



Rehabilitering av skulderinstabilitet

Forståelsen vår av skulderrehabilitering domineres av forskningen på subakromielle smertetilstander. Vi vet derfor mindre om hvordan man best rehabiliterer instabile skuldre. Her presenteres en kort gjennomgang av aktuell litteratur på området, samt en evidensinformert treningsprotokoll for skulderinstabilitet.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

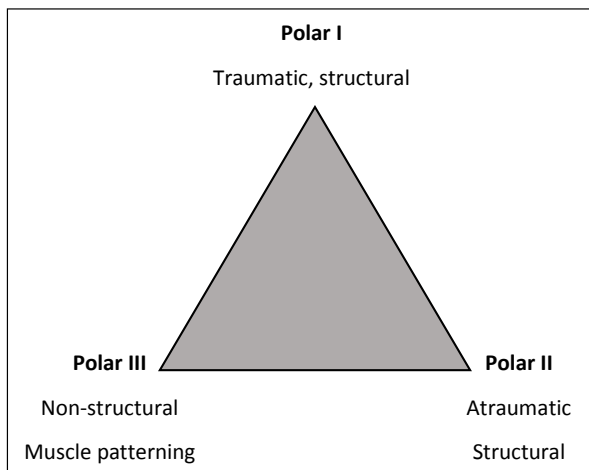
I motsetning til den mer kjente storebroren «subakromielt smertesyndrom» havner skulderinstabiliteten i en krysning mellom det spesifikke og det uspesifikke. Pasienter med skulderinstabilitet klassifiseres i tre hovedkategorier, basert på Stanmore triangelen (se bilde) [1]. Polar Type 1 (traumatisk hendelse med strukturell skade) er den mest kjente og har blitt beskrevet dybdegående i en egen artikkel i dette bladet. Polar Type 2 (atraumatisk debut, men med strukturell skade) kan være pasienter med vedvarende arbeid over skulderhøyde eller idrettsutøvere som har utsatt skulderen for repetitivt stress over mange år og har nå strukturelle skader forenlig med instabilitet, uten én eller flere traumatiske hendelser.

Polar Type 3 (atraumatisk debut, ingen strukturell skade) betegnes gjerne som atraumatisk skulderinstabilitet, og kan være pasienter med bindevevssykdommer som skaper symptomatisk instabilitet i skulderen eller generalisert hypermobilitet. Det anslås at de aller fleste pasientene (90-95%) får skulderinstabilitet etter en traumatisk hendelse, og kun en minimal andel (anslagsvis 4%) får diagnosen atraumatisk instabilitet [2-4]. Grovt sett så har man anbefalt kirurgisk vurdering for Polar Type 1,

spesielt hos unge idrettsutøvere, mens Type 2 og 3 har vært anbefalt treningsterapi [5]. Det er derfor betegnende at konsensus rundt rehabiliteringen av disse pasientene er fraværende og kvaliteten på forskningen dårlig. Dette belyses av at en systematisk gjennomgang fra 2014 [6] ser tilnærmet lik ut som den publisert i 2004 [7], hvor man i begge konkluderer med at det er vanskelig å komme med klare anbefalinger omkring treningsterapi for pasienter med skulderinstabilitet. Med andre



Øvelse 2f – To-hånds ballrulle med to baller i push-up posisjon



Stanmoreklassifikasjon av skulderinstabilitet

ord har det skjedd liten utvikling på dette feltet, på tross av et åpenbart behov.

En simpel protokoll for et komplekst problem

Generelt kan man si at treningsprotokoller innenfor vårt fag ofte er dårlig beskrevet i litteraturen. Mange er svært omfattende og krever mye motivasjon og innsats over lang tid [8]. De fleste som jobber med treningsterapi vet at det er vanskelig å få pasienten til å følge et komplekst og omfattende treningsopplegg over tid. Derfor har man nå begynt å se etter enklere protokoller som sørger for høyere grad av etterlevelse, bedret mestringsevne og forholder seg til funksjon i større grad enn struktur. De få programmene som har vært undersøkt, har vist resultater [9,10], men har fått kritikk for ikke å inkorporere elementer av vektbærende proprioepsjon og plyometriske øvelser [11]. I tillegg har rehabilitering av skulderinstabilitet fokusert mye på strukturelle avvik og holdningsmønstre, noe som kan medføre overmedikalisering og et unødvendig vanskelig fokus i rehabiliteringen [12]. Et program som har forsøkt å inkorporere elementene ovenfor er «Derby Shoulder

Instability Programme» [5,13]. Flere elementer gjør at dette programmet skiller seg fra de øvrige:

- Pasientene progredierer gjennom hovedkategorier av øvelser
- Det gjøres kun to øvelser om gangen
- Hver øvelse har et spesifisert mål i antall repetisjoner eller tid, og dette målet må nås før man kan progrediere videre
- Dette betyr at progresjon kun kan foregå ved økt funksjon og ikke bare forventet over tid, noe som gjør at programmet fortløpende måler compliance gjennom funksjon
- Treningen har fokus på oppgaven som skal utføres, i stedet for å fokusere på diffuse og lite objektive elementer som holdning og/eller scapulakontroll
- Oppfølgingstiden vil være varierende, da forskjellige pasienter vil progrediere raskere eller lang-

Derby Instability Programme

rehabilitering av skulderinstabilitet

Behandlingsalgoritme:

- foreskriv kun én øvelse fra hver seksjon om gangen
- når pasienten kan nå mål om antall repetisjoner eller tid, progredier videre til neste steg

Forutsetninger:

- ingen nevrologisk svakhet
- ingen vesentlig scapula vinging
- normal siftebalanse på treningsball
- klærer å løfte armen til 90° scaption

SEKSJON 1

(muskellaktivering, plyometri, nedbremsing av rask aktivitet)

Foreskriv maksimalt antall repetisjoner opp mot målsettingen. Gjennomfør to ganger daglig.

- Drop & catch 1kg vekt i 90° scaption
- Drop & catch 1kg vekt i AER / AIR
- Fallende push up mot vegg
- Fallende push up mot benk i hofte høyde
- Plyometrisk push up med håndklapp
- Fall mot deråpning

Målsetting
100 reps
100 reps
50 reps
20 reps
20 reps

SEKSJON 2

(proprioepsjon, muskelbalanse, truncus stabilitet)

Foreskriv fem repetisjoner av maksimal gjennomføring opp mot målsetting. Gjennomfør to ganger daglig.

- Enhånds ballrulle mot vegg
- Knesteende armkryss
- Knesteende enhånds ballrulle
- Armkryss i push-up posisjon
- To-hånds ballrulle med én ball i push-up posisjon
- To-hånds ballrulle med to baller i push-up posisjon

Målsetting
60sek
60sek
60sek
60sek
60sek
60sek

Litteratur:
Barnes, M. et al. (2013) A Systematic Review of the Literature on the Effectiveness of Shoulder Rehabilitation. *Physical Therapy*, 133(1), 1-11.

Gjennomgang av Derby programmet

sommere avhengig av funksjonell og praktisk kapasitet

En oppsummering av programmet er vedlagt (bilde), sammen med enkelte bilder. For fullstendig gjennomgang av øvelsene, vises det til videoer og forklaringer på undertegnede hjemmeside www.JevneHelse.no eller på facebooksidene «JevneHelse».

Se nettsiden for full artikkel med bilder.

Ta kontakt med redaksjonen for referanser.



Øvelse 1a – Drop&catch 1 kg i 90 grader scaption



Øvelse 1d – Fallende push up mot benk i hofte høyde