



MUSKULOSKELETAL

FYSIOTERAPI er et speciale i fysioterapi, som omhandler diagnostik, forebyggelse og behandling af lidelser i ryg og bevægeapparat.

Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi

- Uddanner
- Afholder kurser
- Indhenter, implementerer og formidler viden
- Kvalitetsudvikler
- Akkrediterer og kvalitetssikrer
- Er Danmarks medlemsorganisation (MO) af det internationale forbund IFOMPT under WCPT

INDHOLDSFORTEGNELSE

- 1 Dynamisk og afbalanceret klinisk ræsonnering i muskuloskeletal fysioterapi
- 10 International Framework for Examination of the Cervical Region for potential of Cervical Arterial Dysfunction prior to Orthopaedic Manual Therapy Intervention
- 12 Generalforsamling og Informationsmøde om uddannelsen i MF
- 13 Efficacy of a classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific low back pain. A randomized controlled trial
- 15 Nakkebesvær: Temadag og kursus med Prof. Gwendolen Jull
- 16 Kurser og events



Dynamisk og afbalanceret klinisk ræsonnering i muskuloskeletal fysioterapi: tænkning i en bio-psyko-social og evidensbaseret tilgang til håndtering af længerevarende smertetilstande

- *Klinisk kommentar og case om »kronisk« hovedpine*

Bio-Psyko-Social tilgang – »Kronisk smerte« håndtering – Evidensbaseret Praksis – »Hands on« vs »Hands off« – Indflydelse af tidens »trends« og »svingninger« ... Ekspertter diskuterer i flere editorials, MasterClasses samt kliniske indlæg i tidsskrifter udfordringer for fysioterapeuter, når ny viden skal implementeres i teori og praksis. Her præsenteres nogle af bidragene og emnerne diskuteres bl.a. gennem en case om »kronisk hovedpine«.

Af Martin B. Josefsen, muskuloskeletal fysioterapeut, DipMT – mbj@rygfys.dk

Intro

På det seneste har flere eksperter bl.a. i Manual Therapy Journal belyst udfordringerne, når ny viden om smerter etc. skal implementeres i teori og praksis. Ligeledes er tidens patienthåndteringsparadigme – en bio-psyko-social tilgang – et emne for diskussion, da fysioterapeuter kan have tendens til at vægte det ene aspekt frem for det andet, når et af områderne i en tidsperiode sættes i højsædet i forskningen og tidens faglige »trends«. Overfokusering på enkelte områder af en bio/psyko/social tilgang, eller på enkelte områder af ny viden, kan potentielt medføre be-

grænset eller uhensigtsmæssig patienthåndtering, hvis en »trend« eller nye forskningsresultater overføres lineært til patienthåndtering; herved kan andre vidensfelter og ræsonneringsstrategier overdøves og potentielt skabe en ubalanceret bredde i den kliniske ræsonnering. En risiko er, at fysioterapeuter laver »pendulsving« mellem vidensfelter og trends, som er i fagligt fokus i en tidsperiode. Ligeledes diskuteres det hvordan tidens »paradigmer« i tænkning, såsom forskellige opfattelser af »hands on« vs »hands off« tilgange,

FORTSÆTTES SIDE 3 >





Leder

REDAKTIONEN

Martin B. Josefsen, redaktør (ansv.). Muskuloskeletal Fysioterapeut, DipMT, mbj@rygfys.dk.

Jeppe Thue Andersen, faglig medredaktør. Specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi, MaMT.

Arne Elkjær, PR. Muskuloskeletal Fysioterapeut, DipMT.

ANNONCEINFORMATION

Se web eller mail til mbj@rygfys.dk

BLADET MF ONLINE

www.muskuloskeletal.dk/fagblad

ISSN tryk: 1902-9977
ISSN web: 1902-9985

MT-NYT (ONLINE NYHEDER)

www.muskuloskeletal.dk
(Fag og forskning / MT-Nyt)

MT-NYT
ONLINE



Nakke temadag med Professor Gwendolen Jull

Gå ikke glip af denne unikke mulighed for at opleve en førende kapacitet indenfor nakkeområdet. Gwen Jull gæster Danmark og afholder temadag om nakkebesvær den 4. maj. Det foregår på Professionshøjskolen Metropol. Desuden afholdes for et begrænset antal deltagere et praktisk kursus 5.-6. maj i Tårnby. Se annoncen i bladet.

Generalforsamling og informationsmøde om uddannelsen i MF

I forbindelse med årets generalforsamling den 15. Marts afholder DFFMF informationsmøde om uddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi. Her har studerende og færdiguddannede mulighed for at få et indblik i, hvad uddannelsen indeholder og munder ud i. Mødet er åbent for alle interesserede og foregår på Professionshøjskolen Metropol. Læs mere her i bladet.

Vind et MF kursus

Alle deltagere på informationsmødet om uddannelsen deltager i lodtrækningen om et MF kursus.

FORTSAT >

kan have direkte indflydelse på patienthåndteringen hos fysioterapeuter.

Omvendt kræver integration af ny viden, at man sættes ind i den nye viden, og ikke mindst trænes i anvendelse og integration af ny viden gennem klinisk ræsonnering i praksis.

»Bring back the biopsychosocial model for neck pain disorders«

(Jull, Sterling, Moore, 2009)

Jull, Sterling og Moore beskriver i en editorial 2009 i *Manual Therapy Journal*, at der er udfordringer i at fastholde en samlet bio-psyko-social tilgang, hvis der overfokuseres på det psyko-sociale aspekt i en tidsperiode. Forfatterne pointerer, at fravær af »påviselig« patologi (f.eks. med billeddiagnostik) ikke er ensbetydende med, at der ikke er »bio« bidrag til en patients symptomer (Jull & Sterling 2009). Alligevel ses tendenser til at overfokusere på psykosociale forhold, når patologi er udelukket. I artiklen diskuteres emnet i relation til nakkesmerter.

Jull og Moore advokerer, at man ikke må falde i grøften af forblænding over nye resultater omkring psyko-sociale vedligeholdende faktorer som eneste guide vedrørende patienthåndtering, om end nye smerteteorier er vigtige at implementere i praksis. Samtidig erkender forfatterne at »bio« fyldte for meget for år tilbage, men at vi nu ser en tendens til at falde i en ny grøft »psy-

Faglige Selskaber i Fysioterapi en realitet

På repræsentantskabsmødet november 2011 blev projekt »Faglige Selskaber« godkendt. Baggrunden er en arbejdsproces, som har kørt fra forrige repræsentantskabsmøde 2009, hvor undertegnede indgik i projektgruppen. Projektet omhandler et skifte fra »fagfora og faggrupper« til »faglige selskaber«; herunder vil der være såvel specialebærende faglige selskaber (repræsenterende specialer) som andre faglige selskaber (repræsenterende mere afgrænsede fagfelter eller interesser). Dertil etableres paraplyselskabet Fagligt Selskab for Fysioterapi. Der er dermed taget et organisatorisk skridt i retning af at styrke den faglige side af faget samtidig med at den samlede organisatoriske kommunikation omkring »fag« og »fagpolitik« potentielt står stærkere og mere gennemskueligt som mere adskilte størrelser. I starten af 2013 indledes arbejdet med etablering af paraplyselskabet. Læs mere og følg udviklingen på fysio.dk – og vores egen hjemmeside.

God læselyst
Martin B. Josefsen

ko-social« i patienthåndteringen. Forfatterne ønsker et mere nuanceret ræsonneringsgrundlag med bedre balance. Der er evidens for bl.a. manuelle interventioner og øvelser, ikke kun for kognitive tilgange og aspekter. En afbalanceret multimodal tilgang foretrakkes af forfatterne – også i fremtidig forskning, så interaktionen og betydningen af de forskellige forhold belyses i sammenhæng, frem for som adskilte størrelser.

»Hands on, hands off?? The Swings in musculoskeletal physiotherapy practice« (Jull, Moore 2012)

Professorerne Gwendolen Jull og Ann Moore diskuterer, at tidens trend om »hands off« tilgange potentielt kan medføre uhensigtsmæssige valg i undersøgelsen og behandlingen af patienter, og advokerer mere velbegrundede valg om »hands on« og »hands off« i patienthåndtering (Jull & Moore 2012). Herunder nævner forfatterne evidensen for, at de fleste spinale problematikker involverer smertegivende strukturer fra f.eks. faceted og disci, og at der er evidens for multimodale tilgange, inklusive såvel passive som aktive strategier i patienthåndtering. Ligeledes hilser forfatterne den nyere forskning og evidens velkommen gennem de sidste 25 år, som har medført, at vie er rykket mere væk fra et rent »bio« perspektiv.

I et svar til forfatterne skriver Zusman, at der stadig er behov for at kigge »bio« efter i sømmene,



og samtidig kigge på de mulige mekanismer der er bag effekten af f.eks. mobilisering; effekterne kunne være såvel mekaniske som centrale neuromodulerende mekanismer i natur (Zusman 2013).

»Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment«, MasterClass (Nijs et al 2012)

I en MasterClass fra 2012 i *Manual Therapy Journal* adresserer Jo Nijs og kolleger fysioterapeuters samt patienters »attitudes« og »beliefs« i håndteringen af kronisk muskuloskeletal smerte. Et hovedemne er, at for at fysioterapeuter sufficent kan varetage en biopsykosocial tilgang i kronisk smertehåndtering, så kræves en »belief« og »attitude« ændring gennem uddannelse og dernæst implementering gennem klinisk ræsonnering.

En udfordring ser ifølge et par studier ud til at være korte 2-dages kurser; disse giver viden men medfører ikke nødvendigvis langsigtede implementeringer i praksis.

Nijs et al foreslår, at fysioterapeuter der håndterer kroniske muskuloskeletale smerteproblematikker, starter med selv-refleksion over »beliefs« og »attitudes« omkring kronisk smerte, og dernæst opsøger viden samt uddannes i smertehåndtering. Dernæst kan patienten uddannes i praksis.

Samtidig pointerer Nijs et al, at muskuloskeletale fysioterapeuter nu om dage er godt på vej i de nuværende uddannelsers udformninger, og at disse terapeuter generelt anvender en bredere klinisk ræsonnering med en biopsykosocial tilgang til kronisk smertehåndtering.

»Movement in our thinking and our practice« (Edwards, Jones 2013)

Ian Edwards og Mark Jones pointerer i deres seneste editorial i *Manual Therapy Journal*, at udførelsen af evidensbaseret praksis (EBP) afhænger af kompetent klinisk ræsonnering (Edwards & Jones 2013). Vejen fra evidens til praksis går med andre ord gennem kompetent klinisk integration i kliniske ræsonneringsstrategier i samarbejde med individuelle patienter, og afhænger af flere faktorer end den evidens der måtte ligge i en vidensbase – sammen med anden viden og evidens i klinikerens vidensbase.

Forfatterne pointerer vigtigheden af budskaberne om en bio-psyko-social tilgang, som adresserer både biologiske, psykologiske og sociale elementer hos den enkelte patient. Der er i dag et øget fokus på psykosociale aspekter af patienters problemstillinger, ligesom der forskes mere intensivt i smertemekanismer og kroniske smertetilstande. Fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle der

arbejder med muskuloskeletale smertetilstande har traditionelt et stort fokus på adækvat biologisk diagnostik og behandling, mens nyere viden om smertemekanismer og psykosociale forhold først i senere år præsenteres med større vægtning i vidensbasen. Edwards og Jones fremhæver, at der ikke bør ske et nyt »pendulsving« i adækvat patienthåndtering, således at overfokusering på enten biologiske eller psykosociale forhold kommer til at dominere. Ligeledes at integration af ny viden bør ske gennem uddannelse og træning i klinisk ræsonnering, så vidensfelter, evidens og patienthåndtering bliver nuanceret og integreret. F.eks. ville en linær overførsel af et nyt vidensområde hos klinikerne kunne medføre rigide / fejlagtige valg i.f.t. forestillinger om værdien af »hands on« vs »hands off« metoder ved længerevarende smertetilstande – eller at psykosociale forhold kun adresseres hos kronikere. »Evidensbaseret praksis« har aldrig været tænkt som en »ordinationspraksis« fra et enkelt stykke evidens eller vidensområde til en lineært overført interventionstilgang for en patient. EBP er netop defineret som det unikke samspil mellem evidens (tilgængelig viden), patientpræferencer og endeligt den kliniske ekspertise.

Den dialektiske ræsonnering, som bl.a. er studeret af Edwards, beskriver såvel biologiske som psykosociale elementer i den kliniske ræsonnering, som muskuloskeletale fysioterapeuter anvender (EDWARDS et al. 2004, 2008). Forfatterne fastholder vigtigheden i ikke at splitte patienters biologiske og psykosociale sfærer fra hinanden »lineært« f.eks. blot ud fra varigheden af en smertetilstand. Der er ofte elementer fra flere sfærer, der har indflydelse på patienters problematikker.

Dette betyder også, at ny viden om central sensitivering, kroniske smertetilstande og neuroscience skal integreres med kløgt, og ikke umiddelbart kan medføre lineære ændringer i patienthåndtering ud fra en forsimplet fortolkning af »årsag« og »effekt« i »perifere« og »centrale« smertemekanismer. Omvendt kan den nye viden hjælpe med at nuancere og optimere patienthåndteringen, hvis alle aspekter medinddrages i den kliniske ræsonnering.

Evidensen og »vidensbasen« der til stadighed ligger til grund for klinisk praksis foreslås defineret som »viden i transition«, og udvikles i takt med ny forskning og evidens udvikles.

Dynamisk bevægelse i kritisk klinisk ræsonnering hjælper med at holde os åbne for nye og kendte faktorer der influerer på »årsager« og »effekter« samt faktorer der vedligeholder og påvirker patienters symptombilleder.

FAGBLADET
ONLINE



FIND
BEHANDLER



FORTSÆTTES SIDE 4 >

KLINISK KOMMENTAR

På baggrund af den indledende gennemgang af ekspert udtalelser diskuteres emnerne omkring klinisk ræsonnering, biopsykosocial tilgang og smertehåndtering bl.a. ud fra en case om en hovedpinepatient og mulige hypotesedannelser.

Klinisk kommentar

Udfordringer i klinisk ræsonnering – diskussion og eksemplificeringer ud fra case med »kronisk« hovedpinepatient

På baggrund af den indledende gennemgang af ekspert udtalelser diskuteres emnerne omkring klinisk ræsonnering, biopsykosocial tilgang og smertehåndtering bl.a. ud fra en case om en hovedpinepatient og mulige hypotesedannelser. Casen er ikke udtømmende men fungerer som belysningsredskab i forhold til udvalgte eksempler på kliniske ræsonneringsstrategier. Til sidst samles op på temaet.

At eksemplificere en case kort er vanskeligt, men erfaringsbaserede eksempler kan hjælpe med at belyse udfordringer i »simplificerede« ræsonneringsstrategier, hvilket forsøges her med minimal startinformation;

En kvinde har længerevarende (»kronisk« / tilbagevendende) hovedpine gennem 10 år. Hovedpinen er primært unilateral og opleves i nakke, op over kraniet til øjet (VRS 0-7/10, 4-5 dage om ugen). Patienten har selv en oplevelse af, at det startede efter et kraftigt hold i nakken for ca 10 år siden, uden større traume. Patienten har modtaget »fysioterapi« og »kiropraktik« i perioder af 4-6 måneder over to omgange for 3-4 år siden med let lindrende effekt, status er det seneste år status quo med let forværring, og supplerende symptomer i nakke og skuldre, hvorfor patienten opsøger hjælp igen. Fik foretaget en MRI af nakken for 2 år siden som ikke viste noget abnormt. Funktions- og deltagelsesmæssigt er patienten i perioder nødt til at skære lidt ned på kontorarbejde, og er bekymret for, om det får større indflydelse på fremtiden job- og fritidsmæssigt – samt socialt med hensyn til hjem og familie. Symptomerne forværres bl.a. ved kontorarbejde og nogle gange i »stressede« situationer med mange opgaver der stiller krav til koncentration.

Klinikeren vil sandsynligvis søge flere informationer for at kortlægge symptomer og biopsykosociale forhold i anamnesen. Her tager vi udgangspunkt i »minimal information«, da en kort patientpræsentation ofte kan starte indledende ræsonneringsstrategier ud fra »beliefs« og »attitudes«.

I denne case ville bl.a. disse »liniære« simplificeringer ud fra »beliefs« og »attitudes« være udfordrende, som belyst af forfattere i atiklen ovenover;

»Smerteeksperten«: Det er langvarigt, hvormed der er sandsynlighed for, at der er en større grad af central sensitivering til stede. En evt.

»Vævsskade« i nakken (for 10 år siden) ville være helet for længst, hvorfor der ikke kan være perifert input til smerten længere. Ligeledes er patienten nu bekymret, hvilket bestyrker muligheden for central sensitivering. Ej heller er der effekt af tidligere »konservativ« behandling, hvilket kan indikere, at der ikke er »perifert« smerteinput til stede, og at intervention bør fokusere andre steder end på bevægeapparatet. Identifikation af gule flag og markører for central sensitivering ville styrke mistanken og håndteringsstrategien, og patienten skal nok forstå, at der ikke er »perifer« problematik længere. Da der kan være central sensitivering til stede ville de fleste fysiske undersøgelsesfund sandsynligvis være falsk-positive, så vægtning af disse bliver lav.

Primær behandlingsstrategi: Fokus vil være på håndtering af smerteforståelse, håndtering af stressorer, og en kognitiv-adfærdsmæssig tilgang til at leve bedre med smerten. Dette vil samlet set reducere symptomerne og øge funktionen, når de psykosociale forhold og kognitive-emotionelle forhold bliver håndteret gennem patientuddannelse.

»Biomekanikeren »Bones & Joints«: Nakkens passive strukturer kan være årsag til refereret smerte: Nakken skal mekanisk testes grundigt af, f.eks. med gentagne bevægelser og/eller manuelt etc., for at påvise fund og skabe ændringer i symptom billedet ved vævspåvirkning, så nakken kan »udelukkes« eller »bekræftes« som årsag til symptomerne. Først efter adækvate fund og symptomrespons kan der siges noget om prognosen og behandlingen.

Primær behandlingsstrategi: mobilisering med passive og/eller aktive teknikker og/eller selvmobiliserende øvelser, evt. ergonomisk vejledning.

»Biomekanikeren »Muscles«: Der kan være en grad af muskeldysbalance, som forstærkes i uhensigtsmæssige arbejdsstillinger etc. på kontorarbejdet og derhjemme. Ligeledes kan smerte have indflydelse på muskelfunktion, hvilket kan forringe det aktive stabiliserende systems evne til at »beskytte« nakken og fungere hensigtsmæssigt. Patientens symptomer, som kunne stamme fra muskler eller led, kan vedligeholdes af den forringede neuromuskulære funktion.

Primær behandlingsstrategi: guidet, aktiv træning der adresserer optimal muskelfunktion, holdningskorrektion samt ergonomisk vejledning.

De tre forsimplede eksempler kunne alle være billeder på pendulering mellem »belief« systemer, som beskrevet af flere forfattere i denne artikel, og ville sandsynligvis hver for sig være ina-

dækvate i optimal diagnosticering og patienthåndtering. Hovedpine er kompliceret at diagnosticere, men nuværende evidens peger generelt på, at differentialdiagnostik af hovedpine er vejen til succesfuld håndtering.

Casen ovenfor kunne rumme mulighed for flere hovedpinetyper; her eksemplificeres nogle af mulighederne for diagnostiske og håndteringsmæssige overvejelser i relation til »hovedpine« ud fra ovenstående case om hovedpine;

Cervikogen hovedpinetype:

Det er dokumenteret, at cervikogen hovedpine kan indeholde nogle af de symptomer, som er beskrevet i casen ovenfor. Det er i studier påvist, at de øvre cervikale segmenter – særligt facetled – kan være årsag til denne hovedpinetype. Ved samtidig fravær af tegn på migræne, spændingshovedpine, andre hovedpineformer eller røde flag er det også fundet, at der er stærk diagnostisk værdi af følgende muskuloskeletale fund: Nedsat cervikal bevægelighed i en eller flere retninger (særligt rotation eller ekstension), segmentære manuelle fund i form af dysfunktion/smerte mellem C0-C3 og nedsat funktion af dybe cervikale fleksorer. Hvis samtlige fund er til stede er der i et studie fundet høj sensitivitet og specificitet i forhold til at skelne cervikogen hovedpine fra migræne og spændingshovedpine (Jull et al. 2007; Hall et al. 2010).

Videre er der moderat til stærk evidens for, at cervikogen hovedpine – inklusiv »kronisk« cervikogen hovedpine – responderer godt på muskuloskeletale interventioner som manuel terapi samt stabiliserende øvelser på både kort og lang sigt, med en begrænset behandlingsperiode. Herunder havde flere inkluderede patienter i et større RCT haft hovedpine i 6-12 år (Jull et al. 2002; Gross et al. 2007,)

Overvejelser: Muskuloskeletale syndromer er komplicerede og der er ikke altid tale om simple »belingsperioder« som for en »simpel« vævsskade som eksempelvis en fibersprængning. Muskuloskeletale dysfunktion og smerte influerer / vedligeholder sandsynligvis hinanden begge veje rundt, og kan være til stede over længere tid, om end der kan være komponenter af såvel perifer som centrale smertemekanismer involveret over tid. Nogle muskuloskeletale smerteproblematikker responderer godt på muskuloskeletale intervention, også selv om symptomerne er langvarige (»kroniske«).

Såfremt en sufficient anamnese og undersøgelse viser tydelige tegn på cervikogen hovedpine kunne specifikke muskuloskeletale interventioner evidensmæssigt være et væsentligt behandlingspotentiale til den »kroniske« hovedpinepatient. Evt. manglende effekt af tidligere »konserverende« intervention kan poten-

tielt skyldes manglende specialiseret udredning og uspecifik håndtering.

Yderligere anamnese og undersøgelse nødvendigt i casen ovenfor for differentialdiagnostik.

Spændingshovedpinetype (Tension Type Headache, TTH):

Hovedpinen i casen ovenfor er delvis bilateral og kunne også være en tensionshovedpine (TTH). Ligeledes oplever patienten øgede spændinger og triggere i form af stress samt kontorarbejde. Diagnosen TTH er kontroversiel, idet den primært er symptombaseret (ICHD-II). Generelt er der dog konsensus om, at TTH især i den kroniske form sandsynligvis indeholder en komponent af centrale smertemekanismer, hvorfor »triggerpunkter« lige vel kan være tegn på sensitivering som »perifert smerteinput« (Cathcart et al. 2010).

Overvejelser: Diagnosen TTH er primært klassifikationsbaseret ud fra symptomer (ICHD-II). Der er ikke endnu tydelig evidens for enkelte interventioner, som har god effekt på TTH (Josefsen 2005), (Torelli 2004). Evidensgrundlaget for ætiologien er endnu ikke afdækket sufficient til at give fuld forståelse for fænomenet. Hypoteserne for udredning og intervention kunne ligge på særligt to områder

- *central sensitivering; er der markører, der tydeligt antyder, at patienten er centralt sensitiveret og er påvirket / vedligeholdt af kognitive forhold, emotionelle stressorer og psyko-social kontekst? Yderligere anamnese nødvendigt i casen ovenfor.*
- *»perifert« input: Er der differentialdiagnostiske overvejelser i.f.t. symptomgivende strukturer eller biomekanisk vedligeholdende faktorer (eks. Kæbe eller nakke) eller egentlige muskulære dysbalancer til stede? Yderligere undersøgelse nødvendigt i casen ovenfor.*

Migrænetype:

Diagnosen migræne er primært anamnestisk ud fra klassifikationskriterier. I casen ovenfor er symptomerne primært unilaterale, kendetegnende for migræne, og casen kunne potentielt rumme yderligere migræne-indikatorer (f.eks. pulserende karakter, anfald 4-72 timer, forværring ved pulsøgende aktiviteter, lys/lydfølsomhed, kvalme/opkast, familær disposition, evt. cyklusrelateret / hormonel påvirkelig).

Migræne er en selvstændig primær hovedpinetype, som starter »centralt« (ICHD-II). Den er dog ikke blot en »central sensitivering« da nyere forskning antyder, at der er et særligt aktivi-

Uddannelsen i
Muskuloskeletal
Fysioterapi –
muskuloskeletal.
dk/uddannelse



tetsmønster ved funktionel MRI af hjernen, hvor særlige områder i hjernen er aktiveret ved migræne – sammenlignet med det aktivitetsmatrix, der er aktivt ved smerte generelt eller ved f.eks. central sensitivering (IASP Website 2011). Dybe strukturer i hjernen ser ud til neurofysiologisk at starte mekanismerne, som dernæst udskiller sensitiverende stoffer og muligvis påvirker nociceptorer omkring kar i hjernen. Arvelighed spiller en rolle, og det er foreslået, at migræne skyldes en særlig ændret / dysfunktionel tilstand i hjernen, evt. af biologisk karakter.

Den eneste dokumenterede / anerkendte effektive behandling af migræne er med forskellige typer af migrænemedicin, og andre interventionstyper – herunder konservative – ansues højst som lindrende.

Overvejelser: Migræne er antageligt »biologisk« i ætiologi, udspringer fra hjernen, men er ikke fuldstændig klarlagt i natur. Yderligere anamnese påkrævet i casen ovenfor for at stille diagnosen som hypotese, evt. paraklinisk neurolog bistand og migrænemedicin nødvendig for endelig diagnose (og behandling).

Blandet hovedpinetype:

Blandet hovedpinetype ses hyppigt, måske i 50% af visse hovedpineformer. I disse tilfælde er det væsentligt at kunne identificere samtlige hovedpineformer og anvende blandede behandlingsstrategier for en sufficient strategi, patientuddannelse og samlet set god prognose. (Jull et al. 2007; Amiri et al. 2007). Der kunne f.eks. være brug for både muskuloskeletal intervention, migrænemedicinering gennem neurolog og psykologbistand med f.eks. kognitiv form.

Overvejelser: Yderligere anamnese og undersøgelse nødvendigt i casen ovenfor. Ved blandet hovedpinetype desuden vigtigt med fokus på patientuddannelse, så alle aspekter af hovedpineformerne forstås; herunder hvilke hovedpinetyper der potentielt kan afhjælpes og hvilke der ikke kan – så det samlede billede »afsløres« for både patient og terapeut. Ligeledes imperativt for compliance at effektmål er tydelige for både patient og terapeut, så der monitoreres på alle aspekter af hovedpineformerne.

Chiari malformation – eksempel på differentialdiagnostik:

Chiari malformation er en tilstand, hvor cerebellum og/eller medulla oblongata presses ned gennem foramen magnum, typisk af hereditær årsag. I nogle tilfælde opstår symptomerne først i voksenlivet, med begyndende symptomer; f.eks. nakkesmerter og hovedpine, og i progredierende

tilfælde med neurologiske deficits (Worth & Milanese 2012).

Overvejelser: Røde flag overvejelser og differentialdiagnostiske overvejelser er altid imperativt og essentielt før end »central sensitivering« med »kroniske smerter«- eller muskuloskeletale fund – står tilbage som forklaringsmulighed. I forhold til denne hypotese, er det ud fra casen bl.a. væsentligt at udføre neurologisk / røde flag screening i anamnese og fysisk undersøgelse.

Yderligere anamnese og undersøgelse nødvendigt i casen. Evt. paraklinisk behov for billeddiagnostik af forholdene omkring CNS og foramen magnum ved mistanke.

Andre overvejelser – eksempler:

- VBI / CAD; er der tegn eller risikofaktorer vedrørende nakkens arterielle forsyning til centralnervesystemet?
- Medicinering; er der tegn på medicininduce-rede symptomer såsom medicinoverforbrugs-hovedpine?
- Neurogene smerter; er der tegn på dura eller medulla symptomer – eller occipitale neuralgier eller trigeminus neuralgier?
- Tidligere trauma; er der tegn på f.eks. commotio sequelae efter hovedtraume (med mulige cerebrale / kognitive deficits) – eller ligamentøs instabilitet høgervicalt?
- Central sensitivering; Er der anamnesticke eller fysiske tegn på en grad af central sensitivering med opregulering af symptomoplevelserne?
- Kognitive / emotionelle forhold; Er der tegn på vedligeholdende faktorer, evt. reduceret stresstærskel som følge af ændret kognition, som kunne bidrage til central sensitivering?
- Kontraindikationer i.f.t. systemiske lidelser, sygdomstilstande eller røde flag?

Overvejelser: Yderligere anamnese og/eller fysisk undersøgelse nødvendigt i casen.

Opsamling case med eksemplificeringer

Casen med »hovedpine« som emne er som nævnt ikke udtømmende og rummer mange flere muligheder, hvilket ville være for omfattende til denne artikeltype. Derimod er casen anvendt som eksempel til at tydeliggøre udfordringer i klinisk ræsonnering, som beskrevet af forfatteren og forskellige eksperter indledende i denne artikel.

Som det fremgår i eksemplerne på overvejelser i den korte præsentation, er diagnostik i muskuloskeletal fysioterapi mere omfattende end simpel

Klinisk Ræsonnering i Muskuloskeletal Fysioterapi

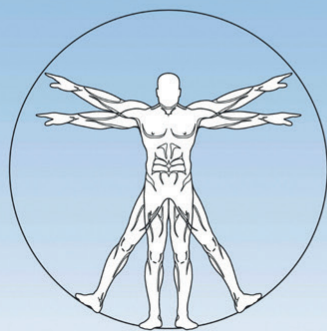
Diagnostiske overvejelser:

- Kontraindikationer og Røde flag
- Symptomgivende strukturer
- Smertemekanismer
- Vedligeholdende biomekaniske faktorer

Narrative overvejelser:

- Patient perspektivet
- Deltagelse og aktivitet
- Vedligeholdende psychosociale faktorer

Mål og forventninger



Behandlings overvejelser:

- Metoder, teknikker, øvelser, træning
- Undervisning, vejledning, rådgivning
- Samarbejde
- Interaktion
- Prognose
- Etik



Danske Fysioterapeuters Fagforum
For Muskuloskeletal Fysioterapi

Fig 1; Model for klinisk ræsonnering

»pendulering« mellem akutte/kroniske smerte-problematikker eller pendulering mellem »hands on« eller »hands off«. En lineær overførsel til patienthåndtering og interventionstype er sjældent muligt f.eks. ud fra varigheden af symptomerne.

Muskuloskeletale smertesyndromer – og andre diagnoser – kan være både akutte og længe-revarende, og en »lineær« afskrivning af muskuloskeletale interventioner til kroniske smerteproblematikker ville være en inadækvat strategi. Omvendt kan central sensitivering være mere eller mindre til stede hos den enkelte patient, og i visse tilfælde være den overskyg-gende del af patientens symptomer. Her er det essentielt at ræsonneringen rummer mere end »muskler og led«, og samtidigt adresser psy-ko-sociale forhold i både undersøgelse og pa-tienthåndtering.

Central sensitivering kan spille en rolle, sær-ligt i længerevarende smertetilstande, og suffi-cient identifikation i undersøgelsen kan guide valg af diagnose og interventionstyper. Samtidig foreslås central sensitivering ofte at være en side-

løbende størrelse, der co-existerer ved siden af kendte biologiske tilstande ((Nijs & Van Houdenhove 2009; Nijs et al. 2011)

Det er samtidig vigtigt at huske, at kognitiv intervention også rummer potentialer til positiv effekt i tidlige stadier, ikke kun langvarige til-stande. F.eks. gennem mindskeelse af frygt og øget forståelse hos patienten, hvormed de kogni-tive og emotionelle faktorer allerede fra start fyl-der mindre som vedligeholdende faktorer.

Differentialdiagnostik – biopsykoso-cial tilgang – Evidensbaseret praksis

Differentialdiagnostik er vejen til succesfuld behandling; dette må gå hånd i hånd med bud-skabet om bredden og dybden i en bio-psy-ko-social tilgang – uden at man risikerer at svinge med pendulet ud i en af tidens trend-grøfter, og dermed overser vigtige områ-der af patientens samlede præsentation. Evi-densbaseret praksis er kompleks og i høj grad

FORTSÆTTES SIDE 8 >

KLINISK RÆSONNERING

Kristoffer Dalsgaard, Hans Kromann Knudsen og Inge Ris gennemførte i 2009 projekt »Klinisk Ræsonnering«, som en del af et kvalitetsudviklingsprojekt i Muskuloskeletal Fysioterapi. Herunder kan du læse mere, inkl. Artikel og model for ræsonnering, på både muskuloskeletal.dk og fysio.dk:

- muskuloskeletal.dk: Fag & Forskning / Kvalitetsudviklingsprojektet / klinisk ræsonnering.
- fysio.dk: fag og forskning / temaer / klinisk ræsonnering.

Desuden kan du til inspiration finde case rapporter skrevet af kursister på muskuloskeletal.dk

CENTRAL SENSITIVERING

- Andersen og Josefsen, Central Sensitivering, Muskuloskeletal Fysioterapi 2010, 3.

I artiklen præsenteres fænomenet central sensitivering og mulige fund der kan indikere, at central sensitivering er til stede. Ligeledes præsenteres overvejelser i håndteringen af patienter med central sensitivering.

www.muskuloskeletal.dk/fagblad

- Tre MasterClass artikler af Nijs et al er publiceret i Manual Therapy Journal og beskriver central sensitivering ved muskuloskeletal smerte; herunder er den ene artikel beskrevet som en guideline (Nijs & Van Houdenhove 2009; Nijs et al. 2011; Nijs et al. 2012).

www.manualtherapyjournal.com

Hovedpine

Se referencerne vedr hovedpine; artiklerne rummer flere referencer.

Se evt. www.cervikogen.dk.

REFEREREDE SMERTER OG CASES

»Hvordan ville du behandle Karen og Henrik«; I Fysioterapeuten 1-2013 og på fysio.dk beskriver Jeppe Thue Andersen i en artikel fænomenet refererede smerter og lægger med to cases op til diskussion af patienthåndtering. Læs mere på www.fysio.dk.

afhængig af klinisk ræsonnering og ekspertise – hvor såvel vidensbasen (evidens for fagområdet) er present og bred samt den kliniske ræsonnering er nuanceret og i interaktion med patientens præferencer.

I hovedpinecasen ville en differentialdiagnostisk tilgang rumme såvel »hands on« som »hands off« tilgange, der adresserede både bio-, psyko- og sociale forhold i diagnostik og håndtering. Interventionen ville rumme forskellige komponenter, alt efter diagnosen, evidensen for diagnostiske metoder og interventionsmuligheder, samt om der var central sensitivering til stede eller ej.

Opdateret model for klinisk ræsonnering i muskuloskeletal fysioterapi

I Muskuloskeletal Fysioterapi arbejdes der i dag ud fra en opdateret model i klinisk ræsonnering, som bl.a. bygger på arbejder af bl.a. Edwards og Jones (Jones, Jensen, Edwards 2008, Jones, Rivett 2004). Et projekt startet af DFFMF med Hans Kromann Knudsen, Inge Ris og Kristoffer Dalsgaard mundede i 2009 bl.a. ud i en rapport og artikel, som præsenterer den model for klinisk ræsonnering, der anvendes i dag (Ris et al 2009).

Spør i den kliniske ræsonnering:

En hovedkonklusion er, at fysioterapeuter ræsonnerer i flere spor. Særligt fremhæves sporene diagnostisk ræsonnering og narrativ ræsonnering. Sammenlagt bidrager disse ræsonneringsspor til et tredje spor, som omhandler diverse behandlings- og håndteringsovervejelser (se fig 1; model for klinisk ræsonnering).

8 hypotesekategorier:

I indsamlingsen og bearbejdningen af oplysninger i ræsonneringsprocessen arbejder fysioterapeuter med 8 hypotesekategorier.

1. Aktivitet og deltagelse
2. Patientens perspektiv på egen situation
3. Vævsheling og smertemekanismer
4. Involverede symptomgivende strukturer og funktionsændringer
5. Vedligeholdende og prædisponerende faktorer
6. Særlige hensyn og kontraindikationer
7. Håndtering og behandling
8. Prognose

Der arbejdes samtidigt med den collaborative biopsykosociale model for klinisk ræsonnering, hvor såvel terapeut som patient udvikler viden, forståelse og indsigt i den kliniske ræsonnerings-

proces (Jones, Jensen, Edwards 2008). Herunder søges svar og forståelse i hypotesegenereringen hos begge parter; bl.a. med hensyn til »Hvad er galt«, »Hvad kan der gøres«, »Hvor længe varer det«, »Er det noget farligt« etc.

Hypotesekategorierne rummer samlet set flere muligheder for interagerende »årsager« og »effekter« for en patients symptom- og funktionsbillede; både med hensyn til mulige smertegivende strukturer, smertemekanismer, vedligeholdende faktorer (biomekanisk og psykosocialt), røde flag overvejelser, patientens egenindsigt og forventninger etc. Håndteringsmæssige overvejelser omhandler bl.a. kommunikation, interventionsmuligheder og etiske overvejelser (se fig 1).

Træning i denne form for klinisk ræsonnering har til formål at stimulere terapeuten til et både bredt og dybdegående undersøgelses- og kommunikationsrepertoire, så der kan skabes en nuanceret hypoteseopstilling – og dermed et både nuanceret og specifikt samt ofte multimodalt behandlingsvalg. Herunder har træningen også til formål at afdække udviklingspotentialer for terapeuten med hensyn til klinisk ræsonnering, viden/kendskab til evidens, kommunikation og praktiske færdigheder i undersøgelse og behandling m.m.

Færdighedsbegrebet og klinisk ræsonnering

»Færdighedsbegrebet« eller »clinical skill« er lige så interessant i denne sammenhæng, da klinisk ræsonnering (tænkning) ikke kan stå alene. Betraget som færdigheder hos eksperter har Michels et al i et modificeret Delphi studie beskrevet, at kliniske færdigheder hos læger bla. Indeholder færdigheder i: fysisk undersøgelse, praktiske procedurer, kommunikation og håndtering (Michels et al. 2012). At erhverve sig kliniske færdigheder indeholder ifølge studiet tre komponenter i læring

- at lære at udføre bestemte bevægelser (procedural viden).
- hvorfor man skal udføre bevægelserne (underliggende viden, evidens).
- at tolke hvad fundene betyder (klinisk ræsonnering).

Med andre ord er klinisk ræsonnering afhængig af en samlet færdighedskontekst, som i høj grad afgør, om »udførelsen« af bevægelser (tests, undersøgelser, spørgsmål, interventioner) er adækvate og om »tolkningen« af f.eks. fysiske og anamnesticke fund er valide og reliable.

Dynamik i uddannelse i muskuloskeletal fysioterapi (MF)

I uddannelserne i MF rundt omkring i verden er der altid dynamik og diskussioner om implementering af ny viden. Disse emner diskuteres bl.a. på IFOMPT møder. Ny viden om smerter er de senere år generelt blevet implementeret i teoriundervisningen, og godt på vej ind i den samlede ræsonnering, så den nye viden også implementeres i supervision m.m. på de fleste uddannelser (Nijs et al. 2012; Edwards & Jones 2013). Edwards og Jones pointerer dog vigtigheden i at implementeringen af ny viden foregår ikke blot på teori niveau, men inddrages i et uddannelsesforløb inklusive den kliniske ræsonnering i praksis (Edwards & Jones 2013).

I Danmark afspejler den nye kursusstruktur et øget fokus på implementering af smerteteori. Der er siden 2009 oprettet to kurser, hvor der er særlige foci på smerte, og i supervisionen samt på øvrige kurser implementeres fortløbende ny viden om smertemekanismer som en del af det samlede ræsonneringsfelt. Netop anvendt klinisk ræsonnering er det sted, hvor ny viden bringes i

spil og i balance med anden kendt viden og individuelle patienter.

Man kan overveje, om muskuloskeletale fysioterapeuter, der har taget uddannelsen for flere år tilbage, har brug for en opdatering på området. Dette foreslås bl.a. af Nijs et al 2012.

Smertekurserne på MF-uddannelsen i Danmark er desuden åbne for alle fysioterapeuter, ligesom supervision kan modtages af alle fysioterapeuter i Danmark.

- Hvor kan jeg læse mere om klinisk ræsonnering?
- Hvornår er en patient centralt sensitiveret – og hvad betyder det for praksis?
- Hvor kan jeg læse mere om hovedpine?

Se faktaboksen »Læs mere« i denne artikel

God vind – og god dynamisk, afbalanceret ræsonnering i teori og praksis.

REFERENCER

- Amiri, M. et al., 2007. Cervical musculoskeletal impairment in frequent intermittent headache. Part 2: Subjects with concurrent headache types. *Cephalalgia*, 27(8), pp.891–898.
- Cathcart, S. et al., 2010. Stress and tension-type headache mechanisms. *Cephalalgia*, 30(10), pp.1250–1267.
- Edwards, I. & Jones, M., 2013. Movement in our thinking and our practice. *Manual Therapy*, pp.1–3.
- EDWARDS, I. et al., 2004. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical Therapy*, 84(4), pp.312–330.
- Gross, A.R. et al., 2007. Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review. *The Journal of rheumatology*, 34(5), pp.1083–1102.
- Hall, T. et al., 2010. Reliability of manual examination and frequency of symptomatic cervical motion segment dysfunction in cervicogenic headache. *Manual Therapy*, 15(6), pp.542–546.
- IASP website 2011, Neuroimaging in headache, www.iasp-pain.org.
- ICHD-II, International Classification of Headache Disorders 2nd. www.ihc-classification.org.
- Jones, Rivett 2004, Clinical Reasoning for Manual Therapists, Elsevier 2004.
- Jones, Jensen, Edwards, Clinical Reasoning in Physiotherapy, CHPT 22 IN: Higgs et al, Clinical Reasoning in the Health Professions 3rd, 2008.
- Josefsen, M.B., 2005. Cochrane review: Konservativ behandling af hovedpine (fys_16-2005). pp.1–4.
- Jull, G. & Moore, A., 2012. Hands on, hands off? The swings in musculoskeletal physiotherapy practice. *Manual Therapy*, 17(3), pp.199–200.
- Jull, G. & Sterling, M., 2009. Bring back the biopsychosocial model for neck pain disorders. *Manual Therapy*, 14(2), pp.117–118.
- Jull, G. et al., 2002. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine*, 27(17), pp.1835–43; discussion 1843.
- Jull, G. et al., 2007. Cervical musculoskeletal impairment in frequent intermittent headache. Part 1: Subjects with single headaches. *Cephalalgia*, 27(7), pp.793–802.
- Michels, M.E.J., Evans, D.E. & Blok, G.A., 2012. What is a clinical skill? Searching for order in chaos through a modified Delphi process. *Medical Teacher*, pp.e1–e9.
- Nijs, J. & Van Houdenhove, B., 2009. From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual Therapy*, 14(1), pp.3–12.
- Nijs, J. et al., 2011. How to explain central sensitization to patients with »unexplained« chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Manual Therapy*, 16(5), pp.413–418.
- Nijs, J. et al., 2012. Thinking beyond muscles and joints: Therapists »and patients« attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy*, pp.1–7.
- Ris, Dalsgaard og Knudsen, Fra tanker til handling - vejen til en klinisk beslutning, Fysioterapeuten 11-2009.
- Torelli et al 2004, Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study, *Cephalalgia* 2004 24, pp 29-36.
- Worth, D.R. & Milanese, S., 2012. Chiari Malformation Type I, presenting as scapulothoracic pain: A case report. *Manual Therapy*, 17(2), pp.172–174.
- Zusman, M., 2013. Hands on, hands off? The swings in musculoskeletal physiotherapy practice. *Manual Therapy*, pp.1–1.

RISIKOFAKTORER

De følgende faktorer er associerede med en øget risiko for CAD

- Historie med traume af cervikal columna
- Historie med migræne
- Hypertension
- Hjerter-kar sygdomme
- Hypercholesterolemia / hyperlipidemia
- Diabetes mellitus
- Antikoagulationsbehandling
- Lang tids brug af steroider
- Tidligere rygning
- Nylig infektion
- Umiddelbart efter fødslen
- Fravær af en plausibel mekanisk forklaring på patientens symptomer.

RISIKOFAKTORER

De følgende faktorer er associerede med en øget risiko for øvre cervikal instabilitet

- Tidligere traumer (f.eks piskesmæld, rugby hals skade)
- Halsbetændelse
- Medfødte kollagen kompromis (f.eks syndromer: Downs, Ehlers-Danlos, Grisel, Morquio)
- Inflammatoriske arthritides (f.eks leddegigt, ankyloserende spondylitis)
- Nylig nakke / hoved / dental kirurgi.

International Framework for Examination of the Cervical Region for potential of Cervical Arterial Dysfunction prior to Orthopaedic Manual Therapy Intervention

Authors: Rushton A, Rivett D, Carlesso L, Flynn T, Hing W, Kerry R.

Af Jeppe Thue Andersen, MaMT og specialist i muskuloskeletal fysioterapi

Alvorlige patologier som »Cervical Artery Dysfunction« (CAD – med vertebrobasilar insufficiens (VBI) eller påvirkning af a.carotis) eller øvre cervikal instabilitet, kan i tidlige faser manifestere sig ved symptomer, som kan indikere muskuloskeletal dysfunktion. Sandsynligheden for, at patienter opsøger fysioterapeuter for at afhjælpe sådanne symptomer er derfor til stede. Derfor er det som praktiserende fysioterapeut vigtigt at være opmærksom på, at der er en reel risiko for at patienter har en »ikke-identificeret« alvorlig patologi. Ligeledes er det nødvendigt, at have kompetencer til at screene og undersøge patienter, hvor det er nødvendigt at afkræfte hypoteser om alvorlig patologi.

På IFOMPT kongressen i Rotterdam i 2008, blev det vedtaget, at der skulle udarbejdes et konsensus dokument omkring »best practice« omkring CAD. Det er blevet til en form for guide / retningslinje til cervikal undersøgelse, der kan anvende til identificering af alvorlig patologi i cervikal columna. Dokumentet er udarbejdet i et samarbejde mellem ressource personer fra IFOMPT gruppen og internationale eksperter på området. Det færdige dokument ligger nu frit tilgængeligt på IFOMPTS hjemmeside (www.ifompt.org).

Denne tekst giver en kort præsentation af dokumentet.

Alvorlige cervikale patologier som CAD, ligamentær instabilitet kan ofte identificeres ved en grundig anamnese og undersøgelse. Identificering er ikke muligt på baggrund af et enkeltstående

subjektivt eller objektivt fund. Diagnostisering må derfor baseres på klinisk ræsonnering ud fra alle indsamlede data fra både anamnese og undersøgelse.

Vigtigheden af observation af patienten

Symptomer på alvorlig patologi kan manifestere sig tidligt i undersøgelsen af patienten, hvor der er mulighed for at observere eventuelle indikatorer på »røde flag« såsom; gangforstyrrelser, subtile tegn på balance dysfunktion eller 1. motor neuron påvirkning, kraniennerve dysfunktion, og adfærd, der tyder på øvre cervikale ustabilitet (f.eks angst, støtte hoved / hals).

Baseret på evaluering og fortolkning af informationerne fra patientens historie, skal fysioterapeuten beslutte:

- Om der nogen kontraindikationer for fysioterapi
- Hvilke tests der skal indgå i undersøgelsen?

Blodtryk

Hypertension betragtes som en risikofaktor for udvikling af a.carotis og a.vertebralis patologi. Evaluering af blodtryk som en del af den fysiske undersøgelse kan derfor inkluderes i den fysioterapeutiske undersøgelse. Patienter med hypertension, som ikke tidligere er blevet identificeret, bør rådes til at diskutere mulige konsekvenser med deres praktiserende læge.

Tabeller med information om differential diagnostiske overvejelser

	Påvirkning af a. carotis
Mulige fund tidligt i forløbet	Smerter; – Mid-øvre cervikalt, omkring øret og kæben, fronto-temporo-parietal – Ptose; – Kraniennerve dysfunktion (VIII-XII); – Akutte smerter der beskrives som "unlike any other"
Mulige fund senere i forløbet	– Forbigående retinal dysfunktion – Forbigående iskæmisk anfald – Cerebrovaskulære tilfælde.

	VBI
Mulige fund tidligt i forløbet	Smerter; – Mid-øvre cervikalt, occipitalt – Akutte smerter der beskrives som "unlike any other"
Mulige fund senere i forløbet	5 D'er; – Dobbeltsyn, Dysartri (talebesvær), Dysfagi (synkebesvær), Dizziness (svimmelhed), Drop attacks 3 N'er – Nause (kvalme), Nystagmus, Numbness (følseløshed) Desuden – Ataksi, opkastning, hæshed, tab af korttidshukommelsen, vage, hypotoni / lemmer svaghed, anhidrose [mangel af ansigts sved], høre forstyrrelser, utilpashed, fotofobi, klodsethed og agitation, kranienerver dysfunktion, baghjernens slagtilfælde (f.eks Wallenberg syndrom).

	Øvre cervikal instabilitet
Mulige fund tidligt i forløbet	– Cervikale og/eller kranielle smerter – Følelse af instabilitet – Hyperaktivitet af cervikale muskler – Trang til at støtte hovedet – Symptomer som er i forværring
Mulige fund senere i forløbet	– Bilateral fod og hånd dysthaesia; – Følelse af klump i halsen; – Metallisk smag i munden (VII); – Arm og ben svaghed; – Manglende koordination bilateralt.

Test af Craniovertebrale ligamenter

Instabilitet af de craniovertebrale ligamenter kan kompromittere vaskulære og neurologiske strukturer i øvre cervikale columna. Mulige pato-anatomiske mekanismer inkluderer; C1-C2 instabilitet som kan medføre unormalt tryk på cervikale nerver, påvirkning af a.vertebralis og medullær kompression. Tilstedeværelsen af høj-cervikal ligamentær instabilitet er en klar kontraindikation for anvendelse af manuelle teknikker.

Høj cervikal instabilitet kan forårsages af påvirkning af et eller flere af følgende ligamenter; det anterior og posterior longitudinale ligament, l. interspinosus, l. intertransversarium, membrana tectoria, l. alaria, l. transversum eller l. flavum,

Symptomer og tegn på ustabilitet omfatter:

- Paræstesi forårsaget af dysfunktion af n. hypoglossus, og den ventrale ramus (hals-tunge paræstesi) og den dorsale ramus af C2 (facial følseløshed)
- Drop attacks

- Bilaterale motorisk påvirkning med nedsat kraft / inkoordination (OE og/eller UE)
- Nystagmus
- Kvalme.

Traditionelt undersøges de høj-cervikale ligamenter med fx Sharp-Purser test, med henblik på at vurdere integriteten af l. transversum eller test af l. alaria ved lateral flexion eller rotation – med samtidig monitorering af C2.

Tegn på instabilitet kan omfatte:

- Hypermobilitet eller tomt ende-feel
- Reproduktion af symptomer
- Nystagmus og kvalme.

Neurologisk undersøgelse

Undersøgelse af perifere nerver, kranienerver samt screening for en 1. neurons påvirkning kan inkluderes i undersøgelsen, for at afdække neuro-vaskulære forhold (www.neuroexam.com).

**IFOMPT: LÆS DOKUMENTET PÅ WWW.IFOMPT.ORG**

Dokumentet er udarbejdet i et samarbejde mellem ressource personer fra IFOMPT gruppen og internationale eksperter på området. Det færdige dokument ligger nu frit tilgængeligt på IFOMPTS hjemmeside (www.ifompt.org). Denne tekst giver en kort præsentation af dokumentet.

VIND ET MF KURSUS

Deltag på informationsmødet om uddannelsen i.f.m. generalforsamlingen – der trækkes lod blandt deltagerne. Værdi op til omtrent kr. 10.000,- (alt afhængigt af kursus ønske / mulighed).

»Positional test«

Vurdering af symptom-respons ved placering af cervikal columna i provokerende stillinger, anvendes ofte til at teste vaskulære forhold. Hensigten med testene er, at »udfordre« den vaskulær forsyning til hjernen. Tilstedeværelsen af tegn eller symptomer på cerebrovaskulær iskæmi under – eller umiddelbart efter – testene tolkes som en positiv test. Vedvarende »end-range« rotation er blevet anbefalet som test, og er blevet beskrevet som den mest provokerende og pålidelig test. Den vedvarende pre-manipulations test position er også blevet anbefalet. Imidlertid er den prædiktive værdi af begge disse test ikke tilfredsstillende.

HenviS videre til yderligere udredning

Der er ingen standardiserede kliniske retningslinjer for medicinsk diagnosticering og identifi-

cering af CAD. Teksten anbefaler, at fysioterapeuten følger national politik ved at henvise til yderligere undersøgelse, når det vurderes relevant. Duplex ultralyd er billig og non-invasiv, vil ofte væreS første billeddiagnostiske værktøj der anvendes ved den medicinske udredning.

Fysioterapeuter bør henvise til øjeblikkelig medicinsk udredning, når deres hypotese om alvorlig patologi støttes af retningslinjerne beskrevet i IFOMPT teksten.

Dokumentet afrundes med guidelines for »ansvarlig anvendelse af cervikale manipulationer« samt et afsnit der giver forslag til kommunikation til medier omkring emnet. Spændende læsning, der som nævnt kan findes på www.ifompt.org.

Generalforsamling 2013

Danske Fysioterapeuters
Fagforum for
Muskuloskeletal Fysioterapi



Generalforsamlingen afholdes den 15. marts 2013 kl 13-15 på Professionshøjskolen Metropol, Sigurdsgade 26, 2200 Kbh N.

- Informationsmøde om uddannelsen i MF.
- Vind et kursus.
- Generalforsamling.
- Årsberetning 2012 – online.

Informationsmøde om uddannelsen i MF: Kl 13-14

Her får studerende og uddannede fysioterapeuter mulighed for at få et indblik i uddannelsen i MF. Læs endvidere mere på www.muskuloskeletal.dk og det internationale forbunds hjemmeside www.ifompt.com for at få et indblik i dette speciale område for fysioterapeuter.

Vind et MF-kursus: Du kan blive den heldige vinder af et MF-kursus, hvis du deltager.

Generalforsamling: Kl. 14-15

Dagsorden ifølge lovene

1. valg af dirigent
2. årsberetning
3. fremlæggelse af det reviderede regnskab til godkendelse
4. fastsættelse af kontingent
5. indkomne forslag
6. valg af bestyrelsesmedlemmer
7. valg af suppleanter
8. valg af revisorer
9. eventuelt

Indkomne forslag skal fremsendes til Martin Josefsen, email: mbj@rygfys.dk senest 14 dage før afholdelse af generalforsamlingen.

Årsberetning 2012 – online

Årsberetningen kan læses og downloades på hjemmesiden (muskuloskeletal.dk – Fag & Forskning – Organisatoriske beretninger). Her kan du også finde tidligere årsberetninger samt seneste nyhedsbreve fra IFOMPT.

Efficacy of a classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific low back pain. A randomized controlled trial

Kjartan Vibe Fersum et al. *European Journal of Pain* (accepted 2012, online)

Ref. af Kasper Ussing, Muskuloskeletal Fysioterapeut, MaMT, Rygcenter Syddanmark

Baggrund

Evidensen for behandling af non-specific chronic low back pain (NSCLBP) viser, at der ikke er forskel mellem de hyppigst anvendte interventionstyper; manuel terapi (herunder manipulation), kognitiv terapi (CBT), akupunktur og øvelser (herunder MDT og stabilitetstræning). Ydermere er effekten af disse interventionstyper meget begrænset. De fleste studier viser en ændring i smerteintensitet på mellem 1,5-2, målt på 0-10 skala (PINRS).

Der er to mulige forklaringer på det:

- 1) Manglende forståelse for at NSCLBP er et multidimensionalt problem, hvor såvel fysiske som kognitive faktorer spiller en rolle, der vedligeholder smerten. De fysiske faktorer er blandt andet provokerende holdnings- og bevægelsesmønstre, eleveret spændingsniveau i musklerne, uhensigtsmæssig smerteadfærd, og deconditionering. De kognitive faktorer, som bidrager til vedligeholdelse af smerter er katastrofering, negative tanker, fear/avoidance, nervøsitet, depression, stress, samt dårlige coping og pacing strategier.
- 2) Mangel på et multidimensionalt klassifikationssystem (MDKS) til at målrette interventionen efter både patientens kognitive og fysiske faktorer. Selv om der findes god evidens for at klassificere patienterne efter flere parametre, er der ganske få studier der anvender denne brede tilgang til patienten.

Peter O'Sullivan har udviklet et klassifikationssystem, hvor patienter med NSCLBP klassificeres indenfor en bred biopsykosocial ramme, og som samtidig giver mulighed for personorienteret håndtering, kaldet »Classification-based cognitive functional therapy« (CB CFT). Interventionen er direkte rettet mod uhensigtsmæssige bevægelsesmønstre og smerteadfærd i en kognitiv ramme med fokus på funktionel rehabilitering.

Klassifikationssystemet har en god intertester-reliabilitet og flere studier har valideret de musklære og kinematiske forskelle mellem subgrupperne og asymptomatiske individer. (Dankaerts et al. 2009).

Metode

Design: Randomiseret kontrolleret studie, hvor effekten af CB CFT sammenlignes med manuel terapi kombineret med øvelser. Opfølgning efter 3 og 12 måneder.

Deltagerne skulle være mellem 18-65, smerter mere end 3 måneder, primære smerter mellem T12 og inferior glutaalregion, med smerteforværring / lindring ved bevægelser eller stillinger. Smerteniveau på 2 eller mere på en 0-10-skala.

Sygemelding mere end fire måneder, rygkirurgi, specifik LBP (prolaps, modic, spondylolistese mm.), reumatiske, neurologiske eller psykiske lidelser, malignitet og diffuse smerter i hele kroppen.

Måleredskaber

Primær opfølgning ved hhv. tre og tolv måneder bestod af smerteskala 0-10 og Oswestry Disability Index (ODI)

Sekundære parametre: fear/avoidance, antal syge dage, patient tilfredshed, behov for yderligere behandling, Hopkins symptom liste (nervøsitet og depression) total ROM Lx.

Interventionerne Classification based cognitive functional therapy (CB CFT)

Interventionen i CB CFT har fire komponenter: A) kognitiv komponent, hvor patienten forklares hvordan bevægelsesmønstre, smerteadfærd, livstilsvaner og forskellige psykologiske parametre som f.eks. stress, frygt, katastrofering og/eller negative tanker tilsammen udgør en »ond cirkel« der er vedligeholdende for smerterne. Efterfølgende forklares for patienten, hvordan interventionen vil rette sig mod disse komponenter. B) Specifikke øvelser designet til at normalisere uhensigtsmæssig bevægelsesadfærd., afhængigt af klassifikationen. C) Målrettet korrektion af bevægelsesmønstre/ aktiviteter, som patienten undgår eller er ophørt med grundet smerter. D) Fysisk aktivitet minimum 3-4 gange, af 20-30 minutters varighed.

Behandlingen i denne gruppe udføres af fysioterapeuter med ca. 100 timers træning i CB CFT, i en periode over 12 uger.

KURSUS-
KALENDER
ONLINE



REFERENCER

- Assenfeldt et al. (2004). Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochrane Database Systematic Review* (1) CD000447
- Briggs et al. (2010). Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *Pain*, vol. 150, issue 2, 275-283.
- Dankaerts et al. (2009) Discriminating healthy controls and two clinical subgroups of nonspecific chronic low back pain patients using trunk muscle activation and lumbosacral kinematics of posture and movements: A statistical model. *Spine* 34, 1610-1618.
- Hill et al. (2011) Comparison of stratified primary care management of low back pain with current best practice (StarT Back): a randomized controlled trial. *The Lancet*. Vol. 378, Issue 9802, pp. 1560-1571, 29 Oct. 2011.

Manuel terapi og øvelser (MT-ØV)

Behandlingen i denne gruppe bestod i studiet af manipulation og ledmobilisering af columna og pelvis afhængigt af fund ved undersøgelsen. Dette blev kombineret med hjemmeøvelser og stabilitetstræning i funktioner, bestemt af den kliniske ræsonnering.

Behandlingen blev udført af specialister i manuel terapi, med en gennemsnitlig erfaring på 25,7 år.

Interventionen i begge grupper var pragmatisk, hyppigheden af behandlingssessioner blev bestemt af den enkelte kliniker. Behandlingsgennemsnit i MT-ØV gruppen var 8,0 behandlinger og 7,7 i CB CFT. Indledende undersøgelse tog ca. 1 time. Op følgende besøg 30-45 minutter.

Resultater

121 patienter opfyldte inklusionskriterierne, 62 i CB CFT og 59 i MT-ØV gruppen.

Begge grupper var forbedret signifikant ved både 3 og 12 måneders follow up. Efter justering for baseline- forskel var der en både klinisk og statistisk signifikant forskel mellem de to grupper, til fordel for gruppen, der modtog CB CFT, både i primære og sekundære outcomes.

Ændringen i funktionsniveau ved 12 måneder (ODI) i CB CFT gruppen var 13,7 points i gennemsnit, mod 5,5 i MT-ØV. Samme tendens sås ved ændringen i smerteniveau, hvor CB CFT ændrede sig 3,2 points (0-10 skala), mod 1,5 i MT-ØV. I de sekundære outcomes var der ligeledes signifikant større forbedring i CB CFT gruppen.

Diskussion

Begge interventioner havde effekt ved 12 måneders opfølgning. CB CFT-gruppen havde bedre resultat målt på alle parametre (både primære og sekundære outcomes). Behandlingseffekten i MT-ØV-gruppen, var den samme, som tidligere studier, der har afprøvet manuel terapi og øvelser på kronisk LBP. (Assenfeldt et al. 2004).

Forskellen mellem behandlingseffekten i de to grupper kan betyde, at det er tid til et paradigmeskift, således at vi må bevæge os væk fra en biomekanisk håndteringsmodel for LBP og i retningen af en mere biopsykosocial model, der inkorporerer patientens »beliefs« og smerteadfærd, frem for »signs and symptoms«. Dette synspunkt forstærkes af, at vi allerede ved at kognitive og adfærdsmæssige aspekter er stærkere prædiktorer for lændepatientens outcome end biomekaniske aspekter

Dette er den første RCT, der direkte adresserer uhensigtsmæssige bevægemønstre baseret på den enkelte patients præsentation med en kognitiv tilgang. Da CB CFT består af fire komponenter, er det uvist, hvordan hver enkelt komponent bidrager. Derfor er det svært at fastslå om den specifikke bevægetræning med øget kropsbevidsthed, eller om det er afslapning af den anspændte holdning hvor patienten, normaliseringen af uhensigtsmæssige bevægemønstre, der er årsagen til den gode effekt af interventionen. Det kan også være at effekten skyldes, at tilgangen til patienterne er meget funktionel, og interventionen tager udgangspunkt i den enkelte patients smertegivende funktioner (eller de bevægelser de frygter), hvor der samtidig arbejdes med patientens »beliefs« omkring disse funktioner, for at fremme selv-håndtering og øge forståelsen af årsagen til smerterne samt give en bedre smertekontrol.

Man kan antage at det er den »samlede pakke«, der giver den gode effekt.

Referentens tanker

Dette studie viser med al tydelighed, at vi som muskuloskeletale fysioterapeuter, ikke opnår de bedste resultater ved, alene at forbedre vores biomekaniske ræsonnering, og vores evne til at instruere i meget specifikke øvelser og manuelle færdigheder. En stor del af CB CFT handler om kommunikation; terapeutens evne til at få patienten til at reflektere over sin egen »beliefs« og bevægeadfærd.

Jeg mener at dette studie viser, et behov for at vi fortsat bliver dygtigere kommunikativt, således vi bedre kan inddrage alle bidragende aspekter af patientens præsentation i vores intervention. At fastholde biomekaniske forklaringsmodeller for kroniske smertetilstande er ikke hensigtsmæssigt. Briggs et al, har i et spændende kvalitativt studie vist, at kroniske LBP patienter med høj »disability«, typisk har en meget biomekanisk forståelse af deres problem, sammenlignet med patienter med lavere disability. Så spørgsmålet er, om vi bidrager til øget disability, ved fortsat at bruge meget biomekanisk orienteret forklaringsmodeller til vores patienter?

Lad os håbe at dette studie, og oversættelsen og valideringen af Start Back Screening Tool (Hill et al. 2011), vil øge fysioterapeuters, og den øvrige del af sundhedsvæsnets, opmærksomhed på vigtigheden af at kunne håndtere psykosociale faktorer hos patienter med kronisk LBP.



Nakkebesvær

Professor Gwendolen Jull (Australien)

Temadag 4. maj 2013 - Professionshøjskolen Metropol

Praktisk kursus 5.-6. maj 2013 – Fysiq Taarnby

Management of cervical spine disorders

Temadag 4. maj – Lecture Series Day 1

This course will present current issues and research in the management of patients with cervical disorders.

- The state of play in the management of cervical disorders
- Neuromuscular and sensorimotor function in neck pain disorders
- The nexus between articular, neuromuscular, neural system dysfunction in neck pain disorders
- Issues in the management of whiplash associated disorders
- Issues in the management of neck pain and headache

Det er muligt at tilmelde sig temadagen uden at deltage på det praktiske kursus.

Op til 200 deltagere efter først til mølle princippet.

Praktisk kursus 5.-6. maj – Practical course Days 2 and 3

This two day course will focus on practical application with demonstration. Participants will practice the techniques for the physical examination of patients with cervical spine disorders and treatment approaches with a special emphasis on manual therapy and therapeutic exercise. Case presentations and other clinical issues will be discussed.

- Day 2: Examination of the patient with cervical disorders
- Day 3: Management of patients with cervical disorders

Underviser: Prof Gwendolen Jull

Assistenter: Jeppe Thue Andersen, Audun Vestmoen og Martin B. Josefsen

Forudsætning for at deltage på det praktiske kursus er deltagelse på temadagen.

Op til 28 deltagere efter først til mølle princippet.

Professor Gwendolen Jull

Førende og internationalt anerkendt forsker i nakkebesvær fra Queensland Australien. Gwens forskning i mekanismerne bag – og følgerne af – nakkebesvær, har et stort klinisk fokus. Herunder optimering af differentialdiagnostik og behandlingsmuligheder i praksis. Hun har publiceret mere end 200 arbejder i form af artikler, tekstbøger og bogkapitler. Er desuden redaktør på Manual Therapy Journal, underviser på Master i Muskuloskeletal Fysioterapi (Queensland) og driver som muskuloskeletal fysioterapeut klinik på deltid. Har været keynote speaker på mere end 40 internationale konferencer indenfor de seneste 10 år. Er tildelt æresmedlemskab i flere organisationer som IFOMPT, APA m.fl.

<http://uq.edu.au/ccre-spine/gwen-jull>

Praktiske oplysninger og tilmelding

Tid og sted

- Temadag 4. maj kl 09.30-17.00 – Professionshøjskolen Metropol, Sigurdsgade 26, 2200 København Ø.

- Praktisk kursus 5.-6. maj – Fysiq Taarnby, Løjtegårdsvej 157, Kastrup.

Pris – 2 muligheder

1: Temadag 4. maj (uden praktisk kursus): 1.700 kr. medlemmer / 2.000 kr. ikke-medlemmer.

2: Temadag 4. maj samt Praktisk 2-dages kursus 5.-6. maj: 5.700 kr. medlemmer / 6.000 kr. for ikke-medlemmer.

Tilmelding

Senest 1. april 2013 efter først til mølle princippet.

Tilmelding sendes til kursus ansvarlig Line Thomasson på: mfkurser@gmail.com

Husk i tilmeldingsmail at oplyse navn på deltager, adresse, e-mail og ved EAN-fakturering et EAN-nummer.

OBS: Tilmelding først gyldig ved registreret betaling.

Betaling

Gebyret indbetales i forbindelse med tilmelding på

DFFMF's kursus konto: 8117-0200772. Husk ved betaling at oplyse navn på deltager.

Yderligere oplysninger

Mail: Line Thomassen mfkurser@gmail.com – Telefonisk: Jeppe Thue Andersen: 40 44 40 82.



Danske Fysioterapeuters
Fagforum for
Muskuloskeletal Fysioterapi

moving forward

Uddannelse og kurser

Uddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi

Specialviden og klinisk ekspertise i diagnostik og behandling af ryg og bevægeapparat.

Uddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi er et fleksibelt forløb på 4-7 år og tages sideløbende med praksis efter endt grunduddannelse i fysioterapi. Uddannelsen er internationalt godkendt under verdensforbundet for muskuloskeletal fysioterapi – IFOMPT – www.ifompt.org. For yderligere information: www.muskuloskeletal.dk/uddannelse

KURSUS	DATO
Trin 1B – Øvre kvadrant del 1 Sted: Høgh Guldbergsgade 36. 1, Horsens	Del 1: 24.-26.02.2013 Del 2: 17.-19.03.2013
Trin 1A – Nedre kvadrant del 1 Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	Del 1: 24.-26.02.2013 Del 2: 17.-19.03.2013
Dynamisk Stabilitet – Skulder Sted: Viborg	01.-02.03.2013
Klinisk supervision – del 2 Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	05.-07.03.2013
Smertekursus – del 1 Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	10.-11.03.2013
Dynamisk stabilitet – Introduktion Sted: Horsens	11.-12.03.2013
Differentialdiagnostik og medicinske sygdomme Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	15.-16.03.2013
Dynamisk Stabilitet – Skulder Sted: Tårnby	20.-21.03.2013
Mobilisering og manipulation del 2 (Trin 3B) Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	06.-08.04.2013
Trin 2A – Nedre kvadrant del 2 Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	Del 1: 14.-16.04.2013 Del 2: 12.-14.05.2013
Trin 2B – Øvre kvadrant del 2 Sted: Høgh Guldbergsgade 36. 1, Horsens	Del 1: 14.-16.04.2013 Del 2: 12.-14.05.2013
Dynamisk Stabilitet – cervikal Sted: Fysiocenter Århus	22.-23.04.2013
Management of cervical spine disorders - temadag Sted: Sigurdsgade 26, 2200 København Ø	04.05.2013
Management of cervical spine disorders - praktisk Sted: Fysiq Taarnby, Løjtegårdsvej 157, Kastrup	05.-06.05.2013
iMFT Intro kursus Sted: Høgh Guldbergsgade 36, Horsens	23.-24.05.2013
Dynamisk Stabilitet – Lumbal Sted: Fysiocenter Tårnby, Løjtegårds 157, Tårnby	27.-29.05.2013
iMFT Upper Quarter Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	06.-07.06.2013
Dynamisk Stabilitet – cervikal Sted: Fysiocenter Tårnby, Løjtegårds 157	10.-11.06.2013
MT eksamen – Del 2 (Dip.MT) Sted: ?? Afhængig af de tilmeldte	12.06.2013
MT eksamen – del 1 (Exam.MT) Sted: ?? Afhængig af de tilmeldte	12.06.2013
Dynamisk stabilitet – Introduktion Sted: Horsens	19.-20.08.2013

Se den komplette og opdaterede kalender på: www.muskuloskeletal.dk/uddannelse (vælg Kursuskalender) Yderligere info og tilmelding via online kursuskalender.

Mødekalender

Møder/events, symposier m.m.

online event-kalender:
www.muskuloskeletal.dk/events

Årsmøde og generalforsamling DFFMF	15.03.2013
Nakke Temadag med Prof. Gwen Jull	04.05.2013
8th Int. World Congress on Low Back and Pelvic Pain Dubai	27.-31.10.2013
IFOMPT Kongres 2016 Glasgow	04.-08.07.2016