



Umulig skuldertrening

Treningsintervensjoner som skal hjelpe pasienter med subakromiell skuldersmerte er så dårlig beskrevet i litteraturen at de i praksis er umulig å gjennomføre for fysioterapeuten ute i klinikken. Hva betyr dette for oss og våre pasienter?



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

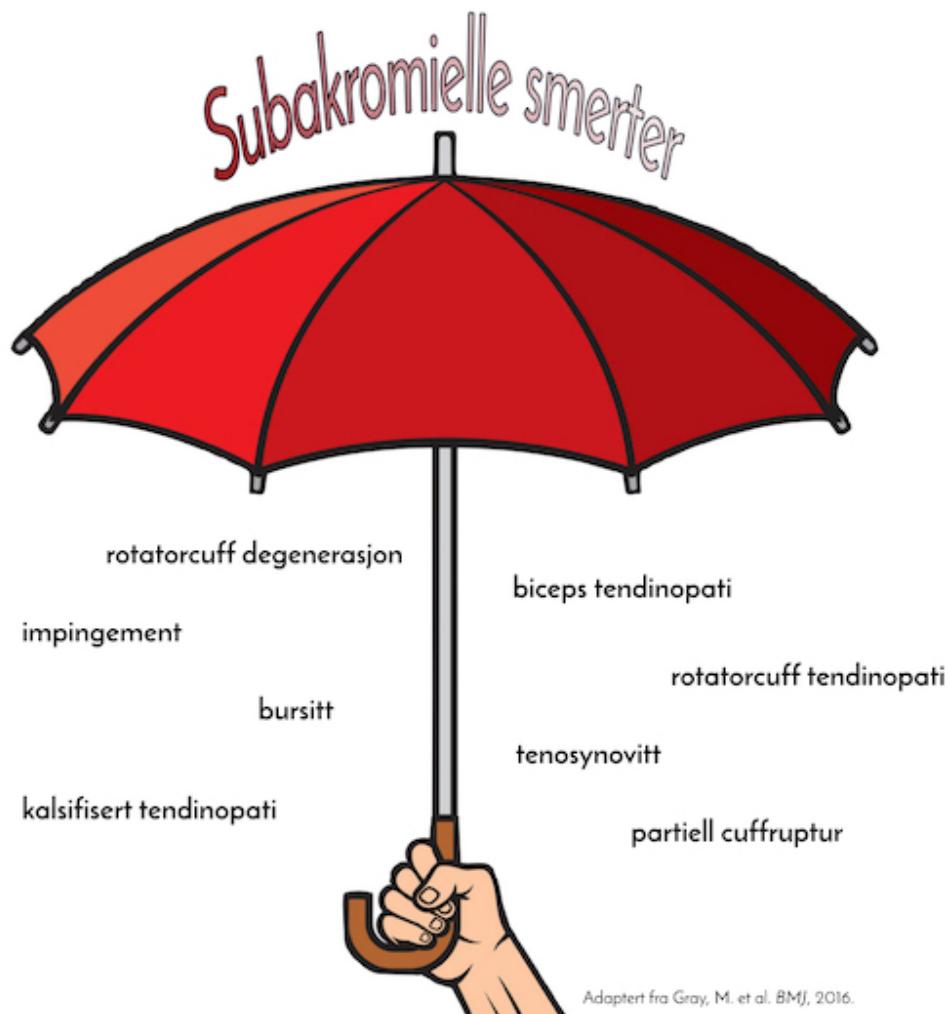
Skuldersmerter er den tredje hyppigste muskel- og skjelettplagen, og subacromialt smertesyndrom (SASS) er den vanligste skulderlidelsen [1,2]. Diagnosen nås primært via eksklusjon av andre spesifikke tilstander i skulderen, som for eksempel skulderkapsulitt, rotatorcuff ruptur, skulderinstabilitet eller fraktur. Smertene er typisk verre ved

belastning, og normalt verst ved elevasjon og utoverrotasjon. Konseptet rundt subakromielle smerter har utviklet seg betraktelig de siste årene. Siden Charles Neer fremsatte 'impingementmodellen' i 1972 [3] har man gjennom 2000-tallet forstått at skuldersmerter ikke lenger er så enkelt og mekanisk som man en gang trodde. Dette gjenspeiles også i navngivningen som nå kanskje er mer forvirrende enn oppklarende. I litteraturen har man gradvis gått over til kalle det subakromielt smertesyndrom [1,2], men også begreper som rotator cuff tendinopati [4,5], rotator cuff relaterte skuldersmerter

[6,7] og uspesifikke skuldersmerter [8] har vært brukt og brukes fortsatt [9]. Den mangefasetterte nomenklaturen belyser usikkerhetsmomentene rundt diagnostikken av disse plagene og kan forklare hvorfor tilnærmingen til skulderplager har vært, og er, vanskelig. På tross av mange navn ser det altså ut til at vi i stor grad snakker om den samme plagen, men at denne manifesterer seg ulikt hos enkeltpasienten. Denne variasjonen bør være godt kjent fra for eksempel korsryggsområdet, hvor man har godtatt premisset om at omkring 90% av plagene er uspesifikke, men at smertene

fremstår høyst variabelt på tross av samme nomenklatur [10].

Treningsterapi er et førstevalg for pasienter med subakromielle smerter, noe som ser ut til å bli viktigere fremover da kirurgi ikke lengre anbefales som behandling for disse plagene [1,2]. Helt siden 1993 har man sett sammenlignbare resultater når trening måles mot kirurgi [11], og dette har medført et gradvis økende fokus mot trenings-terapi som primærbehandling for subakromielle plager. Flere studier har undersøkt effekten av ulike typer treningsintervensjoner, og for at studienes resultater skal kunne implementeres klinisk praksis er det avgjørende at intervensjonene er fullstendig beskrevet. Det er dog godt kjent at treningsterapiintervensjoner ofte er dårlig beskrevet i litteraturen og har så store mangler at de i praksis er umulig å reproducere. Dette har ført til utvikling av flere sjekklister for rapportering av intervensjoner. Sjekklisten TIDieR ble utviklet i 2014 for å forbedre fullstendigheten av rapporteringen av alle typer intervensjoner [12], og i 2016 ble sjekklisten CERT utviklet for å få en veileder spesifikt rettet mot rapportering av treningsintervensjoner [13]. Det kan være flere grunner til at treningsintervensjoner er dårlig beskrevet i litteraturen, som mangelfull forståelse av viktigheten av fullstendig rapportering, manglende oppmerksomhet rundt problemstillingen i seg selv, og liten forståelse av treningsterapi som intervensjon. Ved fulltekstgjennomganger av studier som sammenligner trening med kirurgi, ser man ofte en omfattende metodeseksjon som beskriver den operative tilgangen ned til den minste detalj. Til sammenligning er treningsintervensjonen ofte grovt beskrevet med «pasientene utførte trening med fysioterapeut 3 ganger i uken i 12 uker. De gjorde styrke og bevegelighetsøvelser for skulder.» Det står derimot lite til ingenting om hvilke øvelser de gjorde, hvor mange repetisjoner og sett, hvor stor vektbelastning de hadde, hvor lang restitusjonstid mellom sett, i hvor stor grad smerte ble tillatt under og etter trening osv. Med andre ord svært mange av de faktorene som



Adaptert fra Gray, M. et al. BMJ, 2016.

Subakromielle smerter er et paraplybegrep for en mengde forskjellige tilstander i skulder

klinikeren må ta stilling til. Dette er et paradoks: Når vi foreskriver fysisk aktivitet som medisin, aner vi ikke hva slags dose vi skal gi pasienten.

Hvordan ser litteraturen ut?

I 2019 publiserte Major og kolleger en artikkel som undersøkte hvordan treningsintervensjoner designet for å behandle «rotatorcuff syndrom» (som beskriver den samme tilstanden som nevnt over), oppfylte kriteriene for sjekklisten CERT [14]. Her brukte de 34 studier som var inkludert i den siste Cochrane analysen fra 2016 [15]. To personer gikk uavhengig gjennom detaljene i treningsintervensjonene og ga de poeng etter CERT sjekklisten. Denne går fra 0-19, hvor høyere tall indikerer bedre rapportering. Medianscore var 5 (range 0-16) på en skala fra 0-19. De konkluderer jevnt over med at rapporteringen av treningsintervensjoner i litteraturen er altfor dårlig og i praksis umulig å gjennomføre. Forskerne oppfordrer på det sterkeste til at vitenskapelige analyser av treningsintervensjoner

bruker sjekklister som CERT for å øke kvaliteten på rapporteringen. De konkluderer samtidig med at klinikere har en umulig oppgave når de skal implementere forskningen i klinisk praksis. På tross av at mange fysioterapeuter har opplevd en selvtilitsboost i kjølvannet av publikasjoner som peker i retning av at «trening er beste medisin» for skulderplager, kommer man raskt ned på jorden igjen når man innser at man mangler vesentlige ingredienser i et godt rehabiliteringsopplegg. Klinikeren leter i et kunnskaps-vakuum når det kommer til hvordan man skal utforme, implementere og monitorere et rehabiliteringsopplegg for en pasient med skulderplager [16]. Førsteforfatter Daniel Major sammenligner problemstillingen med hvordan det er å lage ribbe til svigerfamilien på julaften:

«Du er godt i gang, så viser oppskriften bare 5 av de 19 punktene du trenger for å ha forutsetninger for at resultatet blir like bra som Eyvind Hellstrøm eller Ingrid Espelid Hovig



Enkle prinsipper TIL SKULDERTRENING



FINN ÈN ØVELSE



BRUK



ENKLE PRINSIPPER

**5-15
reps**

**2-4x
pr. uke**

>3 serier

RPE
>7

LOGGFØR



TRENINGEN

| | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--|
| Name: | | Date: | | | | | | | |
| Phase | Parameters | Eng 1 | Eng 2 | Eng 3 | Eng 4 | Eng 5 | Eng 6 | Eng 7 | |
| | Referring Ag | | | | | | | | |
| | Propositional | | | | | | | | |
| | Gender | | | | | | | | |
| | Organization Ag & NPs in center | | | | | | | | |
| | Teacher's feedback training 20-30 | Fall 1989 | Fall 1990 | Fall 1991 | Fall 1992 | Fall 1993 | Fall 1994 | Fall 1995 | |
| Phase | Parameters | Eng 1 | Eng 2 | Eng 3 | Eng 4 | Eng 5 | Eng 6 | Eng 7 | |
| | Referring Ag | | | | | | | | |
| | Propositional | | | | | | | | |
| | Gender | | | | | | | | |
| | Organization Ag & NPs in center | | | | | | | | |
| | Teacher's feedback training 20-30 | Fall 1989 | Fall 1990 | Fall 1991 | Fall 1992 | Fall 1993 | Fall 1994 | Fall 1995 | |
| Phase | Parameters | Eng 1 | Eng 2 | Eng 3 | Eng 4 | Eng 5 | Eng 6 | Eng 7 | |
| | Referring Ag | | | | | | | | |
| | Propositional | | | | | | | | |
| | Gender | | | | | | | | |
| | Organization Ag & NPs in center | | | | | | | | |
| | Teacher's feedback training 20-30 | Fall 1989 | Fall 1990 | Fall 1991 | Fall 1992 | Fall 1993 | Fall 1994 | Fall 1995 | |

GI



DET TID

3-6
mnd

FOKUS: UTOVERROTASJON



PROGRESJONSTIGE

FOKUS: ELEVASJON



PROGRESJONSTIGE

Det finnes en mengde forskjellige øvelser som kan være gode i skulderrehabilitering

ville fått, basert på sine mange forsøk. Selv om fysioterapi-intervensjoner ofte er mer komplekse enn matoppskrifter, og derfor vanskeligere å beskrive, er dette realiteten for fysioterapeuter som skal implementere det som har blitt gjort i treningsintervensjonene i randomiserte kontrollerte forsøk (RCT). Så mange «hemmelige» ingredienser burde det ikke være.»

Kliniske betraktninger og anbefalinger

Det er urovekkende, men samtidig lite sjokkerende, å se at treningsintervensjoner er dårlig beskrevet i litteraturen. Når man har fulgt med i skulderlitteraturen gjennom mange år, ser man at treningsterapi som intervensjon nærmest har fremstått inferiort til sine mer invasive søster-tiltak som injeksjoner og forskjellige

kirurgiske tiltak. Det er først nå, hvor man ved en tilstrekkelig mengde studier som faktisk fremhever treningsterapiens effekt, at man kan tillate seg å se på detaljene. Dette er, åpenbart, upløyd mark og man må forvente en viss latenstid før rapporteringen blir bedre. Det blir derfor nå spennende å se hva en bedre rapportering av treningsintervensjoner faktisk gjør med kliniske resultater.



Det fremstår logisk at man ved bedre rapportering vil få bedre reproduserbarhet som igjen vil gi enklere og bedre implementering av forskningskunnskap i klinisk praksis. Med tydeligere og bedre utformede og beskrevne treningsprotokoller vil man kunne forvente at klinikerne vil kunne forskrive tydeligere og mer avgrensede treningsprogrammer til sine pasienter med subakromielle skulderplager. Men som vi ofte har sett i vårt fag så er ikke det som fremstår logisk på papiret det som ultimativt skjer når alt kommer til alt. Det er viktig å anerkjenne at treningsterapiens effekt i seg selv vil være kontekstuell og at man, på tross av økt innsats i rapportering og nøyaktighet, vil se store individuelle variasjoner i hvordan den enkelte pasient opplever og reagerer på treningen. For å fortsette metaforen med julemiddagen: selv om vi stadig lærer flere og flere av ingrediensene til mesterkokken Eyvind Hellstrøm, så vil vi aldri bli Eyvind Hellstrøm. Vår julemiddag vil aldri bli Eyvinds julemiddag. På samme måte som en rødvin er avhengig av konteksten av maten den blir servert med, vil konteksten rundt bordet, kjøkkenet og det sosiale samværet være med på å forme hvordan nettopp denne

julemiddagen oppleves. Dette vil være faktorer som man aldri vil kunne kontrollere for i et klinisk studie. Dette er de uskrevne X-faktorene man ikke vil kunne nedjustere til enkle variabler i en sjekkliste. Og dette er muskelskjeletthelsens forbannelse og velsignelse. «Problemet er ikke at ingenting virker, problemet er at alt potensielt kan virke» er mantraet til manuellterapeut Sigurd Mikkelsen. Og det gjør seg i aller høyeste grad gjeldende på treningsterapiområdet. Spørsmålet er derfor om jakten på bedre treningsprotokoller faktisk vil medføre bedre resultater i klinikken. Tidligere har treningsprotokoller eksempelvis fått kritikk for å bli kalt «styrketrening» når protokollen angivelig ikke er dosert godt nok til å få tilstrekkelig styrkeeffekt. Allikevel ser man ofte at pasienter oppnår både bedre funksjon og mindre smerter, selv om man ikke klarer å dokumentere at de faktisk har blitt sterkere. Da er det fristende å legge et nytt premiss til grunnen for kritikken: ved å skape enda bedre, tydeligere og avgrensede treningsprotokoller vil vi se enda bedre resultater enn de vi allerede ser. Med et godt designet styrketreningsprogram vil pasienten bli sterkere i tillegg til at vi får den

kliniske effekten vi allerede har observert. Men dette blir en falsk dikotomi. Vi har rett og slett ikke godt nok grunnlag for å danne dette premisset. Skal vi ta lærdom av de siste mange års vitenskapelige overraskelser, bør vi trå varsomt hvis vi tror at muskelskjeletthelsens hellige gral hviler på perfekte treningsprotokoller.

Treningsterapi vil etter alt å dømme fortsette å bli anbefalt i stor stil for en rekke muskelskjelettilstander. Klinikerne må derfor manøvrere i landskapet med de verktøyene vi har til rådighet og samtidig være ydmyk ovenfor hvilke begrensninger som ligger i den kunnskapen vi har i dag. Når det gjelder skuldertrening av subakromielle plager, publiserte vi en omfattende artikkel på dette i Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 4 (2020). Her presenterte vi konkrete forslag og anbefalinger til trening av denne pasientgruppen.

Se referanser/kilder side 36.