

Hur jag har kunnat forska, och
samtidigt arbeta kliniskt som
sjukgymnast

Grundläggande behörighet forskarutbildning

- Grundläggande behörighet till utbildning på forskarnivå har den som har:
- avlagt en examen på avancerad nivå (magister eller master)
- 240 högskolepoäng varav minst 60 från avancerad nivå, eller
- har förvärvat sig motsvarande kunskaper i Sverige eller utomlands



Forskarskola KI/SLL i allmänmedicin

t.ex. fysioterapeut, psykolog, läkare,
socioonom, arbetsterapeut eller
sjuksköterska, och har stort intresse för
forskning

Behörig att söka KI/SLL forskarskola:

- Tillsvidareanställning, ST-block eller annat längre åtagande med primärvårdsanknytning.
- Den som ännu inte är doktorand men som antas till forskarskolan bör ansöka om antagning till forskarutbildning senast sex månader efter antagning till forskarskolan
- Ej passerat halvtidskontroll
- Ha en forskningsplan och handledare
- För hjälp med forskningsplan och kontakt med potentiella handledare kan stöd ges via forskargrupperna på [Sektionen för allmänmedicin, NVS](#).

Bedömning

- Projektet - vetenskaplig kvalitet, genomförbarhet och relevans för primärvården
- Sökanden - erfarenhet och motivering
- Sammanlagd handledarpotential

Ersättning

- Forskarskolan ersätter kursdeltagarens klinik med 33 740 kr + LKP under de aktuella kursperioderna (4 perioder à fem veckor)
- klinikchef/motsvarande intygar att kursdeltagaren kommer att beviljas tjänstledigt med lön under varje kursperiod

Projektmedel



SLL - Anslag till forskning, utveckling och
forskningsstod.vmi.se



Startsida		
Startsida	Nyheter:	Aktuella utlysningar:
Utlysningar/anvisn.	2017-06-20 Avslutad - utlysning av HMT 2018	- HMT 2018 - SU-SLL 2018 - Trafik och Region 2018 - Lilla barnets fond 2018
Ansök här	Ansökningsperioden är slut och beredningen pågår.	Kontaktpersoner:
Min ansökan	Beslut om fördelning fattas under hösten.	ALF Medicin, PPG, NSV och HMT: Lena Olsén tel: 517 793 56 lena.olsen@sll.se
Beviljade anslag		Kristin Blidberg tel: 072-598 12 65 kristin.blidberg@sll.se
Populärvet. beskr.	2017-06-13 Lilla barnets fonds utlysning av forskningsanslag 2018	Fakturaunderlag/fakturerings för ALF Medicin, PPG, NSV och HMT: Gunilla Eriksson tel: 070-484 62 74 gunilla.el.eriksson@sll.se
Statistik	Lilla barnets fond är en ideell förening som stödjer forskning och utveckling rörande det nyfödda barnet.	ALF pedagogik: Susanne Kalén tel: 123 146 29 susanne.b.kalen@sll.se
Fakturering	Lilla barnets fond leds av en styrelse som ansvarar för all verksamhet och de viktigaste uppgifterna är att samla in medel till föreningen, fatta beslut om att dela ut forskningsanslag och vara ytterst ansvarig för att bokföring och kapitalförvaltning är ordnade på betryggande sätt.	
Beredning		
Granskningsgrupper	För praktiska frågor om forskningsanslag har styrelsen inrättat en forskningsnämnd och den ansvarar för rutinerna kring hur man kan ansöka om anslag och den granskar och rangordnar de ansökningar som kommer in.	
Acknowledgement	För ansökan om forskningsstöd till 2018 har Stockholms läns landsting upplåtit sin webbaserade ansökningsportal. En digital ansökan underlättar både ansökningsförfarandet och bedömning av inkomna ansökningar.	

Subacromial pain syndrom, SAPS

- God ledrörlighet
- Ej refererad smärta från halsrygg eller bröstrygg
- Ofta smärta då man rör armen ovan axelhöjd.



3 vanligaste problemet från rörelse och stödje apparaten

- Incidens 0.9-2.5%.
- Prevalens: hälften av drabbas.
- 40% har kvarstående besvär efter ett år.
- 70-85 % skuldersmärta kommer från rotatorcuff patologi (tendinopati, rupturer, bursit).
- Många av dessa söker primärvård
- Återkommande smärta -fler läkarbesök (Breivik H 2005)
- Om de får träffa en sjukgymnast –färre läkarbesök

(Mitchell C 2005)

Assymptomatisk rupturer

- 22-40% av befolkningen
(Tempelhof S et al 1999, Connor PM et al 2003, Worland RL et al 2003) , Yamamota A et al 2010)
- 55% i symptomatisk grupp och 52% i asymptomatisk grupp hade rotatorcuff patologi (Frost 1999).

Hur ska vi då förklara smärtan?

Utmaning i framtida forskning

- Etiologin vid tendinopati/impingement/subacromiell smärta är fortfarande okänd, komplext.

intrinsic och extrinsic faktorer (Dale 2014).

- Tidigare: Fortsatt belastning av senan kan den bli fibrotisk. En partiell eller totalruptur kan uppstå. Patienter över 40 år. (Neer CS -72, Voight ML -96)

- Nu: Låg risk för progress av partiell till totalruptur (Fucentese SF et al 2012, Maman E 2009)

NSAID

- NSAID kan ha en negativ effekt på läkningen
(Almekinders 1995)

Träning vs cortison

- Förekomst av inflammation i senor blivit ifrågasatt, biopsier har inte funnit några inflammatoriska celler (Teitz C et al -97, Kahn KM et al 2002).
- Kritik: Skörare sena
- Cortison som tillägg till träning: ingen ytterligare effekt på behandlingsresultatet (Carr et al 2011, Littlewood 2015)

Träning vs operation

- Acromioplastik är ej bättre än träning

Ketola et al 2009, 2013, Davies et al 2010, Papadomikolais et al 2011, Diercks et al 2014, Saltychev et al 2015

Gäller även efter

2½ år: Broxx 1999

4-8 år Haahr 2006

Antal op har ökat: 2.300 (2005) – 8.000 (2008).

Evidens för val av behandling saknas!

- Långtidseffekt av cortison
- Antiinflammatorisk medicin
- Operationer (ffa acromioplastik) (Paloneva et al 2015)
- Sjukgymnastiska behandlingsmetoder ex stötvåg, akupunktur

Evidens “sjukgymnastik”:

- Daglig hemträning kan ha god effekt på behandlingsresultatet (Ludewig & Borstad 2003; Kirkley A 2003)
- Några studier visar ett lika gott behandlingsresultat med hemövningar jämfört med handledd träning på klinik (Andersen NH et al 1999; Warner J et al 1990)
- Handledd träning i kombination med manuell mobilisering har bättre effekt gällande smärta och rörelseutslag än endast handledd träning (Bang 2000; Senbursa 2007). Evidens för detta saknas (Brudvig TJ 2011)



Subacromiellt smärtsyndrom i skuldran

– jämförelser mellan olika sjukgymnastiska
behandlingsmetoder avseende det kliniska
behandlingsresultatet

Anna Eliason

Institutionen för Molekylär Medicin och Kirurgi

Supervisors

Suzanne Werner, PhD, Professor, RPT, Karolinska Institutet

Björn Engström, PhD, Associate professor, MD, Karolinska
Institutet

Anna Jansson, PhD, RPT, Mid University, Östersund

Planerade studier

STUDIE I

Handledd träning med eller utan mobilisering av axelleden jämförs med en kontrollgrupp avseende funktion, smärta och rörlighet hos patienter med subacromiell smärta.

STUDIE II

Hemträning med eller utan mobilisering jämförs med en kontrollgrupp avseende funktion, smärta och rörlighet hos patienter med subacromiell smärta.

STUDIE III

Jämförelse mellan 3 skulder assessment scales, (CS score, WORC, self-assessment scale).

STUDIE IV

En jämförelse mellan resultatet av den kliniska undersökningen och positiva fynd vid ultraljudsundersökning och rtg.

Syfte

- Att se om handledd träning på klinik med eller utan mobilisering har bättre effekt än ingen behandling vid subacromiell smärta.
- Hemträning lika bra som handledd träning?
- Kan mobiliseringar tillföra något till behandlingsresultatet.

Urval

Inklusionskriterier:

- "Ont i axeln" utan större trauma
- 20-59 år
- Smärtduration 4-52 veckor
- Painfull arc
- Positiv impingement test (Hawkinstest)
- Smärta vid isometrisk belastning av rotatorcuffens senor /pos Jobes test/pos Palm-up test.

Exklusionskriterier:

- Artrit, artros, annan ledpåverkan
- Cervikal påverkan
- **Kliniska tecken på total ruptur i rotatorcuffen**
- Glenohumeral instabilitet (tidigare subluxation eller luxation)
- Tidigare operation eller frakturer i axeln.
- **Diabetes mellitus**
- **Bilaterala besvär**
- **Tidigare behandling med corticosteroider!**

Kliniska tests för impingement



- En kombination av 3-5 test rekommenderas (Leroux J-L 1995 , Michener LA 2009, Ketola S)
- Testerna har validerats i flera studier
(Sigholm and Styf 1988, Leroux et al 1995, Calais et al 2000, MacDonald et al 2000, Valadie et al 2000, Holtby and Razmjou 2004, Park et al 2005, Johansson K and Ivarsson S 2009)
- Ofta tillräcklig sensitivitet men otillräcklig specificitet (Hegedus EJ 2008)

Klinisk undersökning

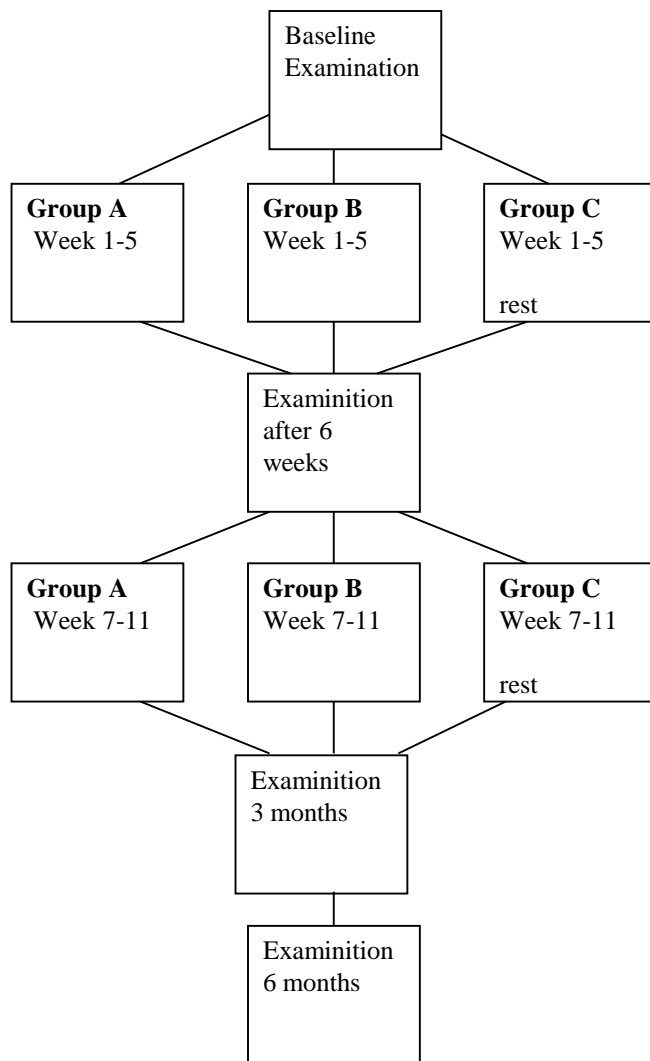
- Anamnes; Yrke, sport, smärta, dominant arm
- Gripstyrka (dynamometer)
- Generell ledlaxitet (Beighton)
- Ledlaxitet skuldra:
 - Draglåda: Grad 1, 2, 3, 4 (dislocation)
 - Sulcus sign: Grad 1= <1cm, Grad 2= 1-2cm Grad 3= >2cm inferior translation
- Humeroscapulär rytm
- Rörelseomfång (goniometer + Myrinmätare)
- Impingement test (Hawkins och Jobes test)
- Adduktionstest
- Muskelstyrka rotatorcuffen + biceps (Skala 1-5 och smärta)
- “Outcome scores”:
 1. Constant score
 2. Swedish universities Scales of Personality (SSP)
 3. 3 WORC)
 4. VAS
 5. Rörelseomfång
 6. Likertskala: Hur nöjda patienterna är efter avslutad behandlingsperiod
- Bilateralt UL + röntgen

UPPBYGGNAD STUDIE I + II

Group A studie 1 - handledd träning studie 2 - hemprogram

Group B: som ovan + tillägg ledmobilisering

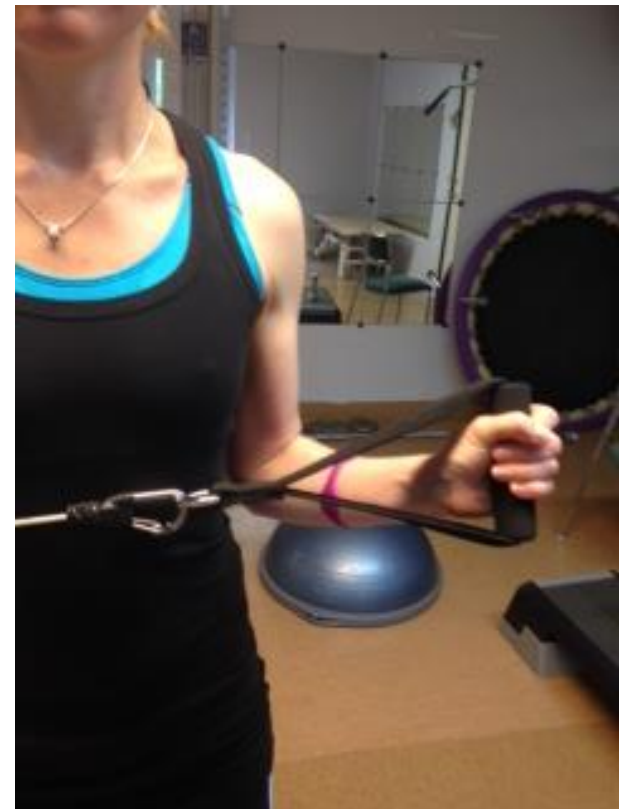
Group C: vila



Stabilitet och styrka



Stabilitetsträning med arm i 0-läge



Träningen skedde i 4 steg

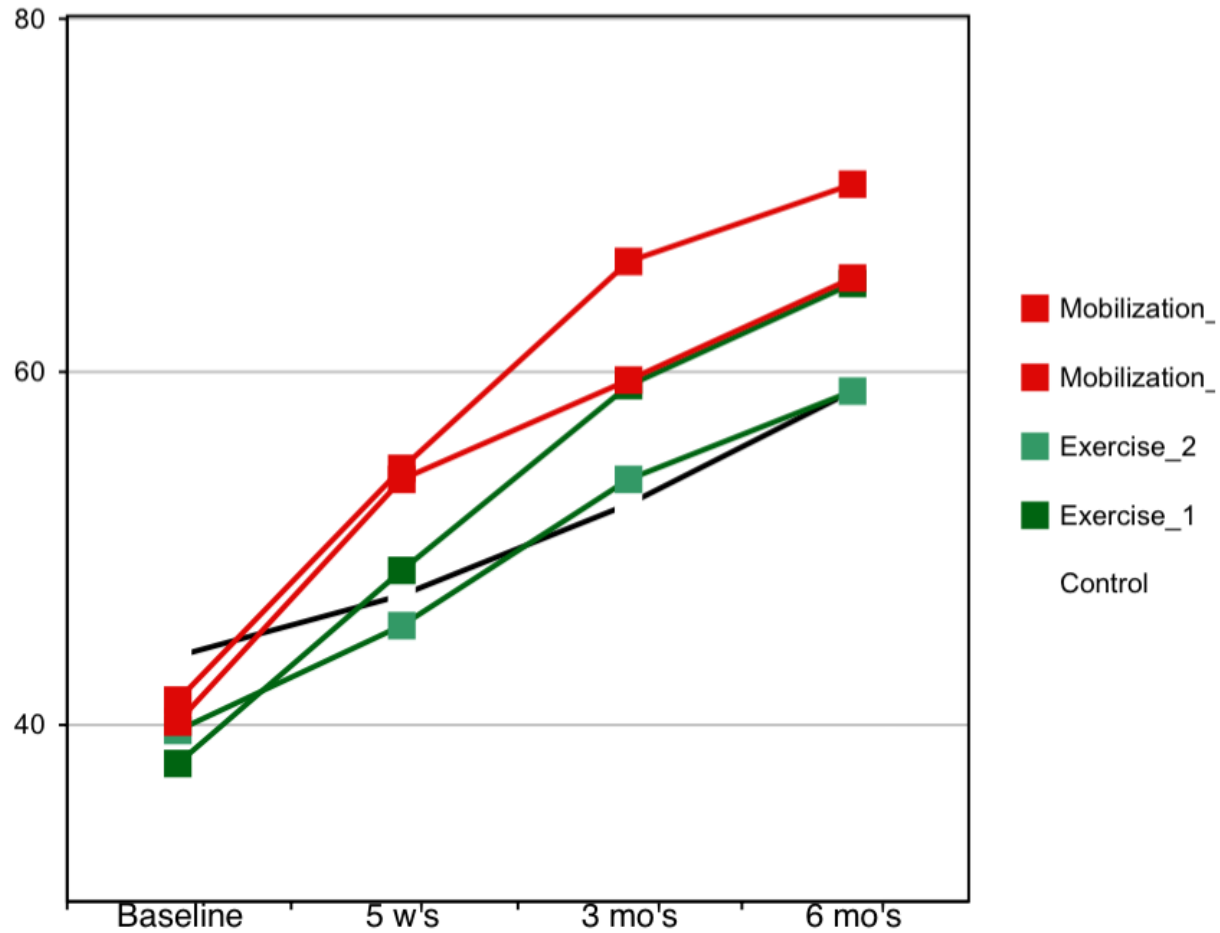


Behandlingsgrupperna signifikant bättre än kontrollgruppen Studie 1

Skillnad i CS:

Baseline till 5 veckor	6,0(2,7-9,3)	11,5(8,7-14,3)	13,6(8,1-19,2)	0,005
Baseline till 3 månader	9,0(6,3-11,7)	21,6(17,5-25,6)	23,7(16,2-31,2)	0,000
Baseline till 6 månader	16,2(11,9-20,5)	27,4(22,2-32,6)	28,3(21,1-35,6)	0,003

CS-index studie 1 +2



BUDSKAP

- Tidig klinisk diagnos - Viktigt med kompetens inom primärvården.
- Handledad träning med eller utan mobilisering bättre än ingen behandling
- Avvakta med cortison och operation
- Tidigare: Vid utebliven effekt efter 3-6 månaders träning – fortsatt utredning

Tack för att ni lyssnat!

