det anbefalede, tages der højde for pt's ønsker. Det vurderes som succes, at pt laver øvelser, hvor hun aldrig tidl. har gjort dette. Herved tager pt medansvar.



1. Røde flag Intet tyder på VBI. Dog er hypotesen fortsat åben, da pt er tidl. cancer-pt.
2. Vedligeholdende psykosociale faktorer
3. Den vedligeholdende biomekaniske faktor, FHP
4. Facetledsdisfunktion AP på C1-2 tyder på sammenhæng med trykket øret, da disse smerter er 0/10 efter mobiliseringen. Da "Cradle hold" umiddelbart ikke har spontan effekt på smerte eller mobilitet, øges graden og gentagelser.
5. Inhibering af de dybe cervicale fleksorer
6. Aktive TrP:
7. TMJ-dysfunktion:

Plan: For udredning af pt's problematik mangles us af TrP og TMJ.

5.konsultation – behandling

4.december 2009

Baselinesymptomer: ① 1/10, ② 0/10, ③ 1/10. Har ikke haft trykket i (H) øre siden sidst.

Pt-stjernetegn:

- ① + ③: Hun falder stadig sammen når hun sidder ved computer over 5 min P 2/10. Hun har nemmere ved at dreje hovedet til (H) 2/10. Hun kan nu næsten frit kigge op i forb. med at åbne de øverste skabslåger i køkkenet 1/10.
- Pt er tilbage til sin normalvægt.
- Ingen problemer efter endt brug af NSAID.

Tp-stjernetegn:

- Rotation til (H): Pt kan se op til tp's albue. Sammenlignes med (V). Også til albue.

Us af TrP

mm.suboccipitales: Musklene findes ømme, ellers i.a.

SCM: Her findes aktive TrP sv.t. ③ 5/10 hvp. (H). Efter inhibition: ① 1/10, ② 0/10, ③ 1/10.

Området sv.t. den beskrevne lokalisation for TrP i SCM (Travell og Simons 1983), se Fig.4. nedenfor. Desuden latente TrP i SCM (V) side:

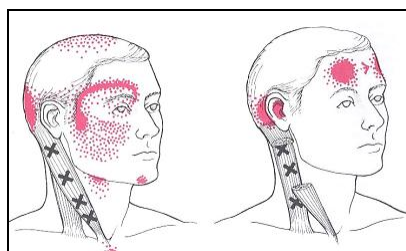


Fig.4. TrP i SCM

Us af TMJ

Bevægeudslag: åbne (5 cm) "klik" kommer sent, pt kender "klik-lyden", men undgår den ved at mindske åbningen af munden. Lukke, protraktion, retraktion og sideglidning: i.a.

Palpation af led: Ved palpation af TMJ findes "klik-lyden" i (V) side.

Palpation af muskler: m.temporalis, m.pterygoideus medialis findes ømme. Ingen aktive TrP.

M.masseter: Her findes aktive TrP sv.t. ② 3/10 "tryk i øret" i (H) side. m.masseter (V): i.a.

Efter inhibition af TrP: ① 1/10, ② 0/10, ③ 1/10. Pt føler sig ør og træt.

Området svarer til den beskrevne lokalisation for TrP i m.masseter (Travell og Simons 1983), se Fig.5. s.23.

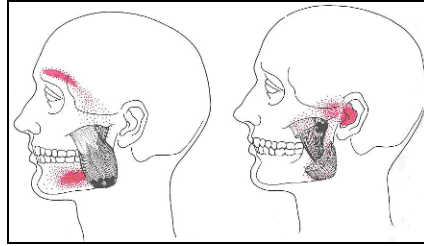


Fig.5. TrP i m.masseter

Klinisk ræsonnering efter 5. konsultation

1. Røde flag

2. Vedligeholdende psykosociale faktorer

3. Den vedligeholdende biomekaniske faktor, FHP Pt har nu øget mobilitet høj-Cx så hun kan korrigerer Cx, men holdningskorrektion prioriteres fortsat. Desuden kan hyperfleksionen cervikothorakalt fortsat være vedligeholdende, hvorfor siddende mobilisering cervikothorakalt anvendes – Mulligan Reverse NAGS (Natural Apophysial GlideS) (Wiljem 2009).

4. Facetledsdyfunktion

5. Inhibering af de dybe cervicale fleksorer

6. Inhibering af de dybe cervicale ekstensorer Ny hypotese. Pt er godt i gang med træning af CCF og som progression øges trykket. For yderligere progression inddrages m.semispinalis og m.multifidi. Disse benævnes samlet *de dybe cervicale ekstensorer*, og står sammen med de omtalte *dybe cervicale fleksorer* for den cervicale stabilitet. Musklene reagerer ved smerte og dysfunktion også med inhibering (Lee et al 2007).

7. Aktive TrP: SCM og m.masseter

8. TMJ-dysfunktion Denne hypotese bekræftes. Mundåbningen er stor nok, men "klik" sent i bevægelsen kan tyde på anteriort stillet discus, hvor det posteriore ligament er spændt (Makofsky 2000). Da pt er i bedring afventes der med at sende pt videre til kollega.

Plan: Fortsat holdningskorrektion, mobilisering af den cervikothorakale overgang, test af de dybe cervicale ekstensorer, samtale ud fra ÖMPSQ og ABCDEFW.

6.konsultation

8.december 2009

Baselinesymptomer: ① 1/10, ② 0/10, ③ 1/10. Rotation til (H) og ekstension: Fri og fuld.

Holdningskorrektion: "Hav fornemmelsen at du skal stritte med bagdel i siddende, hvorved du øger dit lændesvaj". Korrektionen må ikke være for kraftig, da en spænding på 25% af MVC skaber optimal stabilitet. Pt kan finde stillingen, men bliver træt i ryggen efter 3 min. Øvelsen overføres til selvtræning 10 x 5 sek. 2 x dagligt.

Siddende mobilisering cervikothorakalt – Mulligan Reverse Nags

Tp laver lille Cx traktion, hvorefter der laves en mobilisering i apofyseleddenes retning, hvorved glidebevægelse sker segmentært.

C6-TH2: Over alle segmenter findes øget stivhed, især C7 som palperes fortykket. R1 før P1, 4 - -, x15 over hvert segment.





Efter test: Find tilbage i stillingen for holdningskorrektion. Ingen ændring mærkes umiddelbart.

Test af de dybe cervicale ekstensorer

Disse testes fra knæfirestående, hvor pt bliver instrueret i at "holde hovedet i forlængelse af rygsøjlen", tp støtter let C2:

1.Test: Pt forestiller sig en omdrejningsakse gennem ørerne, og laver en lille nikkebevægelse uden tab af hagen.

2.Test: Pt forestiller sig en lige akse gennem rygsøjle, hvorfra der laves en lille rotation i øvre del af nakken (sig nej), højst 30 gr., uden tab af hagen.

Test 1 og 2 positive ved medbevægelse i resten af Cx. Pt dirrer omkring hagen ved Test 1 og 2 og der sker medbevægelse af Cx.

3.Test: Omdrejningsaksen ligger i "puklen" (C7), og heromkring føres hovedet op og ned imens øvre nakke holdes stabil. Testen positiv, hvis øvre Cx fiksatation tabes. Test 3 er positiv.



Samtale ud ÖMPSQ og ABCDEFW

Attitudes og Behaviours: Ved ÖMPSQ spg.10: "Med tanke på en gennemsnitlig dag, hvor store er dine muligheder så for at håndtere eller kontrollere dine smerter? 0 = ingen mulighed og 10 = kan kontrollere smerterne fuldstændigt." Pt angav 4, hvilket gav anledning til dialog omkring, hvilke aktiviteter, der var godt. Pt nævner en drøm om at svømme. Hun informeres om, at svømning kan medføre smerter pga. hyperekstension høj-Cx. Alligevel støttes hun i målet og instrueres i pacing-skemaet. De første gange finder hun sin aktuelle evne til at svømme en vis distance. Denne trækker hun 20% fra, som er startniveauet for træningen. Herfra kan distancen langsomt progredieres. **Compensation:** Pt er på arbejde igen, er aktiv derhjemme som hun plejer. **Diagnosis:** Pt har tidl. modtaget passiv behandling med god, kortvarig effekt. **Emotions:** Fear-avoidance, har brug for viden, rådgivning. **Family:** Kæresten er overbeskyttende, hvilket kan fastholde pt i smerterne (Toby et al 2001). **Work:** Pt synes ikke om sin chef, og mistrivsel kollegaerne indbyrdes. Der er kun få elementer af fysisk belastning. Pga. finanskrisen overvejer hun ikke at søge nyt job.

7.-12.konsultation

11.december 2009 til 19.januar 2010

Interventionen fortsatte med kombination af beskrevne. Henover julen 2009 var der fortsat stabilitet, hvorefter pt og tp aftalte at afslutte. Ved 12.konsultation var svaret på spg.10 nu 8. Pt gav udtryk for, at hun med pacing-skemaet kunne kontrollere smerterne. Hendes mål om "afklaring af problematikken" var løst. "Færre smerteepisoder i fremtiden" skulle vise sig. Pt blev informeret om mulighed for us af kæben af anden fysioterapeut, men pt takkede nej.

13. konsultation, "follow up"

23.februar2010

Pt holdt fast i sin træning de første tre uger. Herefter blev hun påvirket af den dårlige trivsel på arbejdspladsen, mistede modet på øvelserne og svømningen, og er nu "skudt tilbage" og har igen ondt. Alligevel ved hun nu, hvad der skal til og angiver, at hun ikke er bange.



RESULTATER

Der var i alt 13 konsultationer, som forløb fra 24.november 2009 til 19.januar 2010 med "follow up" 23. februar. Et overblik over konsultationerne og resultatmålingerne ses Bilag 8.

Numerisk Rangskala

Som det ses af Fig.6 blev smerten reduceret fra 4,3 til 1 efter 12. konsultation, men 5 uger efter var den steget til 3.

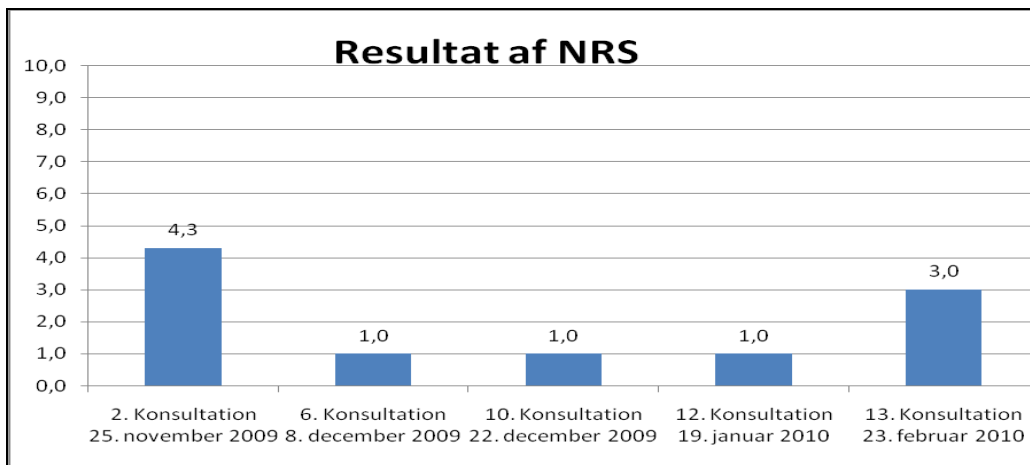


Fig. 6. Resultat af NRS. Viser udviklingen i pt's smerteintensitet fra 0-10.

Neck Disability Index

Som det ses fig.7 ændres funktionsnedsættelsen fra "stærk" ved 2. konsultation til "let" ved 6., 10. og 12. konsultation, men efter 5 uger var den steget til "moderat".

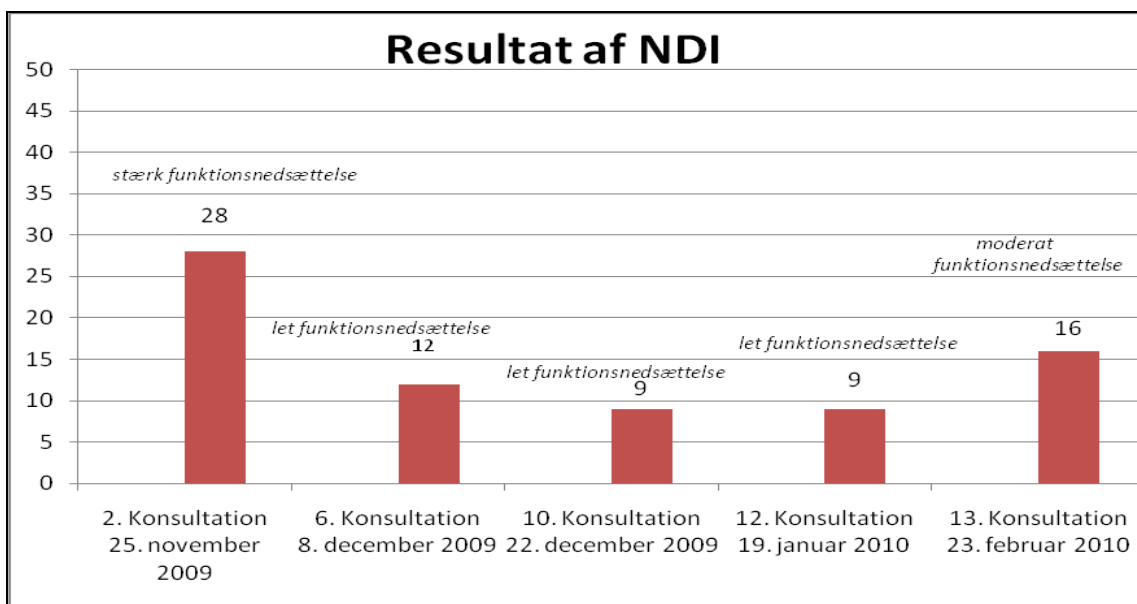


Fig.7. Resultat af NDI. Viser udviklingen i pt's funktionsnedsættelse.



Pt-kommentarer: Ved 2.konsultation forklarede pt, at smerterne påvirkede hendes evne til at klare sig i hverdagen, hvorimod dette ved 6.konsultation i langt mindre grad var tilfældet.

Cranio Cervical Fleksions Test

Resultaterne fra 3.-10.konsultation viser, hvordan progression i testen sker ved, at pt er i stand til at udføre bevægelsen ved øget tryk. Der sker ingen ændringer fra 10.-13.konsultation (Tabel 2).

Tabel 2. Resultat af CCFT. Viser ændringen i den craniocervicale fleksion via Biofeedback pressure.

CCFT	mm HG
3.konsultation 27.november 2009	20-22
6.konsultation 8.december 2009	24-26
10.konsultation 22.december 2009	26-28
12.konsultation 19.januar 2010	26-28
13.konsultation 23.februar 2010	26-28

Pt-kommentarer: Ved 10.konsultation er hun bedre til at holde hovedet uden hagen ryger frem, når hun sidder foran computeren.

Patient Specific Functional Scale

De fire selvvalgte aktiviteter ses Tabel 3.

Tabel 3. Resultat af PSFS. Viser ændringen i, hvor svært pt har ved at udføre nedenstående 4 aktiviteter, hvor 0=ingen vanskeligheder og 10=ude af stand til at gennemføre.

Aktivitet	2. Konsultation 25.november 2009	6. Konsultation 8.december 2009	10. Konsultation 22.december 2009	12. Konsultation 19.januar 2010	13. Konsultation 23.februar 2010
1. Arbejde i banken	9	4	3	3	4
2. Bilkørsel (dreje hoved til højre)	5	2	1	1	2
3. Sidde ved computeren hjemme	4	1	1	1	1
4. Åbne "høje" skabe (kigge op)	3	1	1	1	1

Pt-kommentarer: Ved 10., 12. og 13.konsultation angiver hun, at en medvirkende faktor til vanskelighederne med at klare 1."Arbejde i banken", er mistrivsel og dårligt arbejdsmiljø.

Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

Set over hele forløbet er der ingen ændring i risiko for udvikling af kronicitet (Tabel 4).

Tabel 4. Resultat af ÖMPSQ. Viser pt's ændring i risiko for udvikling af kronicitet.

Konsultation	Score	Risiko for udvikling af kronicitet
2.konsultation 25.november 2009	100	Mellem
12.konsultation 19.januar 2010	80	la v
13.konsultation 23.februar 2010	92	Mellem



DISKUSSION

Opsummering

En 50 årig kvinde med nakkesmerter og cervikogen hvp blev us og behandlet ud fra MF-konceptet. Smerteintensiteten blev reduceret fra 4.3 til 1 efter 12. konsultation, men 5 uger efter var den steget til 3. CCFT forbedredes i forløbet. Funktionsnedsættelsen ændredes fra "stærk" til "let" ved 12. konsultation, men efter 5 uger var den steget til "moderat". Over hele forløbet blev hun bedre i stand til at gennemføre fire selvvalgte aktiviteter, men den "mellem" risiko for udvikling af kronicitet ændredes ikke. Hun kom i perioden tilbage på arbejde. Et hjemmetræningsprogram samt ugentlig svømmetur blev implementeret.

Metodediskussion

Den valgte måling af Cx rotation ud fra referencepunkt på clavícula er ikke en reel målemetode, men anvendes i daglig praksis af tp, hvorfor den er valgt her. Dog er den hverken nøjagtig eller testet som målemetode, hvorfor sandhedsværdien er særdeles begrænset. *Range Of Motion* a.m. Clarkson og Gilewich (1989), er en testet og anerkendt måling til bevægelighed i Cx, og burde have været anvendt.

Hvad angår NDI, står denne evidensmæssigt stærkt og er anvendt i RCT-studier, som defineres som evidensniveau 1A (Howard 2008, Macdermid et al 2009). Dog kan resultaterne være påvirket af, at tp ikke tidl. har erfaring med målemetoden. På samme måde var tp's erfaring ved NRS med de tre spørgsmål begrænset. Derfor blev instruktionen ved første måling gjort med en vis usikkerhed, hvilket kan have påvirket pt's forståelse og deraf udfaldet. Anvendelse af NRS ved hver fjerde konsultation hænger godt sammen med denne pt, der har en vis grad af sensitiveret væv og central neurogene smerter, og hvis NRS med de tre spørgsmål var blevet anvendt igen og igen, var der større risiko for falsk-positive svar. I forløbet var det hensigten at holde fokus på pt's muligheder frem for begrænsninger, på aktivitet og deltagelse frem for smerter. Dette set i lyset af vurderingen som kronisk smerte-pt. Dette lykkedes ikke, idet smerteområderne ①, ②, ③ blev anvendt før og efter hver test. Us-mæssigt gav det god mening, men det resulterede i mere smertefokusering end tilsigtet. For pt virkede NRS dog logisk, og hun reagerede ikke negativt på det.

Scoren ved PSFS blev brugt omvendt for at gøre denne mest logisk sammenholdt med anvendelse af NRS, og dette antages ikke at have betydning for reliabiliteten af PSFS.

De dybe cervicale fleksorer testes som gruppe ved CCFT, og en egentlig differentiering mellem musklerne er derfor ikke muligt. Dog er det en troværdig test med høj grad af reliabilitet (Jull et al 2008). Tp er vant til at bruge denne test, havde forberedt sig godt og føler sig erfaren i testproceduren, hvilket havde betydning for sikkerheden og diagnosticeringen af pt i henhold til målingen og den videre træning. Alligevel oplevede tp et par gange i målesituationen usikkerhed om præcis, på hvilket interval testen var positiv. For at være helt sikker, blev testen gentaget, hvilket kan have utrættet muskulaturen og dermed påvirket resultaterne. Træningen med Biofeedback pressure, gør resultaterne målbare for pt, hvilket motiverer hende, og derfor passer denne intervention godt til en pt-type som hende.



Der blev screenet for psykosociale vedligeholdende faktorer bl.a. via ÖMPSQ. Retrospektivt ville det være oplagt i stedet at anvende Fear-avoidance Beliefs Questionnaire (Waddell et al 1993), da pt i starten reagerede med fear avoidance-adfærd ved at undgå aktiviteter ud fra frygten om, at smerte betød forværring af smerter. Ved at have benyttet denne målemetode kunne hendes problemer være identificeret bedre. Ved besvarelsen af ÖMPSQ udfyldte pt alle spørgsmål korrekt, hvilket øger graden af validitet. Dog tolkes resultaterne med forsigtighed og bruges ikke videnskabeligt, men mere som et redskab til dialog.

I us blev måling af alignment fravalgt. I henhold til FHP kunne det have været relevant at se, hvorvidt der kunne ses ændringer undervejs. På den anden side vurderes det ikke reliabel at måle alignment, idet der er stor sandsynlighed for, at pt korrigerer holdningen, fordi hun er ved "fysioterapeuten". En mulighed havde dog været at lade pt sidde to min, hvorefter et billede var blevet taget. Så havde tp reelt us, hvorvidt holdningen havde ændret sig undervejs. I forhold til holdningskorrektion kunne tapening med fordel have været brugt. Træningsmæssigt havde større fokus scapulastabiliserende træning været oplagt. I de opstillede hypoteser kunne nerveentrapment af n.occipitales major og n.suboccipitales have været relevant at us. Dog gav det ikke anledning til denne hypotese, da smerterne af karakter hverken var jagende eller pulserende som ved en perifer neurogen smerte. En alternativ vinkel på behandlingen af cervikogen hvp og FHP kunne have været fokus mere på nakke-øje koordination som foreslået i behandlingen (Childs et al 2008).

Resultatdiskussion

Idet pt's egne udsagn er registreret ved de forskellige målinger, er styrken ved case rapportens form blevet benyttet. Herved er resultaterne sigtet at være dækkende for hendes status. Det kan dog ikke af- eller bekræftes om de ændringer, der er sket skyldes behandlingen, hvorfor resultaterne *ikke* er lig effekten af interventionen.

Manuel mobilisering blev valgt som intervention, da studier viser, at det er effektivt til cervikogen hvp (Jull et al 1997). Ligeledes fandt Jull et al (2008) det effektivt at træne de dybe cervicale fleksorer mhp. NMK.

Forklaringen på den væsentlige bedring fra 2.-3.konsultation kan være flersidig. Hvis bedringen skyldtes retraktion, kan årsagen være udspænding af mm.suboccipitales eller høj-Cx derangement ad modum McKenzie med retningspræference i fleksion. Bedringen kan også være sket pga. effekt af NSAID. Sandsynligt ser det dog ud, at den grundige anamnese og samtale med lægen fik afklaret forholdene omkring røde flag. Dette kan have lettet og afklaret pt, og derved afmystificeret af de tanker, der har fyldt med angst for cancer.

Ved NDI viste der sig *over hele forløbet* fra 1.-13.konsultation at være en ændring på 12, hvilket angiver en forbedring i funktionsnedsættelsen med klinisk relevant forskel, da der her skal en ændring på minimum 5 point til (Howard 2008). Ved NRS var der *ikke* en klinisk relevant ændring, da der hertil skal være en ændring på minimum 3 (Coll et al 2004). Den samme ændring kræves ved PSFS. Her var der både ved 1.Arbejde i banken, 2.Bilkørsel, 3.Sidde ved computeren, en bedring i funktion med klinisk relevant forskel. Ved 4.Åbne



"høje" skabe, var der kun en ændring på 2 point, som ikke angiver en klinisk relevant forskel, men som pt selv fandt som en relevant ændring. Det ses i resultatafsnittet, at NRS og PSFS følger hinanden parallelt, hvilket bekræfter, hvordan smerteintensiteten falder samtidig med, at pt får lettere ved de valgte aktiviteter. Arbejdet er den aktivitet, der er sværest for hende. I samtalen omkring, hvilke ting på arbejdet, der er vanskelige for hende, vurderer tp, at det i højere grad er en utilfredshed med jobbet snarere end ergonomiske og de reelle arbejdsstillinger, der er problemet. På trods af dialog om spg.15 ved ÖMPSQ vedr. jobutilfredshed, ændres pt's vurdering af jobbet undervejs ikke væsentligt. Denne vurderes som en vedligeholdende psykosocial faktor, der kan være medvirkende årsag til nakkesmerterne, og det tyder ikke på, at hun har ressourcer til at forsøge at handle på de ting, hun er utilfreds med jobbet.

Pga. afleveringsdatoen for opgaven blev "follow up" sat til 23.februar 2010, kun 5 uger efter endt behandling. Der kunne med fordel være lavet målinger efter denne dato, som havde givet resultaterne mere vægt. Recidiv af smerter 23.februar illustrerer vigtigheden i at lave "follow up". Herved blev der mulighed for at korrigere, finde mulige nye strategier, årsager til recidiv m.v. Dette er pga. pladsmangel ikke fyldestgørende med i rapporten. En forklaring på recidiv kan være jobutilfredsheden. Oveni har hun ikke lavet øvelser og er kommet ind i en ond cirkel, hvor hun har opgivet, hvilket bekræfter manglende ressourcer. De omfattende stråleskader i området fra øjnene til clavícula kan have påkørt en irreversibel skade, der kan være med til at forklare recidiv ved "follow up" og de tidl. episoder.

En anden mulig forklaring på resultaterne ved "follow up" kan være en kæbeproblematik, som stadig er til stede og som var en af hypoteserne, men blev "parkeret" fordi pt oplevede bedring. Ved FHP er TMJ ude af neutralposition. Den craniocervicale hyperekstension medfører retraktion af mandibula. I afslappet tilstand vil denne retraktion medføre en forøget mundåbning. For at kompensere for dette, vil aktiviteten i tyggemusklene øges og evt. resultere i aktive TrP (Makofsky 2002). Denne hypotese burde være blevet fulgt mere op.

I rapporten konkluderes det ret tidligt, at hvp-typen er cervikogen. Dog kan det tænkes, at pt er præget af blandede hvp-former, hvor også migræne og hormonel betinget hvp kan have betydning.

Det kan det diskuteres, om tp i burde have forsøgt at fastholde pt længere i forløbet. Hun blev i perioden aldrig helt symptomfri, hvilket efterfølgende kan ses som et brist fra tp's side. Hun burde være blevet fastholdt i træning i klinikkens eget træningscenter, hvor hun i en længere periode kunne have været blevet støttet og fulgt.

Perspektivering

Interventionen blev bygget op omkring forudsætningen, at holdningen har betydning for symptomerne. Om dette er tilfældet, vides reelt ikke, hvorfor sandhedsværdien af hypoteserne bør vægtes med begrænset værdi. Der kan ikke konkluderes en årsagssammenhæng mellem pt's holdning og hendes smerter. Måske var FHP kompensation for at undgå smerter. Begrænsningen i at se isoleret på det kliniske billede, FHP, er, at det blot kan være den symptomgivende faktor og at årsagen skal findes et andet sted. Derfor er det vigtigt, at man har et bredt blik i den kliniske ræsonnering, så dette undgås.



I stedet for fokus på en holdningsændring som succeskriterie, er smerterne mere et succeskriterie i forløbet med denne pt. Dog kan dette være et for kortsigtet mål, da en funktionel dysfunktion kan være der, selvom smerterne er væk.

I div. litteratur er der beskrevet sammenhæng mellem tilstedeværelsen af FHP og nedsat funktion af de dybe cervicale fleksorer samt sammenhæng mellem cervikogen hvp og nedsat funktion af omtalte muskelgruppe (Jull et al 2008, Falla et al 2004). Dette var muligt at illustrere via denne case rapport, hvorved behovet for yderligere forskning melder sig. Det har ikke været muligt at finde andre case rapporter om dette. Der ses derfor et behov for kliniske us og case rapporter, der belyser de specifikke forandringer, der forekommer ved FHP ved interventionen hos pt'er med cervikogen hvp. En øget fokus her må i fremtiden danne grundlag for skærpelse af den fysioterapeutiske kliniske ræsonnering.



REFERENCELISTE

- Albert H., Hovmand B., Lund H., Winkel A., Sørensen L.V. (2005) Case rapport – en grundbog i praksisformidling, Munksgaard Danmark.
- Bojsen-Møller F. (2002) Bevægeapparatets anatomi, Munksgaard Danmark.
- Brodahl P. (1990) Sentralnervesystemet: Bygning og funktion, Tano.
- Bunkan B.H. (2001) Kropop, respirasjon og kroppsbilde, Gyldendal Akademisk.
- Donnelly C., Carswell A. (2002) Individualized outcome measures: a review of the literature Can J Occup Ther, Apr; **69** (2):84-94.
- Childs et al (2008) Neck Pain, Clinical Practice Guidelines (AAOMPT). JOSPT.
- Clarkson H.M., Gilewich G.B. (1989) Muskuloskeletal assessment; Joint Range og Motion and Manual Muscle Strength. Williams & Wilkins
- Coll A.M., Amen J.R.M., Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: litterature review Journal of Advanced Nursing 2004; **46**(2):124-133.
- Comerford M.J. og Mottram S.L. (2001) Movement and stability dysfunction – contemporary developments Manual Therapy **6** (1):15-26.
- Falla D.L., Jull G.A., Rainoldi A., Merletti R. (2004) Neck flexor muscle fatigue is side specific in patients with unilateral neck pain European Journal of Pain **8**:71-77.
- Fernandez-de-Las-Peñas (2006) Myofascial triggerpoints in the suboccipital muscles, Manual Therapy **11**:225-230.
- Fejer R. (2006) Neck pain – prevalence, genetic and environmental factors Ph.D.Thesis, University of Southern Denmark **1-88**.
- Grant R. (2002) Her citeret fra Griegel-Morris et al Physical Therapy of the Cervical and the Thoracic Spine, Churchill Livingstone.
- Greenhalgh S., Selfe J. (2006) Red Flags: A guide to Identifying Serious Pathology of the Spine, Churchill Livingstone.
- Hack et al (1995) Anatomic relation between the rectus capitis posterior minor muscle and the dura mater, Spine, Vol **20**, no.23 2484-2486.
- Herbert R (2004) Muskuloskeletal Physiotherapy – Clinical Science and Evidence-Based Practice, Adaptions of muscle and connective tissue, Churchill Livingstone.
- Hicks C.M. (1999) Research Methods for Clinical Therapists – Applies project design and analysis, Churchill Livingstone, London.
- Hockings R.L., McAuley J.H., Maher C.G. A review of the predictive ability of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire Spine 2008; **33**(15):E494-500
- Hoppenfeld S. (1976) Physical examination of the spine & extremities Appleton & Inage norwork, connecticut.
- Howard V., The Neck Disability Index: State-of-the-art, 1991-2008, Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, **2008**:491-502.
- Janda V. (1987) Articles, MHF.
- Jensen S.T., Dahl J.B., Arendt-Nielsen (2003) Smerter – en lærebog, FADL.
- Johnson G. (1998) The Correlation Between Surface Measurement of Head and Neck Posture and the Anatomic Position of the Upper Cervical Vertebrae, Spine, **23** (8):921-927.
- Jones M.A., Rivett D.A., Clinical reasoning for manual therapists, Elsevier Limited, Oxford: Butterworth Heineman; **2004**:3-24.
- Jull et al (1997) Inter-examiner reliability to detect painful upper cervical joint dysfunction, Austr. Journal of Physiotherapy, Vol**43**, no.2, 125-129.
- Jull G. (2002) Management of cervicogenic headache, pp 239-266
IN: Grant R, Physical Therapy of the Cervical and Thoracic Spine 3rd ED, 2002, Churchill Livingstone.
- Jull et al (2007) Cervical musculoskeletal impairment in frequent intermittent headache. Part 1: subjects with single headaches. Cephalalgia.
- Jull G. Sterling, Falla D., Treleaven J., O'Leary S (2008) Whiplash, headache and neck pain, Churchill Livingstone.
- Jull G.A., O'Leary S.P., Falla D.L. Clinical assessment of the deep cervical flexor muscles: the craniocervical flexion test, J Manipulative Physiologic Therapy, 2008 sep;**31**(7):525-33.
- Kendall F.P., McCreary E.K. Provance P.G. (1993) Muscles testing and function Lippincott Williams & Wilkins.



- Kilsgaard J. (2003) Prædiktive faktorer for udvikling af erhvershindrende lænderygbesvær, Master of Public Health, Aarhus Universitet.
- Maitland G.D., Hengeveld E., Banks K., English K. (2001) Maitland's vertebral manipulation Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Macdermid J.C., Walton D.M., Avery S., Blanchard A., Measurement Properties of the Neck Disability Index: A Systematic Review; Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy, **2009**: 400-412.
- Makofsky H.W. (2000) The Influence of Forward Head Posture on Dental Occlusion The Journal of Craniomandibular Practice **18**(1):30-39.
- Mckenzie R.A. (1990) The cervical and thoracic spine – Mechanical Diagnosis and Therapy. Spinal Publications LTD.
- MF-Kompendium, Arbejdskompendium fra DFFMT i.f.m. kursusforløb (www.muskuloskeletal.dk)
- Netter F.H. (2000) Atlas der Anatomie des Menschen, ICON Thieme.
- Lee J., Wang C., Shau Y. Measurement of cervical multifidus contraction pattern with ultrasound imaging, Journal of Electromyography and Kinesiology, 2007; **19**: 391-397
- Linton S.J., Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, Chin J Pain 2003; **19**:80-6.
- Paice J.A., Cohen F.L., Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity Cancer Nurs 1997; **20**(2):88-93.
- Rechter L. og Nielsen S.S, Ved at bruge pacing, Fysioterapeuten, nr. 9 maj **2009**, 6-9.
- Remvig L., Johannesen F., Korsgaard J. (2004) Lærebog i manuelle teknikker, Munksgaard Danmark.
- Ris I., Dalsgaard K., Knudsen H.K., Klinisk ræsonnering i Muskuloskeletal Fysioterapi, Fysioterapeuten, nr.11 juni **2009**, 8-15.
- Stabler M. The Patient-Specific Functional Scale: measurement properties in patients with knee dysfunction, Physical Therapy, Aug 1, 1997.
- Toby N.J., Jacqueline A., McDowell M., Early intervention in Acute Back Pain: Problems with Flying Yellow Flags, Chartered Society of Physiotherapy, **2001**: Volume 87, 397-401.
- Travell J.G. og Simons D.G. (1983) Myofascial Pain and Dysfunction The Trigger Point Manual – The Upper Extremities, Williams & Wilkins.
- Wackerhausen S. (2008) Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion, RUML.
- Wadell G., Newton M., Henderson I., Somerville D., Main CL. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire and role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. Pain. **1993**, 52(2), 157-68.
- Watson P. og Kendall N., Assessing psychosocial yellow flags, Topical Issues of Pain, **2000**: 111-129.
- Wijmen P (2009) The Cervical Spine, Workbook, Musculoskeletal Diagnosis and Treatment.

Internetlinks

- Kræftens Bekæmpelse: 09-06-2009. Strålebehandling
<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/kraeftsygdomme/knoglesarkomer/behandling+knoglesarkomer/knoglesarkom+st+raalebeh/?category=1>
Dato for søgning: 27.november 2009
- Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi: Martin B. Josefsen 18.10.2007. Cervikale sikkerhedstest – nye anbefalinger.
<http://www.muskuloskeletal.dk/Fag--Forskning/Kvalitetsudviklings-projektet/Cervikale-sikkerhedstest---nye-anbefalinger/> Per Kjær og Inge Ris
Dato for søgning: 8. februar 2010
- Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi: Martin B. Josefsen 03.12.2009, Eksempler på case rapport
<http://www.muskuloskeletal.dk/Fag--Forskning/Case-Rapport/Eksempler-pa-case-rapport/>
Dato for søgning: 20.februar 2009
- Rygforskning, Henrik Hein Lauridsen, 2009, Download et spørgeskema. <http://www.rygforskning.dk/faaskema.html>
Dato for søgning: 20.januar 2010
- Sundhedsguiden: Stig Præstekjær-Andersen, 18.september 2006. Arteritis temporalis og polymyalgia rheumatica.
<http://www.sundhedsguiden.dk/da/temaer/alle-temaer/gigt/generelt-om-gigt/arteritis-temporalis-og-polymyalgia-rheumatica--/>
Dato for søgning: 7. januar 2010



BILAG 1: ICDH-II HOVEDPINEKLASSIFIKATION

Table 9.1 A summary of the symptomatic features of cervicogenic, migraine without aura, and tension-type headache		
Cervicogenic headache	Migraine without aura	Tension-type headache
<p>1. Symptoms and signs of neck involvement</p> <p>(a) Precipitation of comparable head pain by:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neck movement or sustained awkward head postures, and/or - External pressure over the upper cervical or occipital region on the symptomatic side <p>(b) Restriction of range of motion in the neck</p> <p>(c) Ipsilateral neck, shoulder, or arm pain</p> <p>2. Positive response to diagnostic anesthetic blocks</p> <p>3. Unilaterality of head pain, without sideshift</p> <p>4. Head pain characteristics</p> <p>(a) Moderate to severe, nonthrobbing and nonlancinating pain, usually starting in the neck</p> <p>(b) Episodes of varying duration</p> <p>(c) Fluctuating continuous pain</p> <p>5. (a) Nausea</p> <p>(b) Phonophobia and photophobia</p> <p>(c) Dizziness</p> <p>(d) Ipsilateral blurred vision</p> <p>(e) Difficulties on swallowing</p> <p>(f) Ipsilateral edema, mostly in the periocular area</p> <p>Addendum At least seven criteria should be present Most consistent: unilateral, sidelocked headache aggravated by neck posture and movement⁴⁶</p>	<p>1. Headache attacks lasting 4–72 hours (untreated or unsuccessfully treated)</p> <p>2. Headache has at least two of the following characteristics:</p> <p>(a) Unilateral location</p> <p>(b) Pulsating quality</p> <p>(c) Moderate or severe intensity</p> <p>(d) Aggravation by or causing avoidance of routine physical activity (e.g., walking, climbing stairs)</p> <p>3. During headache at least one of the following:</p> <p>(a) Nausea and/or vomiting</p> <p>(b) Photophobia and phonophobia</p> <p>4. Not attributed to another disorder</p> <p>5. Have had at least five attacks of headache fulfilling these criteria</p>	<p>Episodic</p> <p>1. At least 10 episodes occurring < 1 day per month on average (< 12 days per year) and fulfilling criteria 2–4</p> <p>Frequent episodic tension-type headache</p> <p>At least 10 episodes occurring on ≥ 1 but < 15 days per month for at least 3 months</p> <p>2. Headache lasting from 30 minutes to 7 days</p> <p>3. Headache has at least two of the following characteristics:</p> <p>(a) Bilateral location</p> <p>(b) Pressing/tightening (nonpulsating) quality</p> <p>(c) Mild or moderate intensity</p> <p>(d) Not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs</p> <p>4. Both of the following:</p> <p>(a) No nausea or vomiting (anorexia may occur)</p> <p>(b) No more than one of photophobia or phonophobia</p> <p>5. Not attributed to another disorder</p> <p>Chronic</p> <p>1. Headache occurring on ≥ 15 days per month on average for > 3 months (≥ 180 days per year) and fulfilling criteria 2–4</p> <p>2. Headache lasts hours or may be continuous</p> <p>3. As for episodic</p> <p>4. Both of the following:</p> <p>(a) No more than one of photophobia, phonophobia, or mild nausea</p> <p>(b) Neither moderate or severe nausea nor vomiting</p> <p>5. Not attributed to another disorder</p>
<p><i>Adapted from the criteria published by the Cervicogenic Headache International Study Group for cervicogenic headache³³ for cervicogenic headache and the International Headache Society for migraine and tension-type headache.⁸</i></p>		

Jull et al 2008

<http://ihs-classifikation.org/eng/> :

ICDH-II – International classification and headache disorders 2. Edition



BILAG 2: INFORMERET SAMTYKKE

Kære,

Jeg henvender mig til Dem for at bede Dem om at deltage i denne case rapport. En case rapport er en detaljeret beskrivelse af et behandlingsforløb. Formålet med en case rapport er at beskrive og diskutere et patientforløb, således at andre kolleger og professionen kan få indsigt i patientbehandlingen af individuelle patienter. Herved er der mulighed for at andre fysioterapeuter kan få uddybet deres viden om den fysioterapeutiske behandling og patienternes reaktion på behandlingen. Case rapport forløbet vil foregå på samme måde som et almindeligt behandlingsforløb. De vil eventuelt i forløbet skulle bruge ca 15 min yderligere på at besvare spørgsmål/og eller udfylde skemaer – dette ved hver behandlingsgang. De vil på ingen måde få en ringere behandling end vanligt.

Alle informationer vil naturligvis blive behandlet fortroligt og under tavshedspligt. Når case rapporten foreligger i sin endelige form, vil man ikke kunne genkende Dem – De bevarer fuld anonymitet. Case rapporten bliver evt. publiceret på muskuloskeletal.dk (Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi) og/eller ffy.dk (Forskning i Fysioterapi).

Jeg understreger, at deltagelse i dette case rapport forløb er frivillig, og at De på ethvert tidspunkt kan undlade at svare på spørgsmål eller afslutte deres deltagelse i case rapport forløbet. Behandlingen vil da fortsætte som vanligt. Dette gælder også, selvom De har underskrevet vedlagte informerede samtykkeerklæring. Ønsker De ikke at deltage i dette case rapport forløb, vil det på ingen måde få indflydelse på Deres videre behandling.

Giv Dem god tid til at læse beskrivelsen igen inden De endelig beslutter Dem for at underskrive. Hvis De har spørgsmål, er De velkommen til at henvende Dem til mig.

Hvis du er interesseret i at deltage i case rapport forløbet, vil jeg bede dig underskrive vedlagte informerede samtykkeerklæring.

Med venlig hilsen



BILAG 3: SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg bekræfter herved, at jeg efter at have modtaget information såvel mundtligt som skriftligt indvilger i den beskrevne undersøgelse. Jeg giver hermed tilladelse til optagelse af foto/video under forudsætning af at disse optagelser i den endelige skriftlige case rapport fremstår som anonyme. Jeg er informeret om, at deltagelse er helt frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn om at deltage i case rapport forløbet tilbage, uden at dette vil påvirke min nuværende eller fremtidige behandling.

Dato:

Navn:

Underskrift:



BILAG 4: MODEL FOR KLINISK RÆSONNERING

Kilde:

Ris I., Dalsgaard K., Knudsen H.K., Klinisk ræsonnering i Muskuloskeletal Fysioterapi, *Fysioterapeuten*, nr.11 juni 2009, 8-15.

http://www.muskuloskeletal.dk/Upload/Graphics/MT-gruppen/kvalitetsudvikling/klin-raes_poster_small.jpg





BILAG 5: LITTERATURBEARBEJDNING

Første indledende litteratursøgning (PubMed)

Inklusionskriterier	Relevante artikler
<ul style="list-style-type: none"> • Forward Head Posture • cervical spine • stability • physiotherapy • m.sternocleidomastoideus • m.scalenus anterior 	28

Ud af de 28 artikler blev kun 17 tilsendt og her var især forfatterne Jull, Falla, Hodges, Richardson, Gibbon, Bogduk og Dall'Alba gennemgående. Idet Jull altid blev nævnt i forbindelse med de andre forfattere, blev den anden indledende fritekstsøgning udelukkende foretaget på Jull G. på søgebasen PubMed.

Anden indledende litteratursøgning (på forfatternavn, PubMed)

Søgeord	Inklusionskriterier	Items	Relevante Artikler
Jull G Jull G NOT Whiplash	<ul style="list-style-type: none"> • Forward Head Posture • cervical spine • stability • physiotherapy • m.sternocleidomastoideus • m.scalenus anterior 	96 80	8

Tredje indledende litteratursøgning blev foretaget på emneord. Herunder ses et eksempel på en søgetabel fra PubMed.

Tredje indledende litteratursøgning (PubMed, Cochrane Library)

MeSH database	MeSH Items	Valgte MeSH Termer	Search	Items	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier	Relevante artikler
Spine	3	Spine posture	AND	1115	cervical spine / stability / motor activity / physiotherapy / sternocleidomastoideus / scalenus anterior /	Whiplash	16
Postur*	36	Spine posture	AND	152		kliniske diagnoser	

Ved den specifikke litteratursøgning blev søgeordet specificeret til begrebet "Forward Head Posture".

Specifik litteratursøgning (Embase)

Søgning	Limits	Items	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier	Relevante Artikler
"Forward Head Posture"	Published 1996-2006	21	Forward Head Posture Eller Cervical lordosis eller Head posture/position	Whiplash eller Migraine eller Injury eller Kliniske diagnoser	10



BILAG 6: NECK DISABILITY INDEX

Kilde: <http://www.rygforskning.dk/>

Nakkeskemaet

Formålet med dette spørgeskema er at give os viden om, hvordan dine **NAKKESMERTER** har påvirket din evne til at klare dig i hverdagen. Vi beder dig svare på hvert afsnit og marker i hvert afsnit kun det felt, der bedst beskriver, hvordan du har haft det de sidste par dage. Vi er klar over, at du måske synes, at der i samme afsnit er to udsagn, der passer på dig; men vi beder dig om kun at markere **ET** felt.

Afsnit 1: Smerteintensitet

- Jeg har ingen smerter i øjeblikket
- Smerterne er meget svage i øjeblikket
- Smerterne er moderate i øjeblikket
- Smerterne er ret stærke i øjeblikket
- Smerterne er meget stærke i øjeblikket
- Smerterne er de værst tænkelige i øjeblikket

Afsnit 2: Personlig pleje (f.eks. vaske sig, klæde sig på)

- Jeg kan klare mig selv som normalt, uden at jeg får flere smerter af det
- Jeg kan klare mig selv som normalt, men jeg får flere smerter af det
- Jeg kan klare mig selv, men det er smertefuldt, og jeg er langsom og forsigtig
- Jeg har brug for nogen hjælp, men kan klare det meste af min personlige pleje selv
- Jeg har brug for hjælp hver dag til det meste af min personlige pleje
- Jeg klæder mig ikke på, kan kun med besvær vaske mig og bliver i sengen

Afsnit 3: Løfte

- Jeg kan løfte noget tungt uden at få flere smerter af det
- Jeg kan løfte noget tungt, men jeg får flere smerter af det
- Smerter hindrer mig i at løfte noget tungt op fra gulvet, men jeg kan klare det, hvis det er placeret bekvemt
- Smerter hindrer mig i at løfte noget tungt, men jeg kan klare noget middeltungt, hvis det er placeret bekvemt
- Jeg kan løfte noget let
- Jeg kan ikke løfte eller bære noget som helst

Afsnit 4: Læse

- Jeg kan læse så meget jeg vil uden at få smerter i nakken
- Jeg kan læse så meget jeg vil, men får svage smerter i nakken
- Jeg kan læse så meget jeg vil, men får moderate smerter i nakken
- Jeg kan ikke læse så meget som jeg gerne vil, på grund af moderate smerter i nakken
- Jeg kan næsten slet ikke læse på grund af stærke smerter i nakken
- Jeg kan slet ikke læse på grund af smerter i nakken

Afsnit 5: Hovedpine

- Jeg har aldrig hovedpine
- Jeg har let hovedpine, men det er sjældent
- Jeg har moderat hovedpine, men det er sjældent
- Jeg har ofte moderat hovedpine
- Jeg har ofte voldsom hovedpine

- Jeg har hovedpine næsten hele tiden

Afsnit 6: Koncentration

- Jeg kan uden besvær koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg kan med lidt besvær koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg har noget svært ved at koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg har meget svært ved at koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg har virkelig svært ved at koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg kan slet ikke koncentrere mig

Afsnit 7: Arbejde

- Jeg kan arbejde så meget jeg vil
- Jeg kan klare mit sædvanlige arbejde, men ikke mere
- Jeg kan klare det meste af mit sædvanlige arbejde, men ikke mere
- Jeg kan ikke klare mit sædvanlige arbejde
- Jeg kan næsten ikke klare noget arbejde
- Jeg kan slet ikke klare noget arbejde

Afsnit 8: Køre

- Jeg kan køre bil uden at få smerter i nakken
- Jeg kan køre bil, så længe jeg vil, men får svage smerter i nakken
- Jeg kan køre bil, så længe jeg vil, men får moderate smerter i nakken
- Jeg kan ikke køre bil, så længe jeg vil, på grund af moderate smerter i nakken
- Jeg kan næsten slet ikke køre bil, på grund af stærke smerter i nakken
- Jeg kan slet ikke køre bil på grund af smerter i nakken

Afsnit 9: Sove

- Jeg har ingen problemer med at sove
- Min søvn forstyrres lidt (søvnløs mindre end 1 time)
- Min søvn forstyrres noget (søvnløs 1-2 timer)
- Min søvn forstyrres moderat (søvnløs 2-3 timer)
- Min søvn forstyrres meget (søvnløs 3-5 timer)
- Min søvn forstyrres fuldstændig (søvnløs 5-7 timer)

Afsnit 10: Fritid

- Jeg kan deltage i alle mine fritidsaktiviteter helt uden at få smerter i nakken
- Jeg kan deltage i alle mine fritidsaktiviteter, men med nogle smerter i nakken
- Jeg kan deltage i de fleste af mine sædvanlige fritidsaktiviteter, dog ikke alle, på grund af smerter i nakken
- Jeg kan deltage i nogle få af mine fritidsaktiviteter på grund af smerter i nakken
- Jeg kan næsten ikke deltage i mine fritidsaktiviteter på grund af smerter i nakken
- Jeg kan slet ikke deltage i nogen fritidsaktiviteter på grund af smerter i nakken



BILAG 7: ÖREBRO MUSCULOSKELETAL PAIN SCREENING QUESTIONNAIRE

Lebenummer

Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire
ÖMPSQ-DK, version 2.0

De første spørgsmål handler om personlige oplysninger

1. Hvad er din alder? år.

2. Er du mand eller kvinde? Mand Kvinde

De følgende spørgsmål omhandler symptomer (fx smerte, ubehag m.m.), som du kan opleve i forbindelse med dit smerteproblem. Læs venligst spørgsmål og svarmulighed omhyggeligt, men brug dog ikke for lang tid på hvert spørgsmål. Det er vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål så godt du kan. Vælg den svarmulighed, der passer bedst.

3. Hvorfra har du gener (smerte, ubehag m.m.)?

Nakke
 Ryggens øvre del
 Skuldre/skulderparti
 Ryggens nedre del
 Ben
(Sæt gerne flere markeringer)

4. Hvor mange dage har du i alt været sygemeldt på grund af dit smerteproblem inden for de sidste 12 måneder?

0 dage 31-60 dage
 1-2 dage 61-90 dage
 3-7 dage 91-180 dage
 8-14 dage 181-275 dage
 15-30 dage 276-365 dage

5. Hvor længe har du haft de **nuværende** symptomer?
Ved nuværende forstås den episode du aktuelt har søgt behandling for. (Sæt kun én markering)

0-1 uge 10-11 uger
 2-3 uger 12-23 uger
 4-5 uger 24-35 uger
 6-7 uger 36-52 uger
 8-9 uger Mere end 52 uger

Neden for følger nogle forskellige udsagn om dit smerteproblem. Angiv på en skala fra 0 til 10, hvorvidt du er enig med udsagnet.

6. Er dit arbejde tungt eller monotont?

Slet ikke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 I høj grad

7. Hvor mange smerter har du haft i den sidste uge?

Har slet ikke haft smerter 0 1 2 3 4 5 6 Har haft uudholdelige smerter 7 8 9 10

8. Hvor ondt har du i gennemsnit haft i den sidste måned?

Har slet ikke haft smerter 0 1 2 3 4 5 6 Har haft uudholdelige smerter 7 8 9 10

9. Hvor ofte har du i gennemsnit haft ondt i den sidste måned?

Aldrig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hele tiden

10. Med tanke på en gennemsnitlig dag, hvor store er dine muligheder så for at håndtere eller kontrollere dine smerter?

Ingen mulighed 0 1 2 3 4 5 Kan kontrollere smerterne fuldstændigt 6 7 8 9 10

11. Hvor anspændt eller stresset har du følt dig i den sidste uge?

Helt rolig 0 1 2 3 4 5 6 7 Meget anspændt 8 9 10

12. I hvilken udstrækning har du følt dig nedtrykt i den sidste uge?

Slet ikke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Enormt meget 9 10

13. Som du selv oplever det, hvor stor er risikoen så for, at dit nuværende besvær vil blive langvarigt?

Ingen risiko 0 1 2 3 4 5 6 7 Meget stor risiko 8 9 10

14. Hvor stor tror du chancen er for, at du kan arbejde om 6 måneder?

Ingen chance 0 1 2 3 4 5 6 7 Meget stor chance 8 9 10

15. Hvis du samlet vurderer dine arbejdsopgaver, ledelsen, løn, udviklingsmuligheder og arbejdskolleger, hvor tilfreds er du så med dit arbejde?

Ikke tilfreds 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Helt tilfreds 9 10

Sæt kryds her, hvis du ikke er erhvervsaktiv (fx pensionist, efterløn eller arbejdsledig)

Neden for følger nogle forskellige udsagn omkring smerter som andre med smerteproblemer har fortalt os om. Angiv på en skala fra 0 til 10, hvorvidt du er enig med udsagnet.

16. Fysisk aktivitet foreger mine smerter

Er slet ikke enig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Er helt enig

17. Hvis mine smerter forværres, er det tegn på, at jeg bør holde op med det, jeg er i gang med, indtil smerterne mindskes

Er slet ikke enig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Er helt enig

18. Jeg bør ikke udføre mine normale aktiviteter eller mit normale arbejde med de smerter, jeg har nu

Er slet ikke enig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Er helt enig

Neden for følger en liste over fem aktiviteter. Sæt en cirkel om det tal, der bedst beskriver din nuværende evne til at deltage i hver aktivitet.

19. Jeg kan udføre lettere arbejde under en times varighed

Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kan gøre det uden smerte



BILAG 8: KONSULTATIONER & RESULTATMÅLINGER

Konsultation nr.	Dato:	Intervention:	Måling:
1.	24.11.2009	anamnese	-
2.	25.11.2009	undersøgelse	NRS, NDI, PSFS, ÖMPSQ
3.	27.11.2009	undersøgelse	CCFT
4.	1.12.2009	behandling	-
5.	4.12.2009	behandling	-
6.	8.12.2009	behandling	NRS, NDI, PSFS, CCFT
7.	11.12.2009	behandling	-
8.	15.12.2009	behandling	-
9.	18.12.2009	behandling	-
10.	22.12.2009	behandling	NRS, NDI, PSFS, CCFT
11.	5.1.2010	behandling	-
12.	19.1.2010	behandling	NRS, NDI, PSFS, CCFT, ÖMPSQ
13.	23.2.2010	"follow -up"	NRS, NDI, PSFS, CCFT, ÖMPSQ