

Familiesentrert målsetting og evaluering: Bruk av standardiserte og individualiserte instrumenter



Bjørg Fallang,
MPT, Dr. Philos,
førsteamanuensis
Høgskolen i Oslo og
Akershus, Fakultet
for helsefag, Insti-
tutt for fysioterapi,
e-post: bjorg.fal-
lang@hioa.no

Sigrid Østensjø, MSc, Dr Philos,
førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo
og Akershus, Fakultet for helsefag,
Institutt for fysioterapi

Ingvil Øien, MSc, førstelektor, Høg-
skolen i Oslo og Akershus, Fakultet
helsefag, Institutt for fysioterapi

Denne **vitenskapelige artikkel-**
len, mottatt 18.09.11 og godkjent
14.05.12, er eksternt fagfellevurdert
etter Tidsskriftet Fysioterapeutens ret-
ningslinjer på www.fysioterapeuten.no.

Opgitte interessekonflikter: ingen.
Studien er godkjent av Regional Etisk
komité (REK).

Sammendrag

- **Hensikt:** Utforske hvordan kartlagte aktivitetsproblemer og funksjoner i individualiserte og standardiserte instrumenter reflekteres i foreldrevalgte mål. Sammenligne hvordan instrumentene fanger opp endring.
- **Design og Metode:** En kvantitativ studie av individualiserte og standardiserte instrumenter.
- **Materiale:** Tretten barn med cerebral parese (CP), gjennomsnittsalder to år og åtte måneder, som deltok i et familiesentrert habiliteringsprogram. Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Goal Attainment Scaling (GAS), Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) og Gross Motor Function Measure (GMFM-66).
- **Resultat:** Foreldrene identifiserte 53 aktivitetsproblemer i COPM og 74 mål i GAS, hovedsakelig innen kategoriene personlig stell, mobilitet og lek. Førtifem prosent foreldrevalgte GAS mål samsvarte med problemer i ferdigheter/aktiviteter i COPM og i PEDI, og 26 prosent i GMFM-66. Både individualiserte og standardiserte verktøy viste klinisk viktig endring ($p < .002$), men ikke positiv korrelasjon. Korrelasjon mellom antall oppnådde mål og forbedret endringsskår varierte for det individuelle barnet.
- **Konklusjon:** COPM og PEDI er i større grad enn GMFM reflektert i foreldrevalgte GAS mål. COPM kan ivareta en familiesentrert praksis ved å fremme foreldres identifisering av aktivitetsproblemer. PEDI og GMFM sikrer en standardisert evaluering over tid. Alle instrumentene var sensitive for endring, og lav korrelasjon indikerer at de evaluerer forskjellige aspekter ved motorisk funksjon.
- **Nøkkelord:** Evaluering, målsetting, cerebral parese.

Innledning

Terapeutiske tilnærminger basert på nyere forskning utfordrer fysioterapipraksis for barn. Familiesentrert tilnærming der familiens behov og ønsker og foreldres deltakelse i beslutningsprosesser vektlegges, stiller krav til at målsettings- og evalueringsprosesser reflekterer dette (1). Tiltak inngår oftere som del av barnets aktiviteter i barnehage eller hjem. Dette begrunnes med at læring av ferdigheter fremmes når det foregår i

barnets hverdagsliv (2), og at mål og tiltak må være meningsfullt for barnet (3). Studier viser at utforming av spesifikke, målbare mål sammen med foreldre og barn, kan gi økt oppnåelse av funksjonelle ferdigheter (4, 5). En familiesentrert tilnærming utfordrer terapeuten til å involvere foreldre og barn i målsettingsprosesser, og skreddersy mål, tiltak og evaluering som er relevant for familien og barnets aktiviteter i hverdagslivet (6, 7). En slik tilnærming reiser spørsmål

om i hvilken grad standardiserte kriterie- og normbaserte instrumenter ivaretar et brukerperspektiv i en målsettingsprosess. Det aktualiserer også behov for individualiserte målsettings- og evalueringsinstrumenter i tillegg til de standardiserte.

To hyppig brukte standardiserte instrumenter som vurderer ferdigheter hos barn med cerebral parese (CP), er Gross Motor Function Measure (GMFM-66) (8) og Pediatric Evaluation of Disability Inventory



Individuell undersøkelse av barna viste at GAS fanger opp endringer i aktiviteter som er meningsfulle i et barns hverdagsliv.



FORELDREDELTAELSE Læring av ferdigheter fremmes når det foregår i barnets hverdagsliv (2), og at mål og tiltak må være meningsfulle for barnet.

(PEDI) (9). GMFM er utviklet for barn med CP, terapeuten observerer definerte grovmotoriske ferdigheter i en standardisert setting. PEDI er et generisk instrument, utviklet for barn med funksjonsnedsettelse og kronisk syke barn (0-6 år), og gjennomføres som et strukturert foreldreintervju om definerte aktiviteter som barnet gjør i hverdagslivet. Instrumentenes reliabilitet og validitet er undersøkt når det gjelder sensitivitet for å fange opp endringer, og de ser ut til å utfylle hverandre når det gjelder evaluering av endring (10, 11).

Individualiserte instrumenter som er relevante for målsettings- og evalueringprosesser er Canadian Occupational Performance Measure (COMP) (12) og Goal Attainment Scaling (GAS) (13) som begge er generiske. COPM er et semi-strukturert intervju, der personen selv eller pårørende identifiserer aktivitetsproblemer i daglige

aktiviteter som grunnlag for mål og evaluerer utførelse av aktivitetene (12). GAS er en 5-delt graderingsskala for egendefinerte mål. Både COPM og GAS ser ut til å fange opp endring i funksjon (14). Endringene registreres forskjellig; i COPM er det personen/pårørende som vurderer utførelsen, mens i GAS vurderes oppnåelse ut fra definerte kriterier for det enkelte mål.

I hvilken grad individuelle mål reflekteres i standardiserte instrumenter varierer. Engelen et al (15) lenket terapeuters behandlingsmål og alle oppgaver i GMFM-88 og PEDI til den mest presise funksjonskategorien i ICF. De fant at 60 prosent av terapeutenes mål innenfor aktivitet og deltakelse var dekket av de to instrumentene. Tjuessju prosent av målene var dekket av GMFM-88, 21 prosent av PEDI og 12 prosent av begge. Ved å lenke meningsbærende konsepter i foreldrevalgte GAS-mål til spesifikke funksjons-

kategorier i ICF-CY, fant Løwing et al (16) at antall foreldrevalgte GAS-mål innenfor mobilitet, hadde moderat samsvar med baseline skåring på PEDI og GMFM-66, men for egenomsorg var det ingen sammenheng. Vi har tidligere rapportert hvordan kombinert bruk av COPM og GAS kan stimulere foreldres deltakelse i beslutningstaking og

Kort sagt

For å fremme familiesentrert tilnærming, vil bruk av individualiserte instrumenter kunne:

- ivareta foreldres mulighet til å identifisere aktivitetsproblemer hos sine barn.
- definere kontekstualiserte mål.
- fange opp endringer som er av betydning for det individuelle barnets hverdagsliv.

i utvikling av mål relatert til barnets hverdagsaktiviteter (17). Foreldrene vektla at konkretisering av mål bidrar til en bevisstgjøring av muligheter for å bruke aktiviteter i hverdagslivet som arena for trening og læring (18). Funnene støtter derfor bruk av individualiserte instrumenter i beslutningstaking i en familiesentrert praksis. I denne artikkelen, som utgår fra den samme studien, undersøker vi bruk av både individualiserte og standardiserte instrumenter i en målsettings og evalueringsprosess. Hensikten er å utforske hvordan kartlagte aktivitetsproblemer i COPM, -ferdigheter i hverdagslivet i PEDI og -motorisk funksjon i GMFM-66 reflekteres i foreldrevalgte mål (GAS) knyttet til barnets hverdagsliv. I tillegg er hensikten å sammenligne hvordan endring fanges opp av de individualiserte og standardiserte instrumentene.

Materiale og metode

Deltakere

Tretten barn med CP (ni gutter, fire jenter) som deltok i et intensivt treningsprogram på Habiliteringsavdelingen, Vestre Viken HF, Drammen sykehus, deltok i studien. Gjennomsnittsalder var to år åtte mnd (range ett år 11 mnd – fire år to mnd). Åtte barn hadde unilateral og fem bilateral CP, funksjonsnivå I (n=8), II (n=1), III (n=4) klassifisert med Gross Motor Classification Scale (GMFCS) (19). Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk og NSD, deltakerne undertegnet informert samtykke.

Gjennomføring

Barna og foreldrene var på tre fellessamlinger på rehabiliteringsavdelingen med mellomperioder hjemme for implementering av mål og tiltak (fig.1). I forkant av første samling ble det gjennomført COPM, PEDI og GMFM-66. Evaluering ble gjort på andre (COPM, GMFM-66) og tredje samling (PEDI, GMFM-66). GAS ble gjennomført på alle samlingene (fig. 1). PEDI, GMFM-66 og COPM evalueringene ble utført av

terapeuten ved rehabiliteringsavdelingen som ikke utførte tiltakene. Skalaen for funksjonelle ferdigheter i PEDI, innen forflytning, egenomsorg og sosial fungering, ble brukt (20). GAS målene ble gradert i fem trinn; baseline = -2, delvis måloppnåelse = -1, forventet måloppnåelse = 0, måloppnåelse ut over forventet, men mulig å nå = +1 og +2.

Foreldre og fagfolk knyttet til det enkelte barn observerte barna i aktivitet individuelt og i gruppe på fellessamlingene på rehabiliteringsavdelingen. Underveis diskuterte de barnets funksjon og interesser. Observasjonene og erfaringer fra kartleggingene dannet grunnlaget for utforming av GAS-mål. Foreldrene sammen med lokale fagfolk utformet målene, terapeut på rehabiliteringsavdelingen veiledet ved gradering av målene og forsker var deltaker. Mårelaterte aktiviteter ble implementert i hjemmet og barnehagen.

Analyser

To av forfatterne (BF og SØ) klassifiserte innholdet i aktivitetsproblemer i COPM og GAS-målene i tråd med COPM's teoretiske modell for kategorisering av daglige aktiviteter (12) som er i samsvar med internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (21). Ferdigheter og funksjoner barnet ikke mestret, ble sammenlignet mellom instrumentene. Skalerte skår i PEDI og motoriske skår i GMFM-66 har begge skalaer fra 0-100, basert på aktivitetenes vanskelighetsgrad uavhengig av alder. I studien er analysen knyttet til instrumentenes evne til å fange opp statistisk signifikant endring og klinisk viktig endring (3), ikke effekt av tiltak. Klinisk viktig endring i PEDI, er skår over ti prosent av start skår (22), i GMFM-66 er den utregnet ved å subtrahere forventet skår for barn to fire år med GMFCS I, II eller III (8) (s.207). COPM har en skala fra 0 - 10 og klinisk viktig endring er skår ≥ 2 (12). GAS presenteres som frekvens av oppnådde mål og «weighted T-score» for endring (23), gjennomsnitt=50, SD=10 (alle målene vektet = 1).

Statistikk

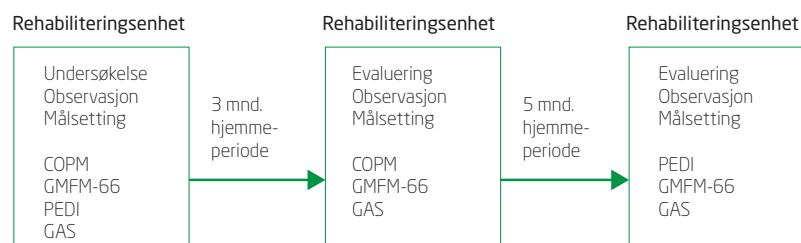
Det er anvendt beskrivende statistikk for beskrivelse av mål og aktivitetsproblemer og ikke-parametrisk statistikk for sammenligninger. Endring er utregnet med paret t-test og «Standardised Response Mean» (SRM). SRM er gjennomsnittlig endring fra t0 til t1 dividert med standard deviasjon for endring (24). SRM = 0.20 tilsvarer liten effekt, middels = 0.50 og stor effekt = 0.80 (25). For korrelasjon mellom endring og sluttskår, ble Spearman rank koeffisient brukt (SPSS versjon 16).

Resultat

Foreldrene prioriterte 53 aktivitetsproblemer i COPM og utviklet 74 GAS-mål (71 evaluerte). Som vist i tabell 1, kunne de fleste aktivitetsproblemer og alle målene plasseres innenfor områdene «personlig stell», «mobilitet» og «lek». En av ti problemer ble i henhold til ICF klassifisert som kognitive og motoriske kroppsfunksjoner slik som «problemer med koordinasjon mellom hendene, balanse». Tabell 1 viser at foreldrevalgte GAS-mål inneholdt litt høyere andel av lek enn de prioriterte aktivitetsproblemer i COPM (ikke sign, Wilcoxon). For det enkelte barn varierte mål relatert til lek fra ingen (n=5 barn) til fem (n=1), median =2. Førtifem prosent av GAS målene kunne knyttes til aktivitetsproblem i COPM. Aktivitetsproblemer var ofte beskrevet i generelle termer, mens GAS-målene var oppgavespesifikke, gradert i små trinn og knyttet til det individuelle barnets ferdighetsnivå og krav fra omgivelsene. Prosentandel GAS mål som samsvarte med ferdigheter i PEDI og funksjoner i GMFM, var henholdsvis 45 og 26 prosent. Eksempler på disse er av/påkledning, smøre brødskive, gå trapp, komme inn og ut av stol, forflytte seg med ganghjelpemidler. Andre mål som å huske, sykle, klatre, bla i bok inngår ikke i PEDI eller GMFM. Prosentandel foreldredefinerte problemer i COPM som samsvarte med PEDI og GMFM var henholdsvis 60 og 36 prosent.

Evaluering av endringskår

COPM målinger ble gjort for de første tre månedene. Alle andre målinger ble gjort for hele perioden. Alle resultatene for barnegruppen viste statistisk signifikant endring (paret t-test, $p < 0.002$, tabell 2). Ifølge SRM målte alle instrumentene stor endring (25). Imidlertid var det ikke positiv korrelasjon mellom endringskårene i individualiserte



FIGUR 1 Oversikt over instrumentene i evaluerings- og målsettingsprosessene.

TABELL 1 Fordeling av aktivitetsproblemer i COPM og GAS-mål innenfor aktiviteter.

| | COPM (n=53) | GAS (n=71) |
|---------------------------------|-------------|------------|
| Personlig stell | 29% | 28% |
| Forflytning | 35% | 38% |
| Lek | 21% | 34% |
| Sosiale aktiviteter | 4% | 0% |
| Fysiske og kognitive funksjoner | 11% | 0% |

Wilcoxon, ikke signifikant forskjell.

TABELL 2 Endringsskår for individualiserte og standardiserte instrumenter.

| | Paret t-test. Gj.snitt | SD | CI | SRM |
|------------------------------|------------------------|------|-------------|------|
| GAS (3 mnd) | 29.5 | 10.3 | (23.2-35.7) | 2.86 |
| GAS (5 mnd) | 32.3 | 14.5 | (23.5-41.1) | 2.22 |
| GAS totalt | 61.5 | 18.9 | | 3.25 |
| COPM (3 mnd) | 2.0 | 1.3 | (1.1- 2.9) | 1.59 |
| PEDI forflytning (8mnd) | 9.0 | 6.4 | (5.1- 12.9) | 1.40 |
| PEDI egenomsorg (8mnd) | 6.6 | 3.8 | (4.3- 8.9) | 1.73 |
| PEDI sosial fungering (8mnd) | 5.0 | 4.6 | (2.3- 7.8) | 1.10 |
| GMFM-66 (8mnd) | 6.7 | 5.9 | (3.2- 10.3) | 1.14 |

SRM= Standardised Response Mean. Alle endringer er signifikante $p < .002$.

TABELL 3 Korrelasjon mellom individualiserte og standardiserte instrumenters endringsskår.

| | COPM, 3mnd | GAS, 3mnd | GAS, 5mnd |
|------------------------------|------------|-----------|-------------|
| COPM | | .36 | |
| PEDI forflytning (8 mnd) | | | .43 (p=.16) |
| PEDI egenomsorg (8 mnd) | | | .13 |
| PEDI sosial fungering (8mnd) | | | .41 (p=.18) |
| GMFM-66 | -.71 * | -.59 * | .33 |

Spearman's rho, * = $p < 0.05$.

instrumenter og standardiserte instrumenter (tabell 3), men en positiv trend for assosiasjon mellom oppnådde GAS-mål og endringsskår i forflytning og sosial fungering i PEDI. GAS og COPM viste en negativ korrelasjon med GMFM. Når det gjelder endringsskår i de standardiserte instrumentene, viste GMFM og PEDI egenomsorg, positiv korrelasjon for hele intervensjonsperioden ($\rho = .65$, $p = .02$), (forflytning og sosial fungering, $\rho = .29$ og $-.12$, ns). Likeledes korrelerte sluttskårene i GMFM med PEDI forflytning, $\rho = .92$ $p < .001$ og egenomsorg, $\rho = .62$ $p = .03$.

Antall totalt oppnådde GAS-mål var høyt, 73 prosent, og åtte av de tretten barna oppnådde alle/minus ett mål. For det indi-

viduelle barnet varierte forholdet mellom antall oppnådde mål og klinisk viktig endringsskår målt med instrumentene (tabell 4, neste side). For barna som oppnådde alle/alle minus ett GAS-mål, ($n=8$), evaluerte fem foreldre klinisk viktig endring i COPM (to mangler). Alle åtte barna hadde klinisk viktig endring innen PEDI forflytning, fem innen egenomsorg og sosial fungering. Når det gjelder GMFM, hadde seks barn klinisk viktig endring, unntakene var barn tre og ni som hadde kontekstualiserte og fmgarderte ferdighetsmål.

Diskusjon

Målsetting

Studien har få deltakere, så fortolkning av

resultater gjøres med varsomhet. Foreldredefinerte mål i denne studien var alle relatert til aktivitet, egenomsorg og lek, og reflekterer sammen med Løwing et al (16) at utforming av mål i samarbeid med familien, ivaretar domeneaktivitet og deltakelse. Førtifem prosent av de GAS-målene samsvarte med innholdet i kartlagte problemer i COPM og PEDI, en mindre andel (26 prosent) var reflektert i funksjoner i GMFM-66. Dette indikerer at bruk av hverdagsforankrede instrumenter alene ikke kan dekke alle forhold av betydning for utarbeiding av individuelle mål. I denne studien ble kunnskap om barnet i aktivitet, i tillegg til kartleggingene, en del av målsetningsprosessen. Foreldre og profesjonelle gjennomførte i fellesskap observasjon av barnet i lekaktiviteter og diskuterte barnets valg og utførelse, før mål ble definert (20).

Foreldrevalgte GAS-mål ble forankret i hverdagslivets aktiviteter. Den samme forankringen har COPM og PEDI som er foreldreintervjuer og kartlegger problemer knyttet til hverdagsaktiviteter. Mange identifiserte aktivitetsproblemer i COPM viste overlapping med PEDI, samsvaret mellom dem var 60 prosent. Tilsvarende samsvar er også funnet av andre (26). Det kan derfor diskuteres om det er behov for å benytte begge to i en målsetningsprosess. Ut fra en familiesentrert tilnærming ansees foreldre som eksperter på sitt barn og de kontekster aktiviteter skal inngå i (1), og COPM intervjuet, som nettopp gir foreldrene mulighet til å velge aktiviteter i barnets hjemmemiljø/ barnehage kan ivareta foreldre- og hverdagsperspektivet (17). Selv om det generiske PEDI-intervjuet ikke kan identifisere alle familiens aktiviteter, kan det sikre en bred kartlegging, og følge utvikling av ferdigheter i en hverdagskontekst over tid på en standardisert og statistisk robust måte (10, 11).

COPM og GMFM-66 viste mindre overlapping (36 prosent), som delvis kan forklares ved at mange funksjoner i GMFM-66 er dekontekstualiserte fra hverdagslivet fordi terapeuten observerer barnet under standardiserte betingelser. GMFM-66 er det eneste av instrumentene som ikke er generisk. Det er utviklet for barn med CP, for å ivareta kartlegging og evaluering av funksjoner over tid på en standardisert måte. Dette tilsier at instrumentene kan utfylle hverandre og støtte både individualisert og standardisert tilnærming i habilitering av barn

Lek er en viktig del av barnets livs-

TABELL 4 Endringsskår for det individuelle barnet.

| Barn (GMFCS) | PEDI forflytning | PEDI egenomsorg | PEDI sosial fungering | GMFM | COPM | GAS oppnådde/total mål |
|--------------|------------------|-----------------|-----------------------|------|------|------------------------|
| 1 (I) | 12,5 | 2,6 | 5,3 | 5,5 | 4,7 | 5/6 |
| 2 (I) | 11,2 | 10,4 | 4,4 | 6,7 | miss | 4/5 |
| 3 (III) | 0,2 | 0 | 0,9 | 0 | 2,6 | 6/6 |
| 4 (I) | 0,2 | 5,4 | 3,9 | 5,8 | 0,7 | 6/6 |
| 5 (I) | 2 | 3,9 | 0,9 | 0 | 0,5 | 2/6 |
| 6 (I) | 0 | 5 | 0 | 12,5 | 1 | 3/5 |
| 7 (I) | 2,7 | 3 | 0 | 12,6 | 1 | 4/5 |
| 8 (I) | 4,6 | 0,1 | 0,1 | 0,6 | 2,2 | 5/5 |
| 9 (I) | 2,4 | 0 | 7,6 | 0 | 3,2 | 5/6 |
| 10 (III) | 1,4 | 1,3 | 0 | 1,0 | 1,4 | 2/6 |
| 11 (III) | 18,6 | 4,9 | 3,5 | 0,4 | 3 | 1/3 |
| 12 (II) | 0 | 0 | 0 | 0 | miss | 5/7 |
| 13 (III) | 0,6 | 0 | 0 | 3,9 | 2 | 5/5 |

Klinisk viktig endring i PEDI er økning over 10 % av baseline, i tabell angitt i skår >0.

Klinisk viktig endring i GMFM er skår over forventet for alder 2-4 år, GMFCS I-III, i tabell angitt i skår >0.

Klinisk viktig endring i COPM utførelse, er skår ≥2.

Andel oppnådde GAS-mål.

råder, i PEDI er lek hovedsakelig relatert til sosialisering med voksne og barn. Lek ble i liten grad valgt som problem i COPM intervjuet, prosentandelen var litt større i GAS-målene, med store variasjoner mellom barna. I samsvar med Cusick et al (14) var det flere mål knyttet til personlig stell enn lek. Personlig stell som påkledning, er relevante mål, men kanskje får lek for lite oppmerksomhet i en målsetningsprosess for førskolebarn.

Evaluering av endring

Alle instrumentene viste statistisk signifikant endring for den totale barnegruppen, men begrenset korrelasjon mellom endringsskåringene tilsier at instrumentene evaluerer ulike aspekter ved motoriske funksjoner og aktiviteter. Individuell undersøkelse av barna viste at GAS fanger opp endringer i aktiviteter som er meningsfulle i et barns hverdagsliv, eksempler var; sykling, bla i bok, avkledning og smøre brødskiye, som standardiserte instrumenter ikke gjør.

Det er utfordrende å dokumentere oppnåelse av individuelle hverdagsforankrede mål på en robust måte. GAS kritiseres for ikke å være robust nok. Kombinert bruk av GAS og PEDI kan styrke dokumentasjon av endring i hverdagsforankrede mål. Den mulige korrelasjonen mellom instrumentene, som imidlertid er sterkere i andre studier

(16), kan støtte at de er sensitive til endring innenfor deler av samme område.

Når det gjelder COPM, uttrykte noen foreldre skepsis til å evaluere endring. Foreldres forventning om endring kan derfor være kilde til bias i endringsskår når barna ikke kan vurdere selv (<8 år). Lite erfaring med bruk av individualiserte instrumenter kan også føre til lavt presisjonsnivå i utforming av mål (26), slik som vist i vår studie der måloppnåelse ofte var høyere enn forventet (17). Bruk av statistisk robuste instrumenter som PEDI og/eller GMFM er viktige i evaluering av endring i funksjon over tid og sikrer at mange aspekter ved motorisk funksjon og hverdagsaktiviteter blir evaluert

Konklusjon

Foreldre-definerte problemer i COPM, kunne reflekteres i 45 prosent av de foreldrevalgte GAS-målene. I de standardiserte instrumentene, kunne forhåndsdefinerte ferdigheter i PEDI og motorisk funksjon i GMFM-66 reflekteres i henholdsvis 45 og 26 prosent av GAS-målene. GAS-mål ble formulert som målbare, konkrete ferdigheter, tilpasset barnets interesser og omgivelser. Utkomme av de hverdagsforankrede intervjuene COPM og PEDI kan se ut til å overlape noe. Men de tjener to funksjoner; COPM ivaretar foreldres mulighet til å identifisere aktivitetsproblemer og PEDI sik-

rer en bredde i kartlegging av hverdagslivet. GMFM kartlegger flere funksjoner som er dekontekstualiserte i forhold til hverdagslivet, men det er det eneste instrumentet som er utviklet spesifikt for barn med CP. PEDI sammen med GMFM er statistisk robuste og gir mulighet til å følge barnet på en standardisert måte over tid.

Når det gjelder evaluering, viste alle instrumentene statistisk signifikant endring og lav korrelasjon indikerer at de evaluerer ulike aspekter ved motorisk funksjon. GAS fanget i større grad enn de standardiserte instrumentene opp små og meningsfulle endringer. Måloppnåelse knyttet til meningsfulle aktiviteter i hverdagslivet kan stimulere og motivere både barn og foreldre.

Referanser:

1. Law M, Teplicky R, King S, King G, Kertoy M, Moning T, et al. Family-centred service: moving ideas into practice. *Child: Care, Health & Development*. 2005;31(6):633-42.
2. Dunst CJ, Bruder MB, Trivette CM, Hamby DW. Young Children's Natural Learning Environments: Contrasting Approaches to Early Childhood Intervention Indicate Differential Learning Opportunities. *Psychological Reports*. 2005;96(1):231-4.
3. Terwee CB, Terwee CB, Dekker FW, Wiersinga WM, Prummel MF, Bossuyt PMM. On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: Guidelines for instrument evaluation. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. 2003;12:349-62.
4. Ketelaar M, Vermeer A, Hart Ht, van Petegem-van Beek E, Hadders PJM. Effects of a Functional Therapy Program on Motor Abilities of Children With Cerebral Palsy. *Physical Therapy*.

2001;81(9):1534-45.

5. Ahl LE, Johansson E, Granat T, Carlberg EB. Functional therapy for children with cerebral palsy: an ecological approach. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2005 Sep;47(9):613-9.

6. Palisano RJ, Snider LM, Orlin MN. Recent advances in physical and occupational therapy for children with cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*. 2004;11(1):66-77.

7. Valvano J. Activity-focused motor interventions for children with neurological conditions. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*. 2004;24(1-2):79-107.

8. Russell DJ, Rosenbaum PL, Avery LM, Lane M. *Gross Motor Function Measure (GMFM-66 & GMFM-88) User's manual*. 1 ed. London: Mac Keith Press; 2002.

9. Haley SM, Coster WJ, Ludlow LH, Jane H, Peter A. *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, standardization and administration manual*. 1 ed. Boston: PEDI Research Group, Boston University; 1992.

10. Ketelaar M, Vermeer A, Helders PJ. Functional motor abilities of children with cerebral palsy: a systematic literature review of assessment measures. *Clin Rehabil*. 1998;12(5):369-80.

11. Vos-Vromans DCWM, Ketelaar M, Gorter JW. Responsiveness of evaluative measures for children with cerebral palsy: The Gross Motor Function Measure and the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Disability & Rehabilitation*. 2005;27(20):1245.

12. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. *Canadian Occupational Performance Measure 3rd ed*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 1998.

13. Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. *Goal Attainment Scaling: applications, theory and measurement*. Hillsdale, NJ USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1994.

14. Cusick A, McIntyre S, Novak I, Lannin N, Lowe K. A comparison of goal attainment scaling and the Canadian Occupational Performance Measure for paediatric rehabilitation research. *Pediatric Rehabilitation*. 2006;9(2):149-57.

15. Engelen V, Ketelaar M, Gorter JW. Selecting the appropriate outcome in paediatric physical therapy: how individual treatment goals of children with cerebral palsy are reflected in GMFM-88 and PEDI. *Journal Of Rehabilitation Medicine: Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine*. 2007;39(3):225-31.

16. Löwing K, Hamer EG, Bexelius A, Carlberg EB. Exploring the relationship of family goals and scores on standardized measures in children with cerebral palsy, using the ICF-CY. *Developmental Neurorehabilitation*. 2011;14(2):79-86.

17. Østensjø S, Øien I, Fallang B. Goal-oriented rehabilitation of preschoolers with cerebral palsy – a multi-case study of combined use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and the Goal Attainment Scaling (GAS). *Developmental Neurorehabilitation*. 2008;11(4):252-9.

18. Øien I, Fallang B, Østensjø S. Goal-setting in paediatric rehabilitation: perceptions of parents and professional. *Child*

Title: Familycentered goalsetting and evaluation: Using standardized and individualized instruments

Abstract

- **Purpose:** Exploring how function and activities in individualized and standardized measures are related to family-selected goals, and compare change scores between the instruments.
- **Design and Methods:** A quantitative study of individualized and standardized instruments.
- **Materials:** Thirteen children with CP, mean age two years eight months participating in family-centered rehabilitation program. Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Goal Attainment Scaling (GAS), Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) and Gross Motor Function Measure (GMFM-66).
- **Result:** Parents identified 53 problems in COPM and 74 GAS-goals mainly in the categories personal care, mobility and play. Forty-five percent of family-selected GAS-goals corresponded with activityproblems in COPM and skills in PEDI, while 26 percent of goals corresponded with function in GMFM-66. Individualized and standardized measures identified clinical change ($p > .002$), but did not correlate. Correlation between frequency of attained goals and improved scores varied in the individual child.
- **Conclusion:** COPM and PEDI are to a larger degree than GMFM reflected in family-selected goals. COPM may ensure familycentered practice, by facilitating the family's identification of activityproblems. PEDI and GMFM secure opportunities for standardized evaluation over time. All measures were sensitive to change, and low correlations indicate that they incorporate different aspects of motor function.
- **Keywords:** Assessment, goalsetting, cerebral palsy.

Care, Health & Development. 2010;36(4):558-65.

19. Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, Palisano RJ, Russell DJ, Raina P, et al. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. *Jama*. 2002;288(11):1357-63.

20. Ostensjø S, Bjorbaekmo W, Carlberg EB, Vollestad NK. Assessment of everyday functioning in young children with disabilities: an ICF-based analysis of concepts and content of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Disabil Rehabil*. 2006;28(8):489-504.

21. ICF. ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Sosial- og helsedirektoratet 2003.

22. Iyer LV, Haley SM, Watkins MP, Dumas HM. Establishing Minimal Clinically Important Differences for Scores on the

Pediatric Evaluation of Disability Inventory for Inpatient Rehabilitation. *Physical Therapy*. 2003 10;83(10):888-98.

23. Palisano RJ, Haley SM, Brown DA. Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. *Physical Therapy*. 1992;72(6):432-7.

24. Liang MH. Evaluating measurement responsiveness. *Journal of Rheumatology*. 1995;22:1191-2.

25. Cohen J. Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*. 1992;1(3):4.

26. Verkerk GJQ, Wolf MJMAG, Louwers AM, Meester-Delver A, Nollet F. The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities. *Clinical Rehabilitation*. 2006;20(11):980-8.

 **KUPUNKTUR BUTIKKEN** - det du trenger til din klinikk

Vi har ett bredt utvalg av nåler fra kvalitetsleverandører som Seirin, Cair, Sedatelec og Cloud & Dragon. Klinikktstyr fra BTL, Sedatelec, Cair, Micropad.

Se våre hjemmesider www.akupunkturbutikken.no
eller ring oss: 69 16 97 11 / 996 99 780

Akupunkturbutikken AS, Industriveien 19, 1725 Sarpsborg

Akupunkturbutikken - Pålitelig leverandør av akupunktur nåler og klinikktstyr siden 2001



Seirin akupunktur nåler
fra kr 55,-. Cloud & Dragon
akupunktur nåler fra kr 32,-
Alle priser eks.mva

En pilotstudie:

Effekt av Medisinsk Treningsterapi og individuell behandling ved hofteleddsartrose



Brit Magnell, fysioterapeut ved Abildsø Fysio- og Manuellterapi AS. Epost: bmag-nell@online.no

Hans Petter Faugli, manuellterapeut ved Abildsø Fysio- og Manuellterapi AS.

Inger Holm, fysioterapeut og professor, Oslo Universitetssykehus og Avdeling for Helsefag, UiO.

Denne **vitenskapelige originalartiklen** ble først mottatt 12.04.2011 og godkjent 11.05.2012. Artikkelen er fagfellevurdert etter Tidsskriftet Fysioterapeuten's retningslinjer på www.fysioterapeuten.no.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen. Studien er godkjent av Regional Etisk komité (REK).

Sammendrag

- **Hensikt:** Evaluere effekten av Medisinsk Treningsterapi (MTT) og individuell behandling ved hofteleddsartrose.
- **Design:** En pilotstudie som evaluerer effekten av fysioterapi etter avsluttet behandling og seks måneder senere.
- **Materiale:** De inkluderte deltagerne i studien var pasienter med symptomgivende artrose i hoften.
- **Metode:** Pasientene, ti menn og åtte kvinner ble testet før behandlingen startet, etter avsluttet behandling og seks måneder etter avsluttet behandling. Hovedeffektmålene var smerte (Visual Analog Scale (VAS)) og funksjon (Harris Hip Score (HHS)), «seks minutter gangtest» og Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS)). Behandlingen var en kombinasjon av spesifikk øvelsesbehandling MTT i gruppe med fysioterapeut og individuell benkbehandling bygget på manuellterapi-prinsipper.
- **Resultater:** Gjennomsnittlig compliance var 88.1 prosent (SA=10.7). Resultatene viser signifikant effekt både på smerte og funksjon. VAS-skala (smerte) ble redusert fra 4.4 (SA=2.4) til 2.7 (SA=2.3) ($p<0.003$), HHS (smerte og funksjon) økte fra 70.7 (SA=11.8) til 86.1 (SA=12.1) ($p<0.0005$). «6 minutter gangtest» økte fra 532 (SA=74) til 574 (SA=75) (ikke signifikant). Resultatene ved avsluttet behandling og seks måneder etter avsluttet behandling viste ingen forskjell. Seks måneder etter avsluttet behandling trente 59 prosent av deltagerne på egenhånd, sammenlignet med 11 prosent før behandlingen startet.
- **Konklusjon:** Et seks måneders behandlingsopplegg bestående av MTT og individuell behandling indikerer positiv effekt på smerte og funksjon, og effekten ser ut til å vedvare seks måneder etter endt behandling.
- **Nøkkelord:** Artrose, hoft, øvelsesbehandling.

Les hele artikkelen med referanseliste på www.fysioterapeuten.no
Read the full article and references on www.fysioterapeuten.no
ISBN: 978-82-93256-00-7

Innledning

Artrose er en relativt vanlig sykdom og forekommer oftest i kne eller hofteledd. Prevalensen øker med alder, blant personer over 35 år i den vestlige verden er prevalensen tre til 11 prosent (1).

Artrose er en irreversibel tilstand med leddforandringer; endring av leddbrusk, reduksjon av leddspalte og osteofyttpåleiringer (2). Hos de som har symptomer foreligger smerter og nedsatt bevegelighet, noe som resulterer i nedsatt mobilitet og mus-

kelfunksjon og begrenset daglig aktivitet (3).

Trening og øvelser er dokumentert som en av de mest effektive ikke-medikamentelle behandlingsformene (4-6). Målet med behandling er å redusere smerte, bedre funksjon og gi informasjon til pasienten om syk-



Få studier har evaluert øvelsesprogram som er utformet spesielt for pasienter med artrose i hoften.



ØVELSESBEHANDLING MTT Ryggliggende enkel knesving inn. Med separasjon i hofteleddet i hvilefasen. Foto: Hans Petter Faugli

domsforløp, behandling og fysisk aktivitet.

I oversiktsartikler av Van Baar et al (7), Fransen et al (8) og Pister et al (9) er effekten av øvelsesterapi ved artrose i kne og eller hoftedokumentert. Studiene viser positiv effekt på smerte og funksjon, men det henvises nærmest bare til effekten øvelsesterapi har på artrose i kneet, da det er få studier av artrose i hoften som kan underbygge resultatene.

Tre nyere oversiktsartikler analyserer spesifikke data ved hofteleddsartrose og evaluerer effekten øvelsesterapi har på artrose i hoften. Hernandez-Molina et al (10) evaluerte effekten på smerte og fant at øvelser hadde moderat effekt. Fransen et al (11) fant ingen effekt hverken på smerte eller funksjon, og mener at dette delvis kan forklares med at de inkluderte studiene er svært ulike i intervensjon og evalueringverktøy. McNair et al (12) fant effekt på smerte og funksjon i to av studiene, men på grunn av mangel på kvalitetsstudier og forskjellige målemetoder var dokumentasjonen ikke tilstrekkelig (13,14).

Øvelsesprogrammene i de inkluderte

studiene er svært forskjellige når det gjelder innhold, intensitet, frekvens og varighet. Få av studiene har øvelsesprogram som er spesielt laget for pasienter med artrose i hoften, da øvelsene er rettet mot pasienter med artrose i kne og/eller hoftedokumentert. I tillegg har flere av studiene begrenset oppfølging etter endt behandling og kan dermed ikke si noe om effekten over tid.

På grunn av lite og sprikende dokumentasjon var det interessant å gjøre en pilotstudie av øvelsesbehandling med et spesifikt treningsopplegg for hoftepasienter og med et individualisert program med et lengre tidsperspektiv.

Formålet med studien var å evaluere om fysioterapibehandling bygget på Medisinsk Treningsterapi (MTT) og manuellterapi-prinsipper hadde effekt på smerte og funksjon hos pasienter med verifisert artrose i hoften. Ville et seks måneders behandlingsopplegg øke funksjon og redusere pasientenes smerte i aktivitet? Ville pasientene fortsette å trene på egenhånd etter avsluttet behandling?

Materiale og metode

Deltagere

Deltagerne i studien var personer med smerte og stivhet i hoften som ble henvist fra lege eller som tok direkte kontakt med instituttet for behandling av artrose i hoften. 19 pasienter, ti menn og ni kvinner ble inkludert fra oktober 2007 til november 2008. Alderen var mellom 50 til 79 år.

Inklusjonskriteriene var røntgenologisk påvist artrose, og alderen var mellom 40 til 80 år. Pasientene skulle ha nedsatt belastningstoleranse, nedsatt smertefull passiv bevegelighet og følelse av stivhet som ble bedret av lett sirkulatorisk aktivitet. Eksklusjonskriteriene var vedvarende hvilesmerter og at de sto på venteliste til totalproteseoperasjon. Pasientene skulle ikke ha dårlige norskkunnskaper, uttalte ryggplager eller alvorlige nevrologiske- og kardiovaskulære sykdommer.

Fysioterapeuten som inkluderte pasientene og som foretok testene var ikke involvert i behandlingen. Deltagerne ble testet før behandlingen startet, etter avsluttet behandling og seks måneder etter avsluttet behandling.

Les hele artikkelen med referanseliste på www.fysioterapeuten.no
Read the full article and references on www.fysioterapeuten.no
ISBN: 978-82-93256-00-7

Kort sagt

- En pilotstudie av pasienter med artrose i hoften med 18 deltagere.
- Et seks måneders behandlingsopplegg bestående av Medisinsk Treningsterapi (MTT) og individuell behandling, indikerer positiv effekt på smerte og funksjon.
- Effekten ser ut til å vedvare seks måneder etter endt behandling.

Action plans and case manager support may hasten recovery of symptoms following an acute exacerbation in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

Synopsis

Summary of: Trappenburg JCA et al (2011) Effect of an action plan with ongoing support by a case manager on exacerbation-related outcome in patients with COPD: a multicentre randomised controlled trial. *Thorax* 66: 977–984. [Prepared by Kylie Hill, CAP Editor.]

Question: In patients with COPD, does an action plan (AP) with support from a case manager lead to earlier contact with healthcare professionals and faster recovery from an exacerbation?

Design: Randomised, controlled trial with concealed allocation. Patients were unaware of the study aims. Setting: 8 regional hospitals and 5 general practices in Europe.

Participants: Adults with COPD, aged > 40 years, with a substantial smoking history, and using bronchodilators were eligible. Exclusion criteria were a primary diagnosis

of asthma or cardiac disease, or presence of disease that would affect mortality or participation (eg, confusion). Randomisation of 233 patients allocated 111 to the intervention group and 122 to the control group.

Interventions: Both groups received usual care and brief nurse-led education about management of their disease. In addition, the intervention group received an individualised written AP, encouragement to contact the nurse for more information if needed, and two standardized telephone reinforcement sessions at 1 and 4 months following randomisation. The nurse, in consultation with physician, was able to provide a course of corticosteroids and antibiotics.

Outcome measures: Patients recorded their symptoms daily and completed the 24-hour Clinical COPD Questionnaire (CCQ) every 3 days, for 6 months. The primary outcome was time to recovery of health sta-

tus following an exacerbation, defined as a return to pre-exacerbation CCQ scores. Secondary outcomes included the time delay between exacerbation onset and exacerbation-related healthcare contact and exacerbation-related self-efficacy.

Results: CCQ data were available for 216 patients. The mean symptom recovery time was shorter in the AP group by 3.68 days (95% CI 0.04 to 7.32). Patients in the AP group with an exacerbation sought treatment 2.9 days earlier (95% CI 2.4 to 3.5) than patients in the control group. The change in self-efficacy was higher in favour of the AP group. There were no differences in the number of exacerbations or healthcare contact between the groups.

Conclusion: An AP with case manager support enhanced early detection of exacerbations and expedited recovery from symptoms following these events.

Commentary

Self-management places patients and healthcare professionals in partnerships. Patients are trained to be in charge of their day-to-day illness management, while healthcare professionals assist with decision-making and goal achievement. Specialised nurses or other allied health professionals often act as case managers in self-management programs for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Case managers can be contacted by patients if they feel they need to. This well performed study provides additional evidence for the use of individualised written action plans for exacerbations with ongoing case management in people with COPD. The authors hypothesised that in the event of an exacerbation, an action plan that aims at early contact with healthcare providers would promote prompt intervention, leading to faster recovery in symptoms and health status.

The study shows positive results for health status and symptom recovery, without an increase in the proportion of exacerbations reported to healthcare providers. The latter is somewhat surprising, but the authors indicate that a possible explanation can be found in the increased self-efficacy (and possible better self-management strategies) and milder exacerbations in the interventi-

on group. In contrast to other studies (Bourbeau et al 2003, Effing et al 2009, Rice et al 2010) overall health care use did not change. Whereas stand-alone COPD exacerbation action plans are used with increasing frequency, evidence is accumulating that the effectiveness of these plans without case manager back-up and self-management training is very limited (Walters et al 2010). Self-management training aimed at behavioural change along with case-manager assistance are the strategies most likely crucial to the success of action plans. This study underlines the usefulness of action plans during COPD exacerbations when coupled with case management and implemented as part of straightforward self-management training programs for patients without severe co-morbid diseases.

Tanja Effing

Department of Respiratory Medicine, Repatriation Hospital, Adelaide, Australia

References

- Bourbeau et al (2003) *Arch Intern Med* 163: 585–591.
- Effing et al (2009) *Thorax* 64: 956–962.
- Rice et al (2010) *Am J Respir Crit Care Med* 182: 890–896.
- Walters et al (2010) *Cochrane Database Syst Rev* 5: CD005074.

En systematisk oversikt er en oversikt som bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt hente ut, sammenstille, analysere og gradere data fra studiene som er inkludert i oversikten.

Kvaliteten på dokumentasjonen i en systematisk oversikt bedømmes blant annet ut fra studiedesign, risiko for systematiske feil, om resultatene peker i samme retning og om studiene totalt har tilstrekkelig antall deltakere. Vi bruker Grades of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) sitt system for å lage en profil over kvaliteten på dokumentasjonen for hvert utfallsmål. Dokumentasjonen kan være av høy, middels, lav eller svært lav kvalitet. Jo høyere kvalitet, jo sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist anslått.

Tett oppfølging ved bekkenbunnstrening kan bedre inkontinensproblemer

Giske, L og Dahm, KT

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Kvinner med urinlekkasje som fikk regelmessig veiledning i bekkenbunnstrening både i gruppe og individuelt rapporterte i større grad bedring enn kvinner som hadde mindre kontakt med helsepersonell og kun fikk individuell behandling. Forskerne fant ikke dokumentasjon for at én treningsmetode var bedre enn en annen. Dette viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane Collaboration.

Bakgrunn

Urinlekkasje (inkontinens) er et vanlig problem. Forekomsten øker med økende alder, og er større hos kvinner enn hos menn. De to hyppigste formene er stressinkontinens, som skjer ved hosting, nysing eller ved fysisk anstrengelse, og urgeinkontinens som karakteriseres av en plutselig og uimotståelig vannlatingstrang. Ved stressinkontinens lukkes ikke urinrøret ordentlig under anstrengelse, og er den vanligste formen hos kvinner. Urgeinkontinens er lekkasje på grunn av såkalt overaktiv blære, og er den vanligste formen hos menn.

Bekkenbunnstrening er den vanligste behandlingen ved alle typer inkontinens, og har vist god effekt, spesielt for stressinkontinens. Man vet imidlertid ikke hva slags type trening som hjelper best.

I Norge er det vanlig å gi informasjon om bekkenbunnstrening, men både treningstilbudet og instruksjonen varierer.

Hva sier forskningen?

Den systematiske oversikten oppsummerer funn fra studier der forskerne har undersøkt effekten av forskjellig type veiledning og forskjellig type bekkenbunnstrening for kvinner med stressinkontinens og for noen få grupper med både stress- og urgeinkontinens. De forskjellige tiltakene



ble sammenliknet med hverandre. Det primære utfallsmålet var egenrapportert endring i inkontinensproblemer. Studiene viste at:

- Mange versus få konsultasjoner hos helsepersonell gir muligens større bedring av inkontinensproblemer.
- Trening både i gruppe og individuelt eller kun i gruppe er muligens mer effektivt enn bare å trene individuelt.
- Det var ingen overbevisende dokumentasjon for at den ene treningstypen var bedre enn den andre når det gjaldt:

Maksimal versus submaksimal kontraksjoner, direkte versus indirekte (tilleggsbruk av sete, buk) trening av bekkenbunnsmuskulatur, stående versus sittende utgangstilling, styrketrening versus motoriske læringsprogrammer, trening med versus uten motstand og mer versus mindre intensive treningsprogram.

Vi har vurdert dokumentasjonen fra denne systematiske oversikten til å være av lav kvalitet fordi deltakerne ikke var blindet for hvilken intervensjon de fikk, utfallsmålet var egenrapportert, og antall deltakere i de forskjellige sammenlikningene var relativt få.

Mer om den systematiske oversikten

Tjueen studier er inkludert i oversikten, og 1490 kvinner fra forskjellige land deltok. Resultatene viste at signifikant flere (ca 1.6 ganger så mange eller 351 flere per 1000) i gruppen med tett oppfølging rapporterte bedring av inkontinensproblemer sine sammenliknet med gruppen med lite oppfølging. Med tett oppfølging menes mange konsultasjoner hos helsepersonell og trening både i gruppe og individuelt. I Cochraneoversikten har forfatterne oppgitt resultatene for antallet som ikke rapporterte bedring. For sammenlikningene av treningstyper var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.

Kilde

Hay-Smith EJC, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP; Comparison of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. <http://online-library.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009508/pdf>

Tilbakeføring i jobb med muskel- og skjelettplager – et spørsmål om koordinering?

Det er bred enighet om at tidlig intervensjon er effektivt for å sikre en rask tilbakeføring til arbeid for mennesker med kroniske muskel- og skjelettplager. Samtidig som at en tidlig intervensjon har vist seg å være effektiv, må den «times» riktig, slik at den sykmeldte er klar for tiltak når de iverksettes.

TEKST John Henry Strupstad
fagredaktor@fysio.no

PERSONER med muskel- og skjelettplager stod i tredje kvartal 2010 for 42 prosent av sykefraværet i Norge (2). Gruppen representerer dermed den mest brukte diagnosen ved sykmelding. Muskel- og skjelettplager har ofte sammensatte årsaker. Diffuse smerter og komplekse årsakssammenhenger kan gjøre tilbakeføringen spesielt utfordrende. Internasjonal forskning peker på at spesielle kombinasjoner av tiltak og arbeidsrettet rehabiliteringsprogram med sterk forankring og involvering av arbeidsplassen har effekt (4,5).

Arbeidsrettet rehabilitering kjennetegnes ved at det rettes en innsats for å forhindre fraværet ved hjelp av tverrfaglige rehabiliteringstiltak og nærhet til arbeidslivet (5). IA-avtalen og programmet Raskere tilbake gir strukturelle og økonomiske rammer for å tilbakeføre sykmeldte. Det synes nå å være et behov for å definere hva tilbudene må inneholde, hvordan de må være organisert og hvilken kompetanse de må inneha for å gi effekt.

De gode hjelperne

Det overordnede målet for denne studien var å utvikle et kunnskapsbasert arbeidsrettet rehabiliteringstilbud for personer med uspesifikke muskel- og skjelettplager (case-metoden). Målet med studien var å kartlegge hva ulike aktører med erfaring fra sykefraværarbeid mener er den ideelle oppfølgingen av denne gruppen, og å validere case-metoden ved å kartlegge ulike aktører og eksperter sine oppfatninger om denne. Case-metoden består av fire moduler: (1) *Medisinsk kortintervensjon* som skjer

umiddelbart ved sykmelding, (2) *Arbeidsrettet intervensjon* som skjer etter 2 uker, (3) *Medisinsk utredning* fra 8 uker og (4) *Et terapeutisk tilbakeføringsprogram* fra 10 uker.

Fokusgruppeintervjuer

Det ble gjennomført åtte fokusgruppeintervjuer med til sammen 51 ulike eksperter og aktører med erfaring fra sykefraværsoppfølging; arbeidsgivere, tilbakeførte sykmeldte, bedriftshelsetjenestepersonell, fastleger (spesialister i allmenmedisin), rådgivere fra NAV Arbeidslivssenter, inspektører fra Arbeidstilsynet, aktører fra en arbeidstakerorganisasjon, aktører fra en arbeidsgiverorganisasjon og et tverrfaglig team fra en arbeidsrettet rehabiliteringsinstitusjon. Fokusgruppene var homogene når det gjaldt hvilken rolle de som deltok hadde i forhold til sykefraværsoppfølging, og hvert intervju besto av fem til åtte informanter. Intervjuene var delt i to, en induktiv del (utforskende) og en deduktiv del (validerende). I den induktive delen ble informantene spurt om hva de opplever er den ideelle oppfølgingen av sykmeldte, hvem som må bistå, når og hvordan. I den deduktive delen ble case-metoden presentert og diskutert. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert ved hjelp av kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse.

I alle intervjuene ble *fastlegen* og *arbeidsgiver* omtalt som de mest sentrale hjelperne. Arbeidsgiver ble ofte nevnt som ansvarlig for oppfølgingen, og fastlegen som bidragsyter på det medisinske området. Det ble også trukket frem at bedriftshelsetjenesten (BHT) burde brukes i oppfølgingen, ettersom de har kunnskap om hva som kjennetegner arbeidsplassen. Det virket ikke å være stor uenighet på tvers av intervjuene om hvem som skulle involveres i oppfølgingen.

EN OPPSUMMERING av rapporten

«Beste praksis i oppfølgingen av sykmeldte med muskel- og skjelettplager» (1), fra forskningssenteret PreSender og IRIS, International Research Institute of Stavanger, avdeling for sykefravær og arbeidshelse.

Fysioterapeutens fagredaktør, John Henry Strupstad, var tidligere forsker ved IRIS, og er en av forfatterne bak rapporten.

gen. Imidlertid var det ulike meninger om hvilke roller de ulike hjelperne ble tilskrevet. Særlig var det uenighet om koordinatrollen. Fastlegens rolle som sykmelder ble også diskutert, i sammenheng med at flere ønsket seg en sykmelder som var tettere knyttet til arbeidsplassen.

Endringsforslag

De deduktive intervjuene ga tilbakemeldinger og endringsforslag til case-metoden.

Om case-metoden generelt: Tilbakemeldingene til case-metoden var generelt positive. Det ble påpekt at en standardisert oppfølging vil være en fordel for de ulike hjelperne, samt at å bruke metoden fleksibelt vil være nødvendig for å sikre skreddersøm i den enkelte sak.

Om modul 1: Medisinsk kortintervensjon: Det var ulike meninger om en medisinsk kortintervensjon, noen mente at det var positivt ikke å koble på for mange hjelpere på et tidlig tidspunkt, mens det i andre fokusgruppeintervjuer ble argumentert for en grundig medisinsk utredning allerede i modul 1.

Om modul 2: Arbeidsrettet intervensjon: Det ble foreslått at denne modulen burde



MED ARBEID SOM MÅL Forskning tyder på at arbeidsrettet rehabilitering skal skje i nær tilknytning til arbeidslivet.

komme enda tidligere, og at modul 1 og 2 muligens burde bli slått sammen.

Om modul 3: Medisinsk utredning: Det ble foreslått at den medisinske utredningen burde komme tidligere. Det ble også påpekt at utredningen bør skje kontinuerlig og parallelt i hele prosessen.

Om modul 4: Terapeutisk tilbakeføringsprogram: Noen mente at denne modulen burde komme tidligere, og kanskje til og med før en sykmelding. Videre ble det nevnt at et slikt program kan virke isolerende og sykeliggjørende. Et dagtilbud kan være mer hensiktsmessig enn et døgntilbud.

Om koordinering av tilbakeføringsprosessen: Det var enighet om at denne rollen var viktig, men uenighet om hvem som er den beste til å inneha rollen. Både arbeidsgiver, BHT, NAV og helsepersonell generelt ble foreslått som gode kandidater.

Standardisering i tilbakeføringsprosessen

Det var uenighet, og delvis motstand, mot ikke å gå tungt inn med medisinsk diagnos-

tisk utredning tidlig. Forskningen argumenterer for å vente med medisinsk utredning for å unngå sykeliggjøring. I tillegg er det å vente med den medisinske utredningen i tråd med LEON-prinsippet, som handler om hva som er laveste effektive nivå på intervensjonene. Det ble sett som positivt med en større grad av standardisering av tilbakeføringsprosessen for denne gruppen. Dette støttes av forskningen, som har vist et behov for rolleklarhet og et godt samarbeid mellom aktørene i sykefraværsoppfølgingen, hvor særlig fast struktur, konsistens, felles plattform og løsningsorientering er sentrale momenter. Det var størst uenighet blant aktørene om systemet rundt koordinering av sykefraværssaker, og hvem som skulle koordinere hjelperne i tilbakeføringsprosessen. Norge har per i dag ingen standardisert modell for koordinering av tilbakeføringsprosesser. De varierende oppfatningene om hvem som bør inneha koordinatrollen kan være en konsekvens av dette. Internasjonale studier har vist at det å bruke en koordinator i tilbakeføringsprosessen er effektivt, og de

fleste studier har funnet at det er hensiktsmessig at helsepersonell innehar denne rollen, ikke arbeidsgiver. IA-modellen i Norge, med sitt fokus på arbeidsplassen som arena for oppfølging kan være årsak til at det i denne studien var en hyppig oppfatning at arbeidsgiver bør inneha koordinatrollen.

Kilde med alle referanser:

1. Aas, R. W., Solberg, A., Strupstad, J., Kiær, E., Lunde Ellingsen, K., Teige, H. (2011). Beste praksis i oppfølgingen av sykmeldte med muskel- og skjelettplager. Rapport IRIS – 2011/056. Stavanger. [http://www.iris.no/Internet/sn.nsf/vwDocId/D8930451E613C336C1257904003AB583/\\$file/Hovedrapport+++Beste+praksis+i+oppf%C3%B8lging.pdf](http://www.iris.no/Internet/sn.nsf/vwDocId/D8930451E613C336C1257904003AB583/$file/Hovedrapport+++Beste+praksis+i+oppf%C3%B8lging.pdf)
2. NAV. (2010). Sykefraværssstatistikk. Retrieved from <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk>
3. van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C. W., Franche, R.-L., Schonstein, E., Loisel, P., et al. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)(2), CD006955.
4. Loisel, P., Durand, P., Diallo, B., Vachon, B., Charpentier, N., & Labelle, J. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. The Clinical Journal of Pain, 19, 105-113.
5. Aas, R. W. (2009). Raskt tilbake - Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Doktorgrad:

Gange på tredemølle med vektavlastning

Mona Kristin Aaslund, Spesialist i nevrologisk fysioterapi, PhD. Forskningsgruppe i fysioterapi, Universitetet i Bergen/Fysioterapiavdelingen, Helse Bergen.

Disputasen var 27. april ved Universitetet i Bergen. Avhandlingens tittel: «Treadmill walking with body weight support». Avhandlingen kommer også til å legges ut på BORA (<https://bora.uib.no/>)

Sammendrag

■ Rehabilitering av gangfunksjon hos pasienter etter slag med trygg, oppgavespesifikk, og intensiv trening med tilstrekkelig varighet, er ofte utfordrende å få til. Vektavlastet tredemølletraining er et alternativ i gangrehabilitering for å møte disse utfordringene.

Under slik trening går pasienten på en tredemølle, mens hun/han har på seg en sele som er festet til et vektavlastningssystem. Slik kan gangfunksjon trenes med god trygghet,

lastning både hos friske og hos pasienter etter hjerneslag, og hvor lenge man må gå på tredemøllen før gangmønstret stabiliserer seg. Doktorgradsavhandlingen består av tre vitenskapelige artikler. Den første artikkelen er en studie der det ble sett på tredemøllens, selens og vektavlastningssystemets innflytelse på gangvariabler hos 28 friske, voksne mennesker. I den andre artikkelen ble det sett på hvordan gangvariablene stabiliseres i løpet av de første fem minuttene på tredemøllen med 20 prosent vektavlastning hos 35 pasienter etter slag. I den siste artikkelen ble det sett på hvordan tredemølle-gange med vektavlastning er forskjellig fra gange på gulv, og det ble sett på hvordan forskjellig hastighet og mengde vektavlastning påvirket gangvariablene hos 44 pasienter etter slag. Gangvariabler ble kvantifisert ved hjelp av akselerometermålinger over nedre del av ryggen, og gangvariablene undersøkt

Har du nylig avlagt doktorgrad?

■ Fysioterapeuten vil fremover publisere norske sammendrag av doktorgrader fra fysioterapeuter. Vi vil gjerne ha sammendragene sendt til fagredaktør; fagredaktor@fysio.no. Maksimal lengde er 3.000 tegn uten mellomrom. Les sammendraget i dette nummeret av Fysioterapeuten for tips til utforming!

ning for det gangmønstret pasienten trener på, og at rask hastighet bør prioriteres før reduksjon i vektavlastning. I hvilken grad gangmønsteret på tredemøllen er overførbart til vanlige gangsituasjoner er et tema for videre forskning.

” Rask hastighet bør prioriteres før reduksjon i vektavlastning

og med mulighet for relativt høy intensitet og i relativt lang tid. En forutsetning for at slik trening er effektiv, er imidlertid at pasientens gange på tredemøllen samsvarer med vanlig gange, ettersom dette er målet med treningen. I tredemøllestudier slås det ofte fast at tredemølletraining med vektavlastning er oppgavespesifikk i forhold til å trene gangfunksjon, men det er lite evidensbasert kunnskap om hvordan slik trening faktisk påvirker gangvariabler under treningen og dermed hva vi trener. Målet med prosjektet var å undersøke hvordan gangvariabler blir påvirket av å gå på tredemølle med vektav-

var gangratio, kadens, steglengde, gjennomsnittsakselasjon, regularitet og symmetri. Det ble funnet at selv om både tredemøllen, selen og vektavlastningssystemet påvirker hvordan vi går, var tendensen at gangmønsteret ikke ble forverret i forhold til under vanlig gange for pasienter etter slag. Det ble også funnet at endring av ganghastighet påvirket gangvariablene mer enn endring av mengde vektavlastning, og økt ganghastighet tenderte til å ha en positiv påvirkning på gangvariablene. Dette indikerer at kliniske valg om mengde vektavlastning og hastighet underveis i tredemølletraining har betyd-

Artikler:

1. Aaslund, M. K. and Moe-Nilssen, R. Treadmill walking with body weight support. Effect of treadmill, harness and body weight support systems. *Gait Posture*, 2008. 28(2): p. 303–8.
2. Aaslund, M. K., Helbostad, J. L. and Moe-Nilssen, R. Familiarisation to body weight supported treadmill training for patients post-stroke. *Gait Posture*, 2011. 34(4): p. 467–72.
3. Aaslund, M. K., Helbostad, J. L. and Moe-Nilssen, R. Characteristics of treadmill walking with body weight support in ambulatory patients post-stroke. Effect of walking speed and degree of body weight support. Submitted.



Ikke god nok evidens for kinesiotape

Det er mangelfull dokumentasjon på effekten av elastisk taping, eller kinesiotaping. Enkelte studier indikerer likevel effekter som må studeres mer inngående, i større forsøk av metodisk god kvalitet.

TEKST John Henry Strupstad
fagredaktor@fysio.no

KINESIOTAPE er elastisk bomullstekstil med akryl-lim som brukes for behandling av idrettsskader og andre fysiske lidelser. Limet er patentert av Komp (1965), og en kombinasjon av dette limet og tekstil er opphavet til kinesiotape.

Tapen brukes i blant annet i fysioterapi ved overbelastninger, for å gi en muskelavspennende effekt lokalt og i rehabilitering for å understøtte svak muskulatur (1). De elastiske egenskapene er også ment brukt på en mekanisk måte for å begrense eller bedre leddutslag.

Beijing-OL

Elastisk tape ble populært i USA etter at 50.000 ruller ble brukt på utøvere i Beijing-OL i 2008. Lance Armstrong tar opp bruken av elastisk tape i sin biografi, der han beskriver effekten av denne behandlingen på egen kropp (2). Under fotball-EM 2012 ble Italias Mario Balotelli og Gianluigi Buffon sett iført denne tapen. Det samme gjaldt Novak Djokovic under årets Wimbledon-turnering i tennis, og en rekke andre mer eller mindre kjente idrettsutøvere.

Listen over produsenter av elastisk tape har økt, men så langt er det ingen gode vitenskapelige bevis for at elastisk taping gir klinisk signifikante fordeler. En systematisk gjennomgang fra 2012 indikerte ingen smertelindrende effekt av kinesiotape. Tapen kan likevel synes å gi en gunstig effekt ved styrke og ved bevegelsestrening for enkelte idrettsskader. Videre studier er helt nødvendig for å bekrefte disse funnene (3).



JUDO Hellas' Ilias Iliadis brukte kinesiotape i kampen mot Litauens Karolis Bauza under OL i London. Foto: Kim Kyung-Hoon/Reuters/NTB Scanpix

bevegelsesmønstre (7). En studie av elastisk tape-effekt på endringer i muskeltonus i m. vastus medialis under isometriske kontraksjoner fant en økning i muskeltonus 24 timer etter påføring, men i løpet av fjerde dag etter påføring var effekten utvasket (8).

Ut fra disse studiene foreligger det ikke på noen måte god nok evidens som underbygger eller støtter bruken av elastisk taping, eller kinesiotaping, som dokumentert effektivt fysioterapeutisk tiltak. Allikevel indikerer noen studier enkelte effekter som må studeres mer inngående i større, gode metodiske forsøk.

Skulderebetennelse

En randomisert kontrollert og dobbeltblindet studie viste ingen langsiktig nytteeffekt av kinesiotape på smertelindring ved mistenkt skulderebetennelse/impingement syndrom, selv om det var en statistisk signifikant effekt umiddelbart etter påføring (4). En randomisert klinisk studie av pasienter med nakkesleng fant en statistisk signifikant effekt på smerte og bevegelighet, men spekteret av bevegelser var små og kunne, ifølge forfatterne av studien, ikke være klinisk relevante (5).

Muskelstyrke

En studie av effekten av kinesiotaping på muskelstyrke fant at taping på fremre lår verken gav redusert eller økt muskelstyrke hos friske unge idrettsutøvere uten fysiske skader (6). En studie som så på effekten av elastisk taping på baseballspillere med skulder-impingement fant at elastisk taping indikerte positive endringer i scapulære

Referanser

1. <http://www.livestrong.com/article/30089-kinesio-tape-work/>
2. Every Second Counts, Lance Armstrong (Author), Sally Jenkins (Collaborator).
3. Williams S, Whatman C, Hume PA, Sheerin K (2012). «Kinesio taping in treatment and prevention of sports injuries: a meta-analysis of the evidence for its effectiveness». *Sports Med* 42 (2): 153-64.
4. «The Clinical Efficacy of Kinesio Tape for Shoulder Pain: A Randomized, Double-Blinded, Clinical Trial - JOSPT - Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy». jostpt.org
5. González-Iglesias J, Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland JA, Huijbregts P, Del Rosario Gutiérrez-Vega M (July 2009). «Short-term effects of cervical kinesio taping on pain and cervical range of motion in patients with acute whiplash injury: a randomized clinical trial». *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 39 (7): 515-21.
6. Fu TC, Wong AM, Pei YC, Wu KP, Chou SW, Lin YC (April 2008). «Effect of Kinesio taping on muscle strength in athletes-a pilot study». *Journal of Science and Medicine in Sport / Sports Medicine Australia* 11 (2): 198-201.
7. Hsu YH, Chen WY, Lin HC, Wang WT, Shih YF (December 2009). «The effects of taping on scapular kinematics and muscle performance in baseball players with shoulder impingement syndrome». *Journal of Electromyography and Kinesiology* 19 (6): 1092-9.
8. Skupik A, Dwornik M, Białoszewski D, Zych E (2007). «Effect of Kinesio Taping on bioelectrical activity of vastus medialis muscle. Preliminary report». *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* 9 (6): 644-51.

Løsningsorientert bok om kroniske lidelser

Anners Lerdal og May Solveig Fagermoen:

Læring og mestring

Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning

Gyldendal norsk Forlag

310 sider

Pris: 349

ISBN: 978-82-05-39938-9

Utfordringer knyttet til å leve med alvorlig kroniske sykdommer er store. Hvordan kan barn, deres pårørende og voksne med slike problem få best mulig hjelp i hverdagen? Hvordan kan de greie seg best mulig? Kan informasjonen mellom pasienter, pårørende og helsevesenet bedres? Kan pasienter ved å dele erfaringer hjelpe hverandre? For å avhjelpe dette er det opprettet Lærings- og mestringssentre (LMS) ved alle helseforetak i landet. Dette er noen av temaene i boken.

De to redaktørene og tretten andre forfattere er sykepleiere av grunnutdanning. To fysioterapeuter, en lege og tre psykologer har for øvrig bidratt. Alt dette fordelt over 13 kapitler og en innledning i tillegg.

Kroniske sykdommer som astma og diabetes hos barn, hjertelidelser hos voksne, alvorlige nyresykdommer og hemofili omtales. Pasienthistorier utfyller og eksemplifiserer innholdet i kapitlene.

Et velskrevet kapittel omtaler hvordan barn med astma strever med fysisk aktivitet, og at de ikke alltid tar de nødvendige medisiner. Det varierer mye hvilken forståelse de personer som barna kommer i kontakt har om astma. Hvordan skal berørte parter få informasjon og hjelp slik at hverdagen blir lettere for barn og foreldre? Foreldre med barn med særlige behov i hverdagen får ofte ikke nok hjelp og støtte og blir selv overbelastet med helseplager som følge.

Legen skriver godt om rehabilitering etter hjerteinfarkt ved Feiringklinikken. Opplegget foregår på institusjon. Forfatteren bemerker at man i nyere tid er opptatt av pasientene kan øke belastningene ved kondisjonstrening og at styrketrening også har kommet som et tillegg. Kasuistikken i denne artikkel er svært god og belyser både de fysiske og psykiske problem som mannen med hjerteinfarkt gjennomlever.

Et annet informativt kapittel handler om Fysioteket; frisklivssentralen i Drammen. Dette drives av fysioterapeuter. Trening på resept er et kommunalt tilbud for endring av levevaner rettet mot lite fysisk aktive personer som er i faresonen for å utvikle sykdom eller helsepla-



ger relatert til inaktivitet. En motiverende samtale til å begynne med, tilbud om fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og hjelp til å slutte å røyke. Opplegget har de hatt gode resultater med.

Kapittelet som omhandler «livsstyrketrening» beskriver et kurs i gruppe for blant annet pasienter med kroniske muskel- og skjelettsmerter. Ulik profesjoner som fysioterapeuter, sykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og leger kan ta en ettårig utdanning og bli veiledere. En historie fra boken omtaler en kvinne med diagnose fibromyalgi. Hun har vært til fysioterapi, men kun med kortvarig bedring. Gjennom dette kurset friskner damen til. Hva behandlingen går ut på omtaler jeg ikke, men oppfordrer fysioterapeuter til å lese kapittelet. Fysioterapeuters ferdigheter som instruktører blir i Livsstyrketrening, så vidt jeg kan forstå av teksten, vurdert på samme nivå som annet helsepersonell når det gjelder muskel- og skjelettplager. Har ikke fysioterapeuter gjennom sin utdanning i undersøkelse og behandling av muskel- og skjelettplager visse kvalifikasjoner ut over annet helsepersonell som for eksempel sykepleiere? Vil fysioterapeuter i fremtiden bli utkonkurrert av sykepleiere, psykologer, idrettsinstruktører og annet personell når det gjelder behandling av muskel- og skjelettplager?

Boken er stort sett lettlest og kan anbefales kolleger, ikke minst som oppslagsbok og med gode henvisninger til nettbasert informasjon om ulike emner.

Einar Hafsaal

Fysioterapeut, Sandnes

Barn med Developmental Coordination Disorder (DCD) - Aktiviteter i dagliglivet

Forfatter: Morven F. Ball

Forlag: Fredvik Forlag

ISBN: 978-82-92603-03-1

Developmental Coordination Disorder er en umodenhet eller forstyrrelse i utviklingen av motorisk koordinasjon. Barn med DCD har vansker med motorikk, konsentrasjon, koordinasjon, oppmerksomhet og spesielle læringsaspekter. DCD inkluderer dyspraksi og er nær beslektet med andre tilstander som dysleksi, ADHD og Asperger Syndrom.

Denne boken er ment som en håndbok til foreldre, omsorgspersoner og profesjonsutøvere som jobber med barn med DCD. Boken tar for seg organisering av daglige aktiviteter samt kroppsholdning i tillegg til øvelser, trening og nyttige hjelpemidler for å hjelpe denne gruppen barn.



Alternativ behandling - praksis og fakta

Forfattere: Helle Johannessen og Ann Ostenfeld-Rosenthal

Forlag: Munksgaard

ISBN: 978-87-628-1092-1

Boken introduserer, beskriver og diskuterer virkningen av alternativ behandling. Forskjellige typer av behandlingsformer beskrives i sammenheng med relevante caser. Nasjonale forhold i Danmark sammenlignes med internasjonale forhold i et komparativt perspektiv.

Forfatterne av boken har bred erfaring fra alternativ behandling i et tverrfaglig perspektiv. De tar i denne boken inn relevante forskningsresultater i fagfeltet.

Bokens målgruppe er profesjonsutøvere og studenter innen helsesektoren.



Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

3 331 500 kroner til prosjekter i fire stipendkategorier

VÅREN 2012 utlyste Fondet for tredje gang som en prøveordning fire stipendkategorier: stipend til forskningsprosjekt, kvalitetssikringsprosjekt, formidlingsprosjekt og arbeid med prosjektbeskrivelse. Til søknadsfristen 1. mars 2012 mottok Fondet 20 søknader som til sammen søkte om mer enn kr 6,3 millioner.

Fondet innhenter uttalelse om prosjektene fra en gruppe av eksterne fagfeller. Uttalelsen fra de eksterne fagfellene er grunnlag for styrets vurdering av prosjektets kvalitet.

Fondets prioriterte satsningsområde er for tiden fysioterapi i primærhelsetjenesten. Prosjekt som gjennomføres i, eller er forankret i, primærhelsetjenesten blir derfor prioritert når søknader ellers stiller likt i vurderingene.

■ **Stipend til forskningsprosjekt** gis til kortere, avgrensede forskningsprosjekter med et arbeidsvolum tilsvarende ett årsverk. Stipendet kan fordeles over en periode på opp til to år. Fondsstyret ønsker gjennom stipendkategorien å inspirere og bidra til forskning og utvikling av ny fysioterapifaglig kunnskap. Fondet mottok elleve søknader som til sammen søkte om mer enn kr 5,1 millioner.

■ **Stipend til kvalitetssikringsprosjekt** gis til prosjekter med et arbeidsvolum tilsvarende fire månedsverk, fordelt over en periode på opp til ett år. Gjennom denne stipendkategorien ønsker Fondsstyret å styrke kvaliteten av fysioterapijenesten. For eksempel gjennom implementering av kunnskapsbasert praksis, fagprosedyrer eller retningslinjer, arbeid med fagprosedyrer, retningslinjer eller pasientforløp og kartlegging og vurdering av brukermedvirkning, pasientfaringer eller pasienttilfredshet. Fondet mottok to søknader som til sammen søkte om mer enn kr 450 000.

■ **Stipend til formidlingsprosjekt** gis til prosjekter med et arbeidsvolum tilsvarende

tre månedsverk, fordelt over en periode på inntil ett år. Fondsstyret ønsker her å inspirere og bidra til dokumentasjon og formidling av fysioterapifaglig kunnskap og praksis av god kvalitet og av betydning for faget. På ulike måter kan fysioterapeuter da gjøre seg nytte av og bygge videre på hverandres kunnskap. Formidlingsarbeid kan også bidra til å øke kunnskap om fysioterapi hos myndigheter, pasienter og tverrfaglige samarbeidspartnere. Fondet mottok tre søknader som til sammen søkte om kr 300 000 kroner.

■ **Stipend til arbeid med prosjektbeskrivelse** gis til prosjekter med et arbeidsvolum tilsvarende to månedsverk, fordelt over inntil seks måneder. Fondsstyret ønsker gjennom stipendene å inspirere og bidra til å styrke fysioterapeuters konkurranseposisjon ved søknader om midler til finansiering av forskningsprosjekter hos andre finansieringskilder enn Fondet. Fondet mottok fire søknader som til sammen søkte om mer enn kr 350 000.

Til sammen 10 prosjekter ble innvilget totalt kr 3 331 500.

Her presenterer vi mottakernes egne sammendrag fra prosjektene som har fått tildelt midler denne høsten.

Stipend til forskningsprosjekt

Prosjektets tittel: Fysioterapi etter hjerne- slag. En modell for langtidsoppfølging av pasienter med hjerne- slag i tråd med sam- handlingsreformen

Prosjektleder: Professor Bent Indredavik

Søker: Førsteamanuensis/forsker Torunn Askim

Arbeidssted i stipendperioden: Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, NTNU

Nøkkelord: Hjerne- slag, fysioterapi, fysisk aktivitet, rehabilitering

Register og registreringsnummer: ClinicalTrial.gov Protocol Record 205309/H10

Kontakt: torunn.askim@ntnu.no, mobil 995 89 235

Sammendrag: Fysisk aktivitet og trening har positiv effekt i alle faser etter et hjerne- slag. Det er allikevel en utfordring å opprettholde tilstrekkelig aktivitet over tid. Hoved- formålet med denne studien er å undersøke om pasienter med hjerne- slag som følges av en koordinerende fysioterapeut i 18 måneder, klarer å opprettholde et høyt aktivitets- nivå.

Primære hypotese: Pasienter som får oppfølging av en koordinerende fysiotera- peut, klarer å opprettholde et høyt aktivi- tetsnivå i 18 måneder etter inklusjon.

Sekundære hypoteser: 1) Pasienter som blir fulgt opp av en koordinerende fysiotera- peut vil nå sine mål relatert til fysisk akti- vitet. 2) Det er ingen forskjell i aktivitetsnivå mellom pasienter bosatt i Trondheim og Bærum kommune.

Alle pasienter, med diagnosen akutt hjer- neslag, som har vært innlagt ved St. Olavs Hospital og Bærum sykehus screenes for inklusjon i forbindelse med poliklinisk kon- troll 10 til 16 uker etter slaget. Et utvalg på 50 pasientene, bosatt i Trondheim og Bærum kommune, vil bli inkludert. De inkluderte vil få månedlig oppfølging av en koordine- rende kommunefysioterapeut som skal moti- vere og legge til rette for minst 60 minutter trening hver uke og 30 minutter daglig fy- sisk aktivitet over en periode på 18 måneder. Pasientenes aktivitetsnivå vurderes med In- ternational Physical Activity Questionnaire mens deres individuelle målsetting vurderes med Goal Attainment Scaling.

Tildelt: inntil kr 600 000

Prosjektets tittel: Oslo ExDia-Studien. Ef- fekt av høyintensitets intervalltrening versus kontinuerlig trening med moderat intensi- tet hos kronisk nyresyke i hemodialyse - en randomisert kontrollert studie.

Prosjektleder: Birgitta Blakstad Nilsson.

Søker/prosjektansvarlig: Birgitta Blakstad Nilsson

Arbeidssted i stipendperioden: Seksjon for fysioterapi, medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus

Nøkkelord: Fysioterapi, kroniske nyrepasienter, hemodialyse, trening

Kontakt: b.b.nilsson@medisin.uio.no, mobil 932 10 913

Sammendrag: Pasienter med kronisk nyresvikt i hemodialyse (HD) utvikler komplikasjoner som tilnærmet påvirker alle organsystemer. Studier har vist at muskelstyrke, aerob kapasitet og opplevelse av helse relatert livskvalitet hos dialysepasienter kan bedres ved trening. Trening under HD er dårlig beskrevet i litteraturen og det foreligger ikke evidens for effekter av trening med høy intensitet. Det er behov for studier som kartlegger optimale treningsprogram ut fra pasientgruppens behov. På Oslo universitetssykehus har vi nylig kjøpt inn spesialdesignede sengesykler som kan benyttes under HD.

Hensikten med denne studien er å evaluere effekten av intervalltrening på ergometersykkel med høy intensitet hos terminale nyrepasienter under HD sammenlignet med moderat trening på ergometersykkel og en kontrollgruppe som ikke får tilbud om organisert trening. Hovedeffektvariablene er fysisk yteevne målt ved maksimalt oksygenopptak og seks minutters gangtest, samt livskvalitet målt med COOP-WONCA og SF-36.

I tillegg ønsker vi å evaluere:

- Gjennomførbarheten av høyintensitets intervall treningsprogram for kronisk nyresyke under HD.
- Om det er trygt for denne pasientgruppen å trene intervaller med høy intensitet under dialyse.
- Dialyseeffektivitet (eGFR)
- Medisinering

Sammenlignet med trening med moderat intensitet og en kontrollgruppe som ikke får tilbud om organisert trening under dialyse.

Tildelt: inntil kr 600 000

Prosjektets tittel: Funksjonell anatomi av de små bekken- og hoftemuskulene

Prosjektleder: Kjartan Vårbakken, fysioterapeut, MSc

Søker/Prosjektansvarlig: Britt Stuge, fysioterapeut, PhD, forskningsleder i fysioterapi, Klinikk for kirurgi og nevrofag (KKN),

FOND

TIL ETTER-
OG VIDEREUTDANNING
AV FYSIOTERAPEUTER



Ny utlysning

Neste søknadsfrist for stipend til forskningsprosjekt, kvalitetssikringsprosjekt, formidlingsprosjekt og til arbeid med prosjektbeskrivelse er

1. september 2012.

Stipendene søkes elektronisk gjennom Fondets søknadsportal som det er tilgang til fra Fondets nettside

www.fondet.fysio.no

FOU, Oslo universitetssykehus

Veileder(e): Britt Stuge (hovedveileder), Harald Steen, ortoped, professor II, Høgskolen i Oslo og Akershus og Ortopedisk avdeling, Biomekanisk laboratorium, Oslo universitetssykehus, Lars Nordsletten, ortoped, professor, Oslo universitetssykehus, Ortopedisk avdeling, FOU, KKN, Hans A. Dahl, professor emeritus, Institutt for medisinske basalfag, Avdeling for anatomi, Universitetet i Oslo.

Arbeidssted i stipendperioden: FOU, Ortopedisk avd, KKN, Oslo universitetssykehus, Institutt for medisinske basalfag, Avdeling for anatomi, Universitetet i Oslo

Nøkkelord: Funksjonell anatomi, kadaverstudie, muskellengde, bevegelsesutslag, hofte utadrotatorer

Kontakt: britt.stuge@medisin.uio.no, mobil 905 99 579; kjartan.varbakken@medisin.uio.no, mobil 928 88 498. Nettside for prosjektet: <http://www.med.uio.no/imb/forskning/prosjekter/funksjonell-anatomi/index.html>

Sammendrag: På bakgrunn av fysioterapeut Gunnar Samuelsen kliniske observasjoner og erfaringer i privatpraksis med pasienter med smerter og redusert funksjon relatert til bekken og hofter, gjennomførte han på 90-tallet en pilotstudie på hofterotator-

muskulaturen sammen med emeritus Hans Dahl. Resultatene er oppsiktsvekkende, men dessverre utilfredsstillende rapportert.

Hovedmålet med dette prosjektet er å øke kunnskap om de små bekken- og hoftemuskulenes funksjon, særlig med tanke på lengdeforandringer i ulike stillinger av hofteleddet.

Delmålene er å utvikle kunnskap om optimale stillinger for strekk av, og utvikling av styrke fra, musklene; piriformis, obturatorius internus and gemellii, quadratus femoris, obturatorius externus?

Utvalget vil bestå av bekken og lårbein fra kvinnelige og mannlige kadavre med normale røntgenbilder. Alle musklene foruten utad-rotatorene, vil bli fjernet og parallelle uelastiske bånd vil bli skrudd fast i utspring og trukket ut gjennom hull i fester og bein. Etter reliabilitetstesting og kalibrering, vil leddposisjoner og muskellengder bli målt, henholdsvis med treghts- og magnetiske sensorer og skyvelære.

Kunnskapen vil bedre forståelsen for optimale tøy- og styrkeøvelser, samt danne grunnlag for fremtidige kliniske studier for å bidra til å bedre behandlingsstrategier ved plager i hofte- og bekkenregion.

Tildelt: inntil kr 450 000

Flere tildelinger i Fysioterapeuten nr. 8.

Les mer om Fondets søknadsportal på side 5 i dette nummeret.

