



NYHEDSBREV

DSF Håndterapi

Dansk Selskab for Håndterapi

Nu går året på hæld og det nye år står for skud.
Det bliver et spændende år med masser af aktiviteter
både nationalt og internationalt.

Der bliver rig mulighed for at blive opdateret i denne
udgave af nyhedsbrevet, der er spækket med gode
indslag - Go' læselyst

Blandt mange spændende ting skal
der fremhæves at vi for første gang
har afholdt en 2-dages temadag
med stor succes, højt fagligt indhold
og et helt utroligt flot fremmøde.
Læs mere i nyhedsbrevet.

På bestyrelsens vegne vil vi gerne sige tak for et begivenhedsrigt
år til alle samarbejdspartnere, firmamedlemmer og medlemmer
af DSF Håndterapi.

I dette nummer:

Bestyrelse	1
Nyt fra bestyrelsen	2
FESSH 2018	3-5
Council Meeting	5-6
Ergo 18	7
Efterårstemadagene	7-15
Akt.problemer efter håndskade	16
SL-forskningsprojekt	16-18
Ny ventetid - 7 dage	19
Kalender	20
Firmamedlemmer	21-29



Bestyrelsesmedlemmer

Kecia Ardensø Formand  Arb: Køge Sygehus Ergoterapien Lykkebækvej 1 4600 Køge Tlf: 4732 4712 E-mail: kva@regionsjaelland.dk	Peter Skødt Økonomi-ansvarlig  Arb: Aarhus Universitetshospital Fysio- og ergoterapi 5, indgang J, G218 Palle Juul Jensens Boulevard 99 8200 Aarhus N Tlf: 78467355 E-mail: petemikk@rm.dk	Helle Puggård Næstformand  Arb: Aalborg Universitetshospital Fysio- og Ergoterapi, Afsnit C Reberbansgade 15 9000 Aalborg Tlf: 9932 3082 E-mail: heph@rn.dk
Mette Kudsk Olsen Sekretær  Arb: KØBENHAVNS KOMMUNE Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Sundhedshus Østerbro Afd. Sundhed og Genoptræning Østerbro Randersgade 60, 4.+5. sal 2100 København Ø Tlf.: 35 30 32 10 E-mail: qi16@suf.kk.dk	Kim Gotfred-Iversen Nyhedsbrev samt webansvarlig  Arb: Odense Universitetshospital Rehabiliteringsafdelingen, afsnit 1 Klørvænget indgang 108b 5000 Odense C Tlf: 65413530 E-mail: kim.gotfred-iversen@rsyd.dk	Anja Skriver Firmamedlem ansvarlig  Arb: Odense Universitetshospital Rehabiliteringsafdelingen, afsnit 1 Klørvænget indgang 108b 5000 Odense C Tlf: 65413530 E-mail: anja.skriver@rsyd.dk

Suppleanter: Christine Debora Johnsen og Gry Holten.

Firmasamarbejde

Der er 8 firmamedlemsskaber:

Camp		Sportspharma		Kirsten C. Pedersen	
Procare		DJO Global		Fischer Medical	
Ortos		Woodcast			

NYT FRA BESTYRELSEN

Julen nærmer sig, og det er også en anledning til at se tilbage på et lille udpluk af, hvad der er sket, og hvad vi arbejder med i DSF Håndterapi siden den fantastiske sommer.

I år prøvede vi noget nyt at afholde efterårstemadag over 2 dage inspireret fra de andre nordiske lande. Vi var 117 personer i Aarhus, så det var skønt med den store deltagelse, hvor vi havde inviteret af 2 dygtige undervisere fra Holland Ton Schreuders og Annemieke Videler, der underviste i funktionel anatomi og det smertefulde håndled samt carpus. Desuden fortalte Anette Jackson om at opstarte som privatpraktiserende ergoterapeut. Alice ørts, Karin Rønhøj og Kecia Ardensø præsenterede hele projektet omkring oversættelse af undersøgelsesredskabet Patient-related-wrist-hand-evaluation (PRWHE). Tak til alle 3 for det store arbejde. Læs referatet andet steds i nyhedsbrevet fra de 2 dage.

Den første aften havde vi fest på Cafe Globen Flakket med 78 deltagere og god mad, lotteri med gevinster fra vores tidligere bibliotek og en "hånd-sang".

Vi vil på næste bestyrelsesmøde evaluere, hvordan det var med 2 dage, og om det måske kan være en mulighed igen.

Sarah Mee og Elaine Juzl kommer igen til Danmark nærmer bestemt Slagelse og afholder mobiliseringskurser (Maitland) den 3. – 5. april 2019. 1½ dag med level A (første gang du deltager) og 1½ dag med level B (anden gang du deltager). Hold øje med hjemmesiden og Facebook, hvornår du kan tilmelde dig. Kom gerne med forslag til emner på kommende temadage og kurser. De sendes til en fra bestyrelsen.

Næste år er der international håndkongres for terapeuter (IFSHT) og læger (IFSHH) i Berlin fra den 17. – 21. juni 2019, hvor der er undervisning fra morgen til aften på højt niveau. Vi vil opfordre jer til at deltage, da det er virkelig lærerigt. Det er en god mulighed, når det ligger forholdsvis tæt på Danmark.

I foråret er der fælles forårstemadag med i samarbejde med Dansk Selskab for Håndkirurgi og DSF Håndterapi. Emne, dato og tid er ikke officielt endnu, men vi giver besked, så snart vi ved noget mere.

I ønskes en rigtig glædelig jul og godt nytår samt tak for samarbejdet i 2018.

På bestyrelsens vegne
Peter Skødt



FESSH 2018



Den 13.-16. juni i år blev kongressen for Federation of European Societies for Surgery of the Hand (FESSH) afholdt på dansk jord.

Rammen for kongressen var det imponerende Tivoli Hotel & Congress Center i København, tegnet af Kim Utzon Arkitekter.



Der var stor tilslutning til kongressen og dagene var tilrettelagt med et tætpakket og meget spændende fagligt program.

Under den håndterapeutiske session "Active Tendon Rehabilitation" havde Gwendolyn van Strien fra Holland og Donald Lalonde fra Canada nogle særligt interessante oplæg.

Gwendolyn van Striens oplæg "Active Extensor Tendon Rehabilitation for Zones 3-7; Short Arc Motion and Relative Motion – Two Different Approches" omhandlede dels en gennemgang af forskellige typer af mobiliserings- og træningsregimer, dels en præsentation af resultater ved brug af den såkaldte Relative Motion Extension skinne (RME-skinne) i forhold til genoptræning af ekstensorseneskader.

Gwendolyn fremstillede blandt andet nogle resultater, hvor en mobiliseringsteknik kontra brugen af RME-skinne blev sammenlignet. Resultaterne var tydelige – ved brug af RME-skinne opnåede patienten bedre og hurtigere funktion, og patienten kunne dermed hurtigere vende tilbage på arbejdsmarkedet.

Donald Lalondes oplæg "Solving Boutonniere, PIP Joint Extensor Lag and Hand Pain Problems with Relative Motion Splinting" viste ligeledes positive resultater ved brug af RME-skinne ved akut og kronisk Boutonnaire, ekstensorseneskader og Dupuytrens Kontrakturer. Lalonde Pencil Test blev fremhævet som en test, som kan være med til at anskueliggøre

om det giver bedst mening at anvende RME-skinne eller fx passiv bevægelighedstræning som genoptræning af den pågældende skade eller problematik.

Der var også andre håndterapeutiske oplæg under free paper sessionen "Hand Therapy". Her var oplæg fra lande som Tyrkiet, Schweiz, Canada og Ukraine.

Overskrifterne var;

- The Effect of Electromyographic (emg) Bio-feedback Training on Electrical Muscle Activity and Functional Status in Zone I-III Flexor Tendon Injuries: Preliminary Results.

- Comparison of Functional Outcome Following Two Rehabilitation Protocols after Flexor Tendon Repair.

- The Effect of Wrist Position on Tendon Loads Following Pulley Sectioning and Operative Reconstruction.

- Kinematic Analysis of the Hand during Opening a Jar and Youghurt.

- The Myth of the "Uninjured" Side after Hand Injury.

- Kinesiophobia and its Relation with Functional Outcomes in Hand Injuries.

- Is there a Relation Between Kinesiophobia and Sense of Cohorence in Hand Injuries?

- Effectiveness of Application of Variable Splinting Devices in Postoperative Movement Rehabilitation in Patients with Posttraumatic Elbow Contractures.

Den 17.-21. juni 2019 afholdes FESSH i Berlin
Deadline for Early Bird Registration: Den 28. februar 2019.



Skrevet af
Mette Kudsk Olsen.

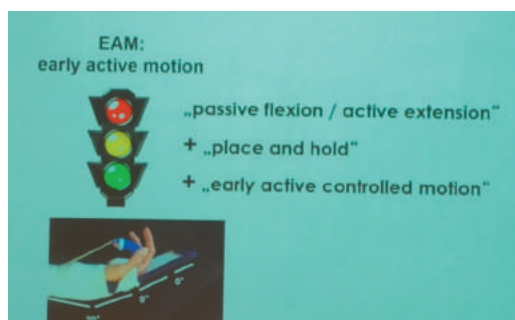


Beretninger fra 2 deltagere, der for første gang deltog på en FESSH kongres. Læs om deres oplevelser og bliv inspireret til selv at komme med på en kongres i fremtiden.

Jeg var så heldig at få lov til at komme med til FESSH 2018 i København, i Tivoli Congress Center, d. 13.-16. juni. Det er jo en stor oplevelse i sig selv bare at være der. Et hav af mennesker fra hele verden, som alle er interesseret i hænder ligesom jeg.

Et mekka - men også overvældende, at der er så mange foredrag i gang på samme tid. Hvad skulle jeg vælge til eller vælge fra. Hvad ville jeg som ergoterapeut og derved også mine borgere få mest ud af? Kunne faktisk ikke sove om natten, da jeg lå og spekulerede - var bange for at misse noget.

Vi var to af sted fra øen i søen og forsøgte først at høre på hver sit foredrag for at få så meget med som muligt. Men måtte til sidst vælge at tage samme sted hen for at kunne vende det man så havde hørt bagefter. Det er udfordrende er at høre forskellige dialekter selvom at det alt sammen var på engelsk. Der er stor forskel på udtalelsen fra en fra Indien eller Japan. Til sidst kunne hjernen ikke rumme mere. Et flot program med emner om hele hånden.

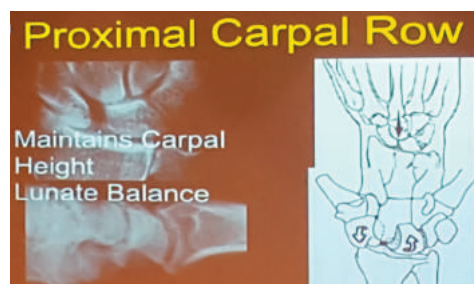


Kunne godt have brugt at de danske ergoterapeuter lige satte sig sammen og fik vendt de forskellige indslag, også fordi det var på et meget højt plan. På den anden side var der heller ikke tid til det, for så var man videre til næste foredrag.

Et dejligt afbræk var at være ude og hilse på boderne fra de forskellige firmaer. Især hos Kirsten Petersen var der altid nogle andre ergoterapeuter at finde.

Et plus er at vi har haft mulighed for at gense

nogle af foredragene da de blev filmet. Mere af det - så man kan sidde og tage et foredrag ad gangen i ro og mag.



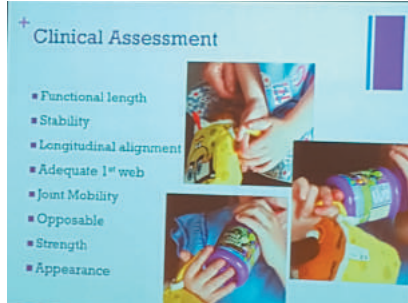
Håber at jeg får lov at komme af sted igen. Men næste gang vil jeg nok gå mere efter en kongres som mere er henvendt til terapeuter. Var med i 2012 da der var SSSH (Scandinavian Hand Society Meeting) i København. Følte at jeg fik mere med hjem dengang. Der var programmet heller ikke så overvældende som FESSH 2018.

Susanne Mortensen,
Center for Sundhed
Bornholms kommune
Min første kongres



Sikke en verden der åbner sig for én, når man træder ind på den Europæiske kongres for håndkirurgi på Tivoli Hotel og Congress Center. Et univers som enhver håndkirurg og håndterapeut bliver helt høj af at være i; 4 dage med præsentationer af al den nyeste viden inden for håndkirurgi og håndterapi, fra tidlig morgen til sen aften i 6 forskellige auditorier og sale. Nye oplæg konstant, som perler på en snor, er det en guldgrube af viden, på et højt specialiseret plan med et højt evidensniveau inden for håndkirurgiske og håndterapeutiske emner. Forskere fra hele verden, lige fra USA, Brasilien, Sydafrika, Japan og Australien er repræsenteret. Det er en helt unik måde, at tilegne sig megen viden fra andre dele af verden på, på ganske kort tid. Det var så vildt at se og høre de fantastiske

dygtige håndterapeuter og håndkirurger. Specielt Elisabeth Hagert og Gwendolyn van Strien blev man simpelthen så inspireret af, med deres fantastiske indføring i anatomiens univers, ved deres respektive emner.



I pauserne blev den nyeste forskning og praksis, inden for en bred palette af emner, diskuteret med de andre håndterapeuter og håndkirurger. Der blev talt om diverse fagligt indhold i præsentationerne, udvekslet erfaringer, både teoretisk og praktisk, delt artikler, fremstillet skinner hos Kirsten Pedersen og meget andet. Ovenstående var med til at understøtte den viden, man lige havde tilegnet sig. Det var virkelig læring på flere læringsniveauer.

Der er rigtig mange indtryk på den første kongres, og det kan være en fordel at være flere håndterapeuter afsted sammen, specielt med de håndkirurger, der fodrer håndterapien med arbejdsopgaver i hverdagen. Det giver et fælles grundlag at arbejde ud fra. Deltagelse i kongressen højner kvaliteten og effektiviteten af det arbejde, vi udfører i dagligdagen, samt højner vores kvalifikationer til et højere specialiseret niveau i samarbejde med vores håndkirurger på Slagelse Sygehus, hvor jeg har min daglige gang.



Det at være på en kongres er også en proces i sig selv. Det kræver tilvænning, idet præsentationerne foregår i et meget højt tempo i op til 10 timer pr. dag. Samtidig er det et højt fagligt niveau med megen sammenpresset viden og med adskillige slides, der bliver skiftet hvert

3. sekund. Det ene øjeblik skal man høre en oplægsholder fra Frankrig, der prøver at tale engelsk, dernæst en fra Tyrkiet, derefter Chile og sådan fortsætter det. Ørerne skal hele tiden omstille sig. Samtidig er der udskiftning af de tilhørende, der rejser sig og sætter sig, alt efter hvad de finder interesse for af emner, der kører samtidig i de 6 auditorier og sale. Alt dette er en tilvænningsproces, som man med tiden lærer at meste gennem sådan en kongres.

Denne kongres har fået mine øjne op for hvilket enormt univers af viden, inden for forskning og praksis, man kan tilegne sig på et par dage. Det skal opleves!

Stine Søholm Christensen,
Håndterapien
Slagelse Sygehus

EFSHT Council Meeting 2018



Den 11. og 12. juni deltog jeg i dette års Council Meeting (CM) i European Federation of Societies for Hand Therapy (EFSHT). Mødet varede 1½ døgn og blev afholdt i København i dagene op til FESSH-kongressen, hvor vi var værtsland. På mødet samledes én delegeret fra hvert medlemsland. I år var vi 16 lande repræsenteret. Der var afbud fra Estland, Tjekkiet, Portugal, Østrig og Irland.

Som værtsland skulle vi stille lokaler til mødet, hvilket vi var så heldige at få lov til at låne ved Ergoterapeutforeningen. De delegerede var meget imponeret over den måde vores forening er bygget op på og det samarbejde vi har med ETF. Så det kan vi være meget stolte over.

På mødet var der mange forskellige emner oppe

indenfor håndterapi i Europa. Her kan nævnes den europæiske certificering, European Certified Hand Therapist (ECHT) der igen var på dagsordenen. Blandt andet på hvordan vi kan få flere til at søge ECHT og promovere certificeringen. Vi har endnu ingen danske terapeuter blandt de certificerede. Et af grundkravene er, at man som ansøger har modtaget sit eget lands certificering forud for ansøgningen. For vores vedkommende vil det sige, at man skal have den danske specialistgodkendelse for at kunne søge om ECHT. På EFSHT's hjemmeside www.eurohandtherapy.org kan du læse mere om ECHT, ligesom du kan finde en checkliste, hvis du går og overvejer at ansøge om ECHT-godkendelse.



Der blev også efterspurgt Cheat Cards fra Education Committee (EC). Hvis I har nogle forslag til lommekort med f.eks. tests, undersøgelser, gode huskereglere eller andet som I tænker kunne være spændende at have som lommekort eller som I tænker at andre ville have gavn af lige at kunne trække frem i ny og næ, så send jeres forslag til mig på Kim.gotfred-iversen@rsyd.dk, så samler jeg dem sammen og sender til EC.

Helle Puggård blev officielt budt velkommen som ny President Elect. Stort tillykke igen med posten.



Der er også krav til et socialt arrangement for de delegerede arrangeret af værtslandet under CM. Det blev til kanalrundfart med engelsk guide, der fortalte entusiastisk om Københavns varemærker og selvfølgelig den lille havfrue. Utrolig underholdende. Herefter de blev budt på dansk smørrebrød fra Det Lille Apotek til aftensmad. Det var en kæmpe succes.



Næste CM afholdes i Berlin i 2019 i forbindelse med den 14. IFSSH og 11. IFSHT Triennial kongres, der kombinerer den internationale, europæiske og tyske kongres for håndkirurger og håndterapeuter i en samlet kongres. Større bliver det ikke. Vi håber at se rigtige mange danske terapeuter der deltager i 2019 til en højt faglig og spændende uge.

Kim Gotfred-Iversen



ERGO18

Den 6. og 7. november 2018 deltog jeg for DSF Håndterapi i Ergoterapiforeningens konference ERGO 18 på Comwell i Kolding. Der var ca. 650 deltagere og det var således den største faglige begivenhed for Ergoterapeuter i Danmark nogensinde.

På begge konferencedage var der en time med 8 parallelsessioner, dvs. sideløbende sessioner, hvor deltagerne på forhånd skulle tilmelde sig ud fra interesseområde. DSF Håndterapi var blevet tilbudt at arrangere en af disse parallelsessioner, hvilket vi selvfølgelig havde taget imod. Vi havde inviteret Alice Ørts Hansen fra OUH samt Helene Nørgaard, Lisa Bay Johansen og Thea Birch Ransby fra Regionshospitalet Silkeborg som oplægsholdere.

Alice Ørts Hansen holdt et længere foredrag om aktivitetsbegrebet i træning med håndpatienter med del-elementer fra sin PhD, som hun forsvarede i foråret. Et af hovedbudskaberne var, at der ikke er et entydigt svar på, hvilken træning håndpatienter bør tilbydes (aktivitetstræning eller funktionstræning), da patienterne har forskellige ønsker og behov, men at det kan være væsentligt at identificere netop hvilke patienter, der vil profitere mere af den ene form for træning end den anden.

Terapeuterne fra Regionshospitalet Silkeborg fremlagde resultater af deres praksisprojekt om validitet og responsiveness ved AMPS til patienter med håndrelaterede lidelser og konkluderede at deres undersøgelse tyder på, at COPM er et bedre redskab til at afdække aktivitetsproblemer ved håndpatienter end AMPS.

Der var ca. 50 tilmeldte deltagere ved denne session. Derudover var håndterapi også repræsenteret på mundtlige postersessioner begge dage ved Alice Ørts Hansen og Susanne Boel. Alice fremlagde her hvilke aktivitetsproblemer, håndpatienter har angivet i hendes forskning og relaterede dem til ICF. Susanne fremlagde resultater af sit studie om effekten af intermitterende pneu-

matisk kompression (IPC) i kombination med ergoterapi til patienter opereret for Dupuytren's kontraktur. Resultatet af dette studie viser ingen evidens for brug af IPC til denne patientgruppe.

Helle Puggård



Efterårstemadagene 8. + 9. nov - 2 Verdens stjerner gjorde hånden mere håndgribelig...

Hermed en reportage fra efterårstemadagene i DSF Håndterapi, AUH 8. og 9. nov. 2018. Et rekordstort deltagerantal på 115 håndterapeuter deltog. Et overskud i "kassen" plus et 30-års jubilæum sidste år og 3 deltagende firmaers tilskud, gjorde det muligt at holde en meget fornuftig økonomi. Endda med mulighed for fælles spising torsdag aften, med mulighed for samvær og netværksdannelse.

Torsdag d. 8 nov. holdt Ton Schreuders - hollandsk fysioterapeut og PhD inden for hånden rehabilitering – et meget levende og engagerende indlæg. I Holland er der en anden tradition inden for håndterapi, hvor det i højere grad er fysioterapeuter, der varetager træning/behandling. Ergoterapeuterne varetager indsatserne ift Adl problematikker.

Ton startede med at dele sin store begejstring for håndterapi: at det er sjovere at arbejde med hænder frem for ryggen - patienten selv kan se sin hånd/ og forholde sig til den, til forskel fra ryggen hånden er et langt mere interessant organ!

Ligeledes en glad forundring over, at forskning i hånden anatomi stadig klarlægger nye opda-



geler – eks at håndens væv overalt er omsluttet af/i tæt kontakt med facier. Dette er stort set ikke beskrevet i anatomibøgerne – Omend dette ”faciernes verden” ofte er sæde for arvævsdannelse/kontraktur. Ødemet ifm skader, operationer og immobilisering mm indeholder proteiner, som kan omdannes til ”lim” (fibrin) som ”klistrer” facierne sammen, så håndens mange glidelag ikke kan bevæges uafhængigt af det omkringliggende væv.

Han fremkom med en vedkommende pointe: At arvævsdannelsen er forudsætningen for healing, men samtidig håndkirurgens- og terapeutens ”værste” fjende. For at imødegå uhensigtsmæssig arvævsdannelse, er det meget afgørende at der sættes ind med tidlig mobilisering for at modulere arvævsdannelsen.



At anatomibøgerne/forfatterne ikke beskriver hele ”sandheden” kan skyldes at nogle strukturer ikke opfattes (af forfatterne) som vigtige, er ”besværlige” at beskrive, at der kun beskrives ud fra præparater (døde hænder) eller at den hidtidige teknologi ikke har gjort det muligt at undersøge strukturerne præcist. Spændende var det at se på en røntgen/ video optagelse, hvordan fleksorsenerne bevæger sig – ”danser” i carpal-tunnelen, når fingrene bevæges.

En interessant vinkel: at nogle af de udfordringer vi ser og undres over i praksis, udspringer af fænomener ift håndens anatomi som ikke er beskrevet (men eksisterer alligevel!).

Musklerne i hånden arbejder meget sammen, for at sikre en nøjagtig afbalancering mellem stabilitet og mobilitet – det der kræves for en præcis tilpasset håndfunktion. Dette indebærer at en enkel bevægelse involverer mange forskellige muskler feks: Abduktion af 5. finger starter med aktivering af m. abd. digitimini, som udspringer fra os piriformis. Når musklen aktiveres, trækkes os. piriformis distalt for at stabilisere yder FCU simultant et prox træk (FCU insererer på os pipiformis). For at stabilisere håndleddet, således at

der ikke sker en ulnar diviation (pga. aktivering af FCU) aktiveres ECRL / ECB. Meget sigende for at håndens muskler indvirker både ift mobilitet og stabilitet. ”At en kæde ikke er stærkere end det svageste led”. Ja der sker meget når man forsøger at ”stritte” med lillefingeren.

Magien i håndens intrinsic muskulatur blev gennemgået. Ton tydeliggjorde, at selv om disse muskler kan synes små, svage og måske mindre vigtige end extrinsic muskulaturen – så er de både stærke, rigt inerveret og afgørende for et stærkt greb – at intrinsic musklerne flekterer mcp leddene er grundlæggende i mange af håndens kraftbetonede funktioner. Interosal musklerne roterer mcp leddene hvilket giver hånden en unik grebsfunktion, når man griber/holder en bold. Lumbricalerne er meget præcise og hurtige små muskler, der sikre fingrenes position.

Quadria-fænomenet: at der er store individuelle forskelle på i hvor høj grad vores sener er sammenhængende/sammenbundne. Disse fænomener er ej heller beskrevet i særlig grad i anatomibøgerne. Derfor giver det ikke altid mening at teste muskelfunktionen isoleret, finger for finger og led for led.

Det giver anledning til at være opmærksom på, at skade på 1. eller 2. fingers fleksorer, at være forsigtig i den første tid, hvis den ene bruges/trækkes den anden med! og kan den suturerede sene tåle at blive trukket med? og dette, at senerne på forskellig vis er bundet sammen, overføres ift terapeutisk relevans? Man kan ikke træne isoleret med en finger.

Ekstensor-retinakulum kan opfattes som en ”Stor pulley”, der kan være sæde for adhærencer mellem senerne ved følgerne efter ødem



Ved klem/fraktur/snit og andre skader i hånden, kan der opstå compartment syndrom, når trykket

i facierne stiger pga ødem og eller blødning. Flere typer af væv, ud over nervevævet, tåler meget dårligt dette tryk, som forårsager nedsat blodtilførsel. Det bevirker at vævet ændre sig og danner arvæv eller nekrose, som på sigt kan give kontraktur. Irreversible forandringer kan opstå allerede efter nogle timer med forhøjet tryk. Blandt læger er der ikke så megen opmærksomhed på compartment syndrom i hånden, selv om det kan medføre langvarige eller irreversible skader/ forandringer.



I frokostpausen var der mulighed for at få lidt frisk luft i det dejlige vejr eller besøge de forskellige stande i forhallen, hvor frokosten også blev serveret.

Efter frokostpausen havde Ton planlagt en lidt mere aktiv session med forskellige test og aktiv inddragelse af salen i bestemmelse af musklers udspring, tilhæftning og innervation. Vi fik også testet på os selv, hvilke muskler vi evt. manglede bl.a., var FDS til 5. finger fraværende hos flere og andre var mere mobile end gennemsnittet.

Workshop manual muscle testing

Ton Schreuders har været medforfatter på et kapitel om emnet i seneste udgave af ASHT (American Society of Hand Therapists) – clinical assessment recommendations 3rd edition. Muskeltest med score fra 0-5, hvor der ved score fra 0-2 er risiko for kontraktur og her kan skinnebehandling være nødvendigt. Ved score fra 0-3 observeres bevægeligheden og der gives kun modstand ved fuld bevægelighed for at bestemme scoren mellem 3-5.

Tallene kan dog være misvisende, da skalaen burde se sådan ud:

0% 1 2 3 4 5 (100%)

Han mente, at ord kunne være bedre beskrivende:

zero – trace – poor – fair – good – normal, da

man ved tal kan tænke at 4 er dobbelt så stærk som 2.

Han anbefalede, at man ikke tester hver enkel muskel isoleret, da de arbejder sammen, som vi tidligere på dagen blev undervist i. Der er dog enkelte undtagelser: flex af 1. fingers DIP-led - FPL, flex af 2. fingers DIP-led - FDP og adduktion af 2. finger - 1. dorsale interosse. her er det kun én muskel, der laver bevægelsen.

Derefter gennemgik han forskellige tests: test af FDP, hvor han anbefaler, at man klemmer omkring 2 fingre med alle 4 fingre samtidig og terapeuten forsøger om fingrene passivt kan strækkes ud.

Test af Interosser: flexion af MCP-led og extension af PIP og DIP-leddene – pres op med 1 finger lige prox for PIP-leddet og hvis patienten flektere i PIP og DIP-leddene straks er scoren typisk en 3-er og man skal være obs på en ulnarispåvirkning.

test af EPL: man vil kunne strække i yderleddet ved brug af intrinsic muskler så bedste test er hånden på bordet og løft af 1. finger fra bordet. Her er der ingen behov for scoring af styrke da musklens funktion er til bevægelsen.

Efter afprøvning af nogle af de introducerede tests var det tid til pause inden næste emne: PIP-leddet kom i fokus.



Clinical anatomy and biomechanics of the PIP joint.

Ton lagde ud med at beskrive fingrenes form og funktion.

Når vi strækker fingrene, er der forskel på længden, men når vi lukker hånden, er fingrene lige lange, da knoglerne er forholdsmæssig lige lange jf Fibonazzis tal .

Knoglernes form skaber stabilitet.

MCP-leddet – Her er der øget mobilitet og der-

for behov for mere væv til at bevare stabiliteten, hvor PIP-leddet er stabilt pga knoglens struktur. De collaterale ligamenter er stramme i flexion i MCP-leddene og i extension i PIP-leddene. Derfor vigtigt ved bandagering – keep ligaments at length – for at undgå kontraktur.

Han fortalte om skader på volar plade, hvor arvæv kan være et stort problem, og at det derfor er nødvendigt med bevægelse så snart som muligt. Ved genoptræning af skader på volar plade og pulley 3 kan det være en fordel at holde om noget, som kan presse pulley og volar plade tilbage. Derudover kan det være en god ide ved tidlig opstart af træning at anvende tape eller pulleyring som beskyttelse.

For opnåelse af succes i genoptræningen af denne skade er det vigtigste tidlige mobilisering. Han lagde vægt på, at det er vigtigt at informere på den rigtige måde om arvæv – og ikke at sige at det er blevet for kort, men derimod at man forklarer grunden til en evt. skinnebehandling med "the gentle force" - at nøglen til remodulering er et langt mildt pres, hvor vævet holdes i en let strakt position i en betydelig periode og at det "then will grow longer".

Hvis der ikke sker nogen fremgang, skal man ændre behandlingen – enten flere øvelser eller længere tids skinnebehandling.

Efter endnu en kort pause var vi nået til dagens sidste session og det var stadig Ton Schreuders, der stod for undervisningen.

Examination of the hand – keep it simple

Ton lagde ud med at vise nogle billeder og spørge, hvad vi ser? Der kom hurtigt bud på diagnoser og mange overså, at der var 6 fingre på hånden. Hans pointe var vigtigheden i at observere uden straks at beslutte os for en diagnose. Han nævnte som eksempel at lægen stiller patientens diagnose på vej ind ad døren og alt andet han ser, bruger han til at underbygge sin beslutning – så vigtigt: Observer



Ved mistanke om infektion skal man ikke se tiden an – men sende til lægen straks og han nævnte

Kanavels's 4 kardinale tegn på flexor tenosynovitis:

1. flekteret stilling af fingeren
2. mange smerter ved passiv extension
3. ømhed ved tryk langs senen.
4. hævelse af finger

Han refererede til en undersøgelse af hvilke af håndens bevægelser, der var de vigtigste, hvor flest havde peget på:

- kraftgreb (nøglegreb)
- pincetgreb
- intrinsic plus position
- extension

og at man havde det i tankerne, når man oplevede symptomer som stive led, hævelse, arvæv og ømhed.

Han nævnte igen, at vi ikke skal tale om at forhindre arvæv – men tale om at arbejde med at få det til at blive længere. Man kan påvirke vævet 1 år, så han opfordrede til at afvente med kirurgiske tiltag. Han sluttede af med at gennemgå enkelte tests.

Dermed var det slut på en lang og lærerig 1. temadag og en stor del af deltagerne mødtes igen på Globen Flakket om aftenen til tapasbuffet. Her var der desuden mulighed for at vinde en præmie ved amerikansk lotteri, hvor alle fik et lod og man kunne være så heldig at vinde alt fra festbriller til et VHS-bånd med fagligt indhold eller lærebøger af ældre dato.

Derudover havde Anja og Kim lavet en sang, som opsummerede mange af de bogstavkombinationer, som vi havde hørt i løbet af dagen: PIP, DIP, MCP, TFCC osv. Sangen var rullet om en halsedisse, sponsoreret af ETF – stort arbejde at rulle alle de sange!



Fredag den 9. November : indlæg ved Annemieke Videler (PT, PhD)

En stor kapacitet inden for emnet hånden biomekanik. Hun har arbejdet i 25 år med håndterapi. Hun beskriver håndleddet som meget komplekst. Leddet består af 2 linjer af prox- og distale række af håndrodsknogler – svarende til ca 2 fingers bredde.



For at huske benævnelsen af de 8 håndrodsknogler, kom hun med en meget morsom ” huskerække ” – illustreret af en skulptur, der forestillede et meget ” omsluttet, elskende par ” . Some Lovers Try Positions, That They Cannot Handle – altså : scaphoideum, Lunatum, Triquetum, Piriformis – proximale række.

Trapezium, Trapezoid, Caputatum, Hamatum – distale række.

Altså 8 knogler, 24 led, 26 ligamenter (intrinsic – inden for den samme række / extrinsic mellem rækkerne) . Der er ingen muskler i håndleddet – men 23 sener passere håndleddet.

Et unikt led med god styrke, fleksibilitet og stabilitet – kræver en kompleks balance.

3 opdelinger af leddene i håndleddet : - intercarpal led, distale radio/ulnare led, og radio-ulnare carpal led.

Ligamenterne mellem Scaphoideum og Lunatum = SL ligament, Og ligamentet mellem Lunatum og Trapezium LT ligament, er af afgørende betydning for håndleddets stabilitet. Ledforbindelsen mellem den distale række af håndrodsknogler og metacarpalknoglerne fungerer lidt som en blok, mindre end 5 graders bevægelse er mulig her. Ved flektionsbevægelsen foregår bevægelsen først radio-ulna carpal, herefter mellemhånd .

Alle senerne passere den proximale række af carpalknogler – der er ingen af de 23 sener der inserere her – så derfor er ligamenterne meget vigtige, for at skabe stabilitet.

For at forstå biomekanikken forklarede Annemieke, at der imellem den proximale række af knoglerne er en spænding i ligamenterne, som i en spiral. At der er et stort ”spiral-spænding”

i SL. Ved radial flektion i håndleddet vipper scaphoideum frem og kan palperes / ulnar flektion scaphoideum vipper bagud. SL ruptur vil resultere i smerter og ændret glid for scaphoideum.

Undersøgelse af håndleddet : Basic clinical examination BCE.

Vigtig at strukturere undersøgelsen : at kende kontraindikationer, diagnosen –men også obs på differential diagnoser.

Hvilke test er relevante ? man kan spore sig ind ved at spørge ind til traume, er der klik fornemmelse ? (dette kan være tegn på instabilitet.) er der blokering ? (kan være tegn på instabilitet). Hvordan er patienten evne til vægtbæring . Er der problemer i øvrige OE led?

Er der ADL problemer ? hvilke forventninger har patienten ? Observer fra starten / når man ser patienten i ”døren”. Er der aktivitet i afficeret hånd ? prøver patienten at beskytte / undgår at bruge hånden ? Er der forskelle ift rask hånd ?

Hvordan er positionen af håndleddet hvis patienten bliver bedt om at holde hånden i 0 stilling / sammenlign med rask hånd. Evt forskelle kan indikere instabilitet. Er der volar / eller rotation ift supination ?

Dynamisk observation: bevæges dynamisk eller rykvist ? Lad patienten udpege smerterne.

Observer ødem – evt med snor i x – mønster omkring hånden , mål om radio/ carpal – og sammenlign med rask side., Smerter evt vas skala.

Muskeltest med dynamometer – hvis der patologi, er der også nedsat kraft !

Bevægelighed : flektion måles dorsalt, eksten-sion måles volart. Bevægelighed ved eksten-sion : ved 85 graders bevægelighed foregår 50 gr i det radiocarpale led og 35 gr midtcarpal.

Ved supination / pronation giver det lidt mere når der medregnes mobiliteten midtcarpalt.

Annemieke gennemgik mange forskellige provokationstest, som vi også afprøvede på hinanden. Disse er nærmere beskrevet i artiklen ” Clinical manual assement of the wrist” Hun pointerede , at det er vigtigt med et godt anatomisk kendskab kombineret med den første del af undersøgelsen (beskrevet oven for) - herved kan man vælge de relevante test.

Eks : Scaphoiudeum fraktur : smerter ved tryk i "tabatieren"

Bells sign : ved SL skade vil sc prominere mere end forventet ved radial flektion end forventet / tryk på sc – føles ustabil / og øgede smerter. Ved fald bagud/ tage fra kan der opstå LT skade - Lunatum kan mærkes ved capitum dorsalt ved flektion af håndleddet.

Skader på TFCC medfører nedsat stabilitet af DRU - smerter når der trykkes ind ulart på det "bløde sted" ved proc ulna / ulnart for ECU.



Rehabilitering af håndled:

Målet er stabilitet og færre smerter – dette fordrer intakte knogler med normal placering. Intakte led, ligamenter og kapsler - Obs ligamenterne har meget forskellige retninger og arbejder sammen med musklerne for at opnå stabilitet.

Lidt nedsat mobilitet er mindre vigtigt ift stabilitet. 40 -45 gr flektion / ekstension er nok ift de fleste ADL aktiviteter.

Nyt Nyt Nyt (ikke egentligt nyt for det har jo altid været sådan – men nu er det bevist !) at kapsler / ligamenter forsyner hjernen med vigtig feedback - og meget vigtig for at hjernen kan koordinere den meget komplekse muskulære stabilitet omkring håndleddet.

Forslag til rehabilitering : efter afgipsning vigtigt med proprioceptiv træning - eks at patienten skal gengive 0 stilling med lukkede øjne – en form for spejltræning (uden spejl men lukkede øjne ved nogle af øvelserne) – uden belastning.

I senere faser trænes excentrisk stabilitet eks sup / pronation m stav.

At musklerne skal arbejde ud fra feedback fra ligamenter eks træne sup / pro med vand i en flaske – vandet flytter sig stiller krav til muskulær koordination for at kunne stabilisere omkring håndleddet.

Vigtigt at informere patienten grundigt om

skade, anatomi, rehabiliteringsprincipper , hvad patienten selv må ift ADL og instruktion i selvtræning. For at give ansvaret til patienten. Eks se patienten hver 2. uge.

Instruktion i evt skinnebrug. Førstevalg er altid aktiv mobilisering 2. valg passiv.

Colles fractur : 15 % af alle fracturer. Vigtig med korrekt bandagering - at mcp leddene er mobile. Ønske : at der kan / må trænes isometrisk allerede under bandageringen for at undgå arvæv.

Malplacering af radius / ulna. Radius aftager normalt 80 % af vægten ved vægtbæring / ulna 20 % . Skade på TFCC (eks fald på strakt arm) ulnare smerter og instabilitet. Især ved kominut fract omkring proc. ulnae. Undgå fuld sup / pro i træning / Adl ved TFCC skader – ikke træne ud i fuld sup / Pro de første 4 mdr.. Mål er 85% af Rom – hellere det end at træne / forbuge hånden ind i smerter. Vigtigt at træne stabilitet omkring sup / pro - neuromuskulær feedback eks træne ECU + pronation (ikke yderstilling) – hold elastik mellem begge hænder og træk ulart i en bimanuel bevægelse Annemieke kom med flere tanker om hvordan der kan mobiliseres tidligere allerede under bandageringen.

Exercise program for chronic wrist pain. Rationale, structure, examples of exercises and results.

Efter frokostpausen fremlagde Annemieke et træningsprogram, som hun har testet på folk med kroniske håndledssmerter gennem mere end 6 måneder. Hun angav, at der var ca. 40%, hvor der ikke var en anatomisk eller fysisk forklaring på smerterne.

Her er fokus på funktionel re-education vigtigt. Man tænker, at årsagen kan være: vedvarende disproportional brug af det muskulære system. Det centrale er feed-back. En ændring i feed-back medfører et adapterende system.

Hvis det udløser smerter hver gang man bruger hånden ændres brugen af hånden:

smerte kompenserende bevægelsesmønstre tilpasning af motor program mister kraft mister funktionel stabilitet disproportionalt

system. Det er svært at gå tilbage af samme vej og ændre igen.

Det tager tid at genlære et motor program og at det bliver automatiseret. Typisk 12 ugers intensiv træning, hvor der skal være fokus på:

- styrkelse af de muskler, der passerer håndleddet for at øge stabiliteten
- aktive øvelser – bevægelse er vigtigt for at få feed-back
- holde smerteniveauet nede
- skære ned på brugen af skinne
- patientuddannelse – patienten har selv ansvaret – vi kan ikke fixe hånden.



Patienten skal være opmærksom på håndledets position, kompenserende bevægelser og aktiviteter, der provokerer smerterne. Her understregede hun især vigtigheden af neutral håndledsposition ved vægtbæring, da man ofte vil forsøge at holde et emne, man knytter omkring, vandret. Det er ikke den naturlige position for håndleddet, da det så vil være radialdevieret. Her kunne brug af kinesiotape ulnart være en mulighed for at give feed-back til korrekt håndledsposition.

Hun fortalte, at det er nødvendigt først at komme ud af den negative cirkel – så blive bevidst om håndens position og hvorfor/hvornår smerter opstår – så træne stabilitet og styrke og derefter kunne man måske genoptage den smertedøende aktivitet, men nu uden smerter.

Hun opfordrede os til ikke at have faste øvelsesprogrammer til udlevering, men at lave individuelle programmer til hjemmetræning og helst med naturlige bevægelsesmønstre og ikke kun flexion/extension af håndled, men i stedet hvor bevægelserne bliver kombineret på en naturlig måde, da det er sådan vi bevæger os – ex: DTM, hvor håndleddet går fra en radialdevieret og extenderet stilling til en ulnardevieret og flekteret stilling.

De havde også undersøgt patienternes modsatte hånd og fandt også her samme funktionsforstyrrelser og derfor kan bilateral træning være en god idé for øget feed-back og genindlæring af et motor program

Hun kom også ind på at nogle patienter har så mange smerter ved bevægelse, at der kunne være behov for undervisning i smerter i stedet for øvelser. Her ville smertehåndtering og viden om smerter være vigtigst.

Hun har udgivet et hæfte med inspiration til træningsprogrammer, guidelines til terapeuter m.m., som kan bestilles ved at kontakte hende på mail: AJvideler@me.com

Herefter sluttede Annemieke Videler sin præsentation og stemmen holdt trods forkølelse.



Privatpraktiserende håndterapeut – hvordan kan det lade sig gøre?

Efter en kort pause var det tid til at høre om mulighederne for at arbejde som privatpraktiserende håndterapeut.

Oplægsholder var Anette Jackson, formand for privatpraktiserende ergoterapeuter og selvstændig ergoterapeut, dog ikke indenfor håndterapi, så Kirsten Pedersen og Kecia Ardensø supplerede med deres viden på området.

Anettes mission var at gøre den vej, som man umiddelbart kan synes er fjern og umiddelbar svær at komme ind ad, mere tilgængelig. Hun er flere gange blevet kontaktet af folk, som efterspørger genoptræning af hænder og som gerne vil betale, men at der ikke er nogen muligheder i Jylland. Derudover vil den nye lov omkring krav på genoptræning senest 7 dage efter udskrivelse få betydning, og det er vigtigt, at der er mulighed for træning ved kvalificerede terapeuter, ellers vil andre overtage opgaverne eksempelvis privatpraktiserende fysioterapeuter.

Hun spurgte salen om der var nogle med over-

vejelser om at blive selvstændig og fik flere tilkendegivelser.

Hun listede to muligheder op, hvor man enten kunne starte i det små sideløbende med sit nuværende arbejde som CPR-registreret, og hvor indtægten skulle opgives som B-skat. Der er en max beløbsgrænse på kr. 80.000 i overskud ved den ordning.

Alternativt kan man blive CVR registreret. Dette kan også ske samtidig med, at man har andet arbejde. Her er der dog pligt til fremlæggelse af regnskab over udgifter og indtægter



Hvis man overvejer at starte op, anbefalede hun meget, at man tager kontakt til andre, der er i gang og både Anette og Kirsten understregede, at selvom man kunne være konkurrenter, så var der stor villighed til at dele hinandens erfaringer og de så sig mere som kolleger. Hun gjorde opmærksom på den lukkede facebookgruppe, der er for privatpraktiserende terapeuter, hvor der også kan stilles spørgsmål. Man kan også skrive direkte til Anette med spørgsmål. Hun kom ind på synlighed, og hvordan man får klienter enten via en hjemmeside, mund til mund-metoden, henvisninger fra læger, sundhedsforsikringer og pointerede at netværk er vigtigst.

Derudover nævnte hun nogle opmærksomhedspunkter: økonomien og forsikring, og at man skal huske de udgifter, der er udover løn, så man skal ikke kun tage tariffen angivet på ETF's hjemmeside. Det er vigtigt ikke at underbyde sin ydelse. Hvis man er medlem af klubben for privatpraktiserende terapeuter, som koster kr. 200 pr år, så er man dækket af deres forsikring. Kirsten nævnte, at hun derudover har behov for en produktforsikring, da hun forhandler hjælpemidler.

Man er både dataansvarlig som CPR/CVR registreret. Der er i klubben lavet et webinar som

vejledning i dette. Hvis man gerne vil se det, skal man kontakte Anette direkte og ikke ETF. Ved samarbejde med andre klinikker kunne det være en god idé at have indgåede aftaler på skrift.

Der var efterfølgende stor spørgelyst fra salen. Nogle gjorde opmærksom på, at det kunne være svært at konkurrere med det kommunale mht. brug og udlån af ex. træningsredskaber, som det kunne være dyrt at investere i. Andre nævnte besvær med at finde/betale for egnede lokaler. Kecia og Kirsten bidrog med deres erfaringer. Pga. tidspres blev ikke alle spørgsmål besvaret, men Anette opfordrede igen til at tage kontakt til hende eller facebookgruppen, hvis man har spørgsmål eller overvejer at starte op.

PRWHE

Det sidste punkt på programmet var en præsentation fra Alice Ørts Hansen, Karin Knygsand-Rønhøj og Kecia Ardensø af den danske udgave af spørgeskemaet Patient Rated Wrist/Hand Evaluation, som er offentliggjort for nylig.

Karin startede med at gennemgå skemaet og alle fik udleveret et eksemplar af spørgeskemaet, som også kan findes på ETFs hjemmeside. Det består af 5 spørgsmål vedr. smerter, 10 spørgsmål vedr. aktiviteter og 1 spørgsmål vedr. håndens udseende og tilfredshed med udseendet. Man introducerer skemaet for patienten og forklarer hvorfor og hvordan, de skal udfylde det. De skal angive deres gener indenfor den seneste uge. Hvis de ikke har lavet aktiviteten indenfor den seneste uge, skal de estimere, hvad de tror scoren ville være, og hvis de aldrig har lavet aktiviteten, skal de undlade at svare. Der må højst være 2 missings under smerter og 3 missings under funktion. Det er vigtigt at spørge patienten ved missings, hvorfor de ikke har svaret.

Totalscoren er max 100. Den fås ved at lægge scoren under smerter sammen med scoren under funktion. Scoren under funktion skal dog deles med 2, så smerter og funktion ligestilles. Udfyldelse af udseendet er valgfrit og tæller derfor ikke med i den samlede score.

Efter gennemgangen af skemaet fortalte Alice om forskellen på brugen af PRWHE og DASH

DASH fortæller noget om hele OE, hvor PRWHE fokuserer på hånd og håndled. Respondenterne har angivet, at PRWHE var lettere at udfylde. DASH har fokus på, hvordan de klarer sig, men PRWHE har fokus på hvordan de bruger hånden.

Der findes en oversættelse af PRWE, men det var en modificeret udgave, hvor bl.a. smerte blev angivet anderledes. Ham der har stået for den, var ikke interesseret i en ændring af PRWE, så derfor blev det en ny oversættelse.

Kecia fortsatte med at fortælle om processen, hvor der til oversættelse af teksten skulle være en gruppe på 5-7 personer bestående af minimum en, der havde engelsk som modersmål og talte dansk. Gruppen mødtes i Århus. De oversatte alle teksten og mødtes og diskuterede den. Derudover var der en lægmandsgruppe i Køge bestående af 6 personer. Alice deltog i begge grupper. Der blev lavet en pilottest med 17 personer, hvor testpersonerne tænkte højt og f.eks. angav, hvad der var svært at forstå. Testen blev tilpasset den danske kultur så f.eks. turn a knob blev oversat til at dreje en nøgle.

Til slut fortalte Alice om validitet og reliabilitet. 100 havde udfyldt PRWHE og DASH til at starte med og 60 havde udfyldt PRWHE igen. Skemaet kan bruges til alle typer skader – både store og små.

Som nævnt ligger skemaet på ETF's hjemmeside. Den er netop publiceret i Hand Therapy.

Alice gjorde desuden opmærksom på at der iflg. aftale fra 2017 skal anvendes PRO-data systematisk i daglig klinisk praksis og det kunne evt. være PRWHE.

Det var de afsluttende ord og dagen sluttede med at bestyrelsen i DSF håndterapi overrakte de 3 bag skemaet en anerkendelse fra foreningen.

Dermed var 2 intense dage med fokus på

håndterapi slut og det var tid at sige tak for nu og på gensyn. Anja gjorde opmærksom på kommende arrangementer/kurser – det første 15.1.19 i Århus med temaet: senelæsioner i hånden.

Referenter:

Connie Nielsen og Lene Kongsgaard Lund



Stor tak til Ergoterapeutforeningen for de fine halsedisser de gav som sponsorgave til vores medlemmer på efterårstemadagene.



Aktivitetsproblemer efter en håndskade- hvad prioriterer patienterne?

Patienter med håndrelaterede diagnoser oplever mange udfordringer i hverdagen både under og efter et rehabiliteringsforløb, hvilket vi skal være klar til at adressere som ergoterapeuter. I et studie er de 3-5 prioriterede aktivitetsproblemer, som 507 patienter angav ved et COPM interview, blevet analyseret. Formålet med studiet var at undersøge hvilke aktivitetsproblemer, patienter med håndrelaterede diagnoser prioriterede som de mest vigtige i starten af deres rehabiliteringsforløb. I alt indgik der 2384 aktivitetsproblematikker i analysen. De aktivitetsproblemer, som patienterne fandt mest vigtige og meningsfulde at generhverve i den akutte rehabilitering, handlede mest om arbejde og personlig omsorg uanset køn og alder. De hyppigst forekommende aktivitetsproblem var at spise med bestik, løfte og holde forskellige objekter, skære brød, grønsager m.m., åbne forskellige låg, vride en klud, bruge en pc, skrive i hånden og køre bil. Viden fra dette studie kan bidrage med brugbar viden, som kan anvendes ved indretningen af en terapi, således at de ting, der skal anvendes ved de mest hyppige aktiviteter, er til rådighed. Dermed bliver det lettere at inddrage de mest almindelige aktivitetsproblemer i rehabiliteringen, hvilket vil kunne fremme en aktivitets-baseret indsats indenfor håndterapi.

Hvis du har fået lyst til, at læse hele artiklen kan du finde den under DOI: 10.1177/1758998318784316.

Hvis du ikke har adgang til dette så skriv til Helle Poulsen (helle.s.poulsen@rsyd.dk) eller Alice Ørts (alice.oerts@rsyd.dk)



Forskningsprojekt

Rekonstruktion af kronisk skafolunær ledbåndsskade i håndleddet. Et randomiseret kontrolleret forsøg sammenlignende resultaterne efter operation med kapsulodese og ledbåndrekonstruktion.

Forskningsprojektet udføres som et nationalt samarbejde mellem Hospitalsenheden Vest, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Gentofte Hospital, Slagelse Sygehus og Nordsjællands Hospital Hillerød. Projektets forsøgsansvarlige er Janni Kjærgaard Thillemann.

Baggrund

Skade på håndleddets skafolunære ledbånd ses relativt hyppigt efter håndledsskader. Symptomerne kan være smerter, nedsat bevægelighed i håndleddet og nedsat grebsstyrke. Generne fremprovokeres oftest i bevægelse. Når lægen får mistanke om skade på det skafolunære ledbånd, suppleres der med røntgenundersøgelser og/eller MR-skanning. Desværre kan disse undersøgelser ikke altid med sikkerhed afgøre, om der er tale om en skafolunær ledbåndsskade, ligesom undersøgelserne heller ikke kan vurdere skadens grad/omfang. En kikkertoperation i håndleddet er i dag den mest pålidelige og anbefalede metode til at vurdere en skades omfang.

Hvis en komplet skafolunær ledbåndsskade opdaget sent eller ikke behandles, kan skaden medføre instabilitet i håndleddet og på sigt slidgigt i håndleddet. Slidgigt i håndleddet medfører ofte smerter, bevægelighedsindskrænkning og nedsat arbejdsevne. Derfor er anbefalingen, at skafolunære ledbåndsskader med total overrivning af ledbåndet behandles med operation tidligt i forløbet. Der findes talrige operationsmetoder, men det er ikke bevist, hvilken metode der giver det bedste resultat.

Dette studie sammenligner to af de mest anvendte operationsmetoder:

- Kapsulodese: Håndledskapslen anvendes som erstatning for det skafolunære led bånd
- Ledbåndrekonstruktion: en sene anvendes som erstatning for det skafolunære

ledbånd

Begge operationsmetoder har til formål at afværge eller udskyde udviklingen af slidgigt og smerter i håndleddet. Det er dog velkendt, at langt de fleste patienter oplever en grad af smert-er og nedsat bevægelighed efter en operation uanset hvilken operationsmetode, der anvendes.

Formål

Formålet med dette studie er at vurdere effek-ten af to forskellige kirurgiske behandlinger og bedømme, hvorvidt én af de to operationsmetoder giver bedre resultater frem for den anden.

Udførelse

Udredningen af ledbåndsskader foregår på den samme måde: standardundersøgelse og kikkert-operation. Hvis patienten deltager i projektet og skal tilbydes en operativ behandling af en kom-plet skafolunær ledbåndsskade, vil operationsme-toden (kapsulodese eller ledbandsrekonstruktion) afgøres ved en tilfældig fordeling, og hverken patienten eller de ergoterapeuter, der foretager genoptræningen skal vide, hvilken operation pt. har fået.

Patienter

120 patienter

Inklusionskriterier

- Pt. er fyldt 18 år
- Symptomer fra en skafolunær ledbands-skade
- Pt. har smerter
- Skaden er over 6 uger gammel.
(Hvis skaden er under 6 uger tilbydes en anden type operation)
- Røntgenundersøgelser, MR scanning eller kikkertundersøgelse af håndleddet bekræfter, at ledbåndsskaden er komplet.

Eksklusionskriterier

- Pt. er over 60 år
- Pt. har slidgigt eller leddegigt i hånd/håndled.
- Pt. har andre alvorlige ledbåndsskader i håndleddet (kontrolleres ved kikkert-undersøgelsen)

- Pt. har tidligere brud i håndleddet, der er helet i væsentlig fejlstilling
- Ledbåndet ikke kan rekonstrueres.

Behandlingsforløbet

Før operation

Undersøgellesprogram: lægeundersøgelse, rønt-genbilleder og MR-scanning, spørgeskemaer og måling af håndfunktion ved ergoterapeut

Kikkertundersøgelse

Foregår ambulant i fuldbedøvelse/og/eller med en smerteblokade af armen

Operationen

Hvis undersøgelsen bekræfter der er tale om en total ledbåndsskade, kan den endelige led-båndsstabiliserende operation foregå i forlæn-gelse af kikkertoperationen eller på en ny opera-tionsdag. Det afgøres ved en tilfældig fordeling, hvilken operationsmetode der anvendes. Uanset operationsmetode, så indsættes 3 K-tråde i hån-drodsknoglerne til støtte for det nye ledbånd i helingsfasen.

Efterbehandling

Operationsdagen: Anlæggelse af gipsskinne, der går fra hånd til albue.

2 uger: Omlægning af gips og suturfjernelse.

6 uger: gipsfjernelse, fjernelse af K-tråde, Udle-vering af aftagelig håndledsskinne, Genoptræning ved ergoterapeut, som anvender patientvejled-ningen "Carpal Instabilitet, SL-ledbåndsskade – manglende stabilitet i håndroden" fra Fysio- og ergoterapi, Aarhus Universitetshospital.

10 uger: Håndledsskinne aftages.

6 mdr: Den ergoterapeutiske genoptræning forventes afsluttet efter 6 måneder og fuld vægtb-elastning er tilladt derefter.

6 mdr., 1 år, 2 år, 5 år og 10 år: Lægekontrol med røntgen, spørgeskemaer og måling af håndfunk-tion ved ergoterapeut.

Data

Læge spørgeskema

Fund ved Watsons test

MR scanning: SL ja/nej

Standard røntgen: SL gapp, cortical ring sign, ST gap, SL vinkel, graden af SLAC wrist.

Stress wiew røntgen: SL gapp ved ulnar deviation, ved radial deviation, ved afslappet clenched first

og ved knyttet cilienched first.

Ergoterapeutisk spørgeskema
Håndtrykskraftundersøgelse (JAMAR), og
smerter herved. (begge hænder)
VAS: i hvile, ved let belastning, og ved tunge løft
over 5 kg.
Håndledsbevægelighed: fleksion/ekstension,
radial/ulnardeviation. (begge hænder)
Underarmsrotation: supination/pronation (begge
hænder)

Patient spørgeskema
Basis: høj/ve hånden, køn, erhverv, ryger, skadede-
to, hvordan det skete, tidligere skade
Quick DASH: 11 spørgsmål.
Patient Rated wrist/hand Evaluation: Smerter,
Funktion, hverdagsaktiviteter og hånden ud-
seende.
Generelle spørgsmål: ville du opereres igen?,
samlet tilfredshed, smerter efter, tilbage i arbejde.

Økonomi

Projektet udføres af de anførte håndkirurgiske
afdelinger og er aktuelt ikke støttet af fond-
smidler. Der søges yderligere økonomisk støtte
ved offentlige og private fonde. Der ydes ikke
kompensation til deltagerne.
Initiativet til forskningsprojektet er taget af
afdelingslæge Janni Kjærgaard Thillemann (pro-
jektansvarlig) på vegne af Dansk Håndkirurgisk
Selskab. De tilknyttede forskere og læger har
ikke økonomisk tilknytning til studiet.

Skrevet af Gitte Østergaard Poulsen,
Britt Vestergaard og Sanne Pedersen

Holstebro sygehus



Ny ventetid - 7 kalenderdage

Folketinget har tidligere på året vedtaget, at
danskere med en genoptræningsplan skal have
ret til at vælge en privat leverandør til sin genop-
træning, hvis ikke patientens hjemkommune kan
iværksætte genoptræningen indenfor 7 kalender-
dage.

Lovændringen trådte i kraft den 1. juli 2018, men
forhandlinger med de private leverandører er
endnu ikke indgået, hvorfor der i øjeblikket reelt
ikke er noget frit valg for de patienter, som ikke
kan komme i gang med genoptræningen i hjem-
kommunen indenfor 7 dage. Statens og Kommu-
nernes Indkøbsservice A/S (SKI) varetager i øjeb-
likket forhandlinger med de private leverandører
for Kommunernes Landsforening (KL) – de laver
forhandlinger ud fra en central ramme. De første
aftaler med de private leverandører forventes at
være klar til årsskiftet, det er dog uvist, hvornår
aftaler indenfor håndområdet bliver klar.

I kommunerne rundt omkring i landet er op-
mærksomheden på at overholde ventetiden blevet
skærpet yderligere efter lovændringen, og flere
kommuner har gennem de seneste måneder gjort
en kæmpe intern indsats for bedst muligt at kunne
overholde den nye og kortere ventetid. Der er
både et stort politisk og ledelsesmæssigt fokus på
dét at overholde ventetiden. Målinger gennem de
seneste måneder viser, at der er kommuner, som
formår at overholde den nye ventetid med 100%
indenfor håndområdet – og det er et måltal, som
fremadrettet tilstræbes at blive overholdt.

Der er udstukket et politisk fælles mål i forhold
til en ny og kortere ventetid, men hvordan og
hvor godt de forskellige kommuner når målet kan
variare. Der vil naturligt være kommuner som
er nået længere i denne proces end andre - det er
genkendeligt, når der laves ændringer på arbejds-
spladser generelt. Det er derfor betydningsfuldt,
at vi i daglig tale ikke generaliserer kommunerne
ved at benævne dem som "kommunen". Der er
forskelle på kommunerne - ligesom der er forskel
på de danske hospitaler og private håndterapeu-
ter.

Det kræver ledelsesmæssig strategi, prioritering

og opbakning for at kunne overholde den nye ventetid, men som kommunal håndterapeut kan vi også være med til at nå målet. Lad os være nysgerrige på, hvordan de kommuner som lykkes med at overholde ventetiden klarer det – lad os dele de gode erfaringer på tværs af kommunegrænserne. Lad os inspirere, hjælpe og støtte hinanden i denne proces. Vi kan med sikkerhed lære meget af hinanden – uanset om man er en lille eller stor kommune.

Skulle en kommune ikke kunne overholde ventetiden på 7 kalenderdage, bliver realiteten, at patienten skal tilbydes genoptræningsforløb hos en privat leverandør. Tager patienten imod det private tilbud, kan der opstå en yderst bekymrende situation, hvis genoptræningen ikke varetages af en privat håndterapeut.

Håndterapi er et speciale, hvor håndterapeuten varetager patientens behandling og genoptræning med høj faglighed og kvalitet. For at kunne tilbyde patienten det mest kvalificerede genoptræningsforløb kræver det en specialviden med kompetencer på et vist niveau. Det er derfor afgørende, at hvis en patient kommer ud i privat regi, at patienten får et tilbud hos en håndterapeut og ikke hos en privat leverandør, som ingen specifik håndviden har. Det er vigtigt, at patienten modtager et kompetent genoptræningsforløb, hvor de rette faglige kompetencer og faciliteter er tilstede for at løfte patientens genoptræningsbehov, så patientens genoptræning har den samme høje faglighed og kvalitet – uanset om patienten modtager genoptræning i kommunalt eller privat regi.

I Danmark har vi også kompetente håndterapeuter i privat regi, men antallet af private håndterapeuter er fåtalligt. På dette års Efterårstemadage havde formanden for Klub for privatpraktiserende ergoterapeuter Annette Jackson et oplæg omkring det at være privat praktiserende. Der var en interessant dialog under oplægget og der var nogle af deltagerne, som udviste interesse for det at blive privat praktiserende håndterapeut.

Flere kommuner gør et stort stykke arbejde for at sikre, at ventetiden overholdes - og det

lykkes for nogle, for andre kan det lykkes! - med ledelsesmæssig prioritering og opbakning, optimering af arbejdsgange, fleksibilitet samt vilje. Skulle der indimellem være forløb, som kommer ud i privat regi, så er det vigtigt, at der også findes nok private håndterapeuter til at løfte opgaven. Det er afgørende at genoptræning af håndpatienten varetages af håndterapeuter med rette faglige kompetencer – hvad enten det sker i kommunalt eller privat regi.

Skrevet af Mette Kudsk Olsen



KALENDER

Ledmobiliseringskursus: 3.-5. april 2019 i Slagelse

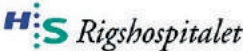
Forårstema: nærmere information kommer snarest

IFSHT - Kongres: 17.-21. juni 2019 i Berlin, Tyskland

SSSH - kongres: 21. - 24. august 2019 i Talinn, Estland



Nyttige netadresser:

www.haandkirurgi.com	
www.etf.dk/haandterapi	
www.asht.org	American Society of hand therapist
www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/hanth	Journal of hand therapy
www.handterapi.no	Norsk forening for håndterapi
www.hand-therapy.co.uk	The British Association of HAnd Therapy (BAHT)
http://ahtf.org	American Hand Therapy Foundation Web
www.eurohandtherapy.org	The European Federation of Societies for Hand Therapy
www.ifsht.org	International Federation of Societies for Hand Therapy
www.auh.dk	Aarhus Sygehus
www.rigshospitalet.dk/rh.nsf	
www.aalborgsygehus.rn.dk	
http://www.ouh.dk/wm164273	
http://www.håndterapi.dk	Specialeergoterapeut Kirsten C. Pedersens hjemmeside om håndterapi
http://www.csht.org	Canadian Society of Hand Therapists
http://www.ahta.com.au	Australian Hand Therapy Association Inc
http://www.sfh.nu	