

Hvilke faktorer predikerer et godt utfall hos skulderpasienter?

For å sørge for et best mulig behandlingsresultat, må vi i hvert pasientmøte vektlegge de faktorene som har størst betydning for utfallet. Men hvilke er det? Er det de kliniske funnene? Billedfunnene? Leddutslaget? Styrken? Eller er det helt andre faktorer enn de fysiske som er viktigst?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

Rachel Chester og hennes kolleger har de senere årene gjort omfattende og gode studier for å se hvilke faktorer som predikerer et godt utfall for pasienter med muskel- og skjelettrelaterte skulderplager (1-3). Den første studien (1) kom i 2013, der det ble gjort en systematisk oversiktsartikkel for å se hvilke faktorer som korrelerte med utfall av fysioterapi. Den gang var det kun smerte og funksjon ved baseline undersøkelse, og til dels alder, som korrelerte med utfall. Det ble påpekt mangel på forskning og metodiske svakheter ved den forskningen som forelå på det tidspunktet, hvilket gjorde at funnene i den systematiske oversikten måtte tolkes med forsiktighet. Chester & co tok saken i egne hender og publiserte i 2016 et landemerke av en artikkel: *Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study* (2). De rekrutterte 1030 pasienter fra ulike sentre i England som var henvist til fysioterapi grunnet skuldersmerte. De ekskluderte pasienter med nakkerelaterte skulderplager, radikulopati, post-kirurgi, post-fraktur, posttraumatisk skulderluksasjon og systemiske årsaker. Totalt 840 og 811 pasienter returnerte spørreskjemaer ved henholdsvis 6 uker og 6 måneder, og det ble identifisert

71 prognostiske faktorer. Deretter så de hvilke av disse faktorene som korrelerte positivt med utfallsmål i både SPADI og quickDASH ved 6 uker og 6 måneder. 4 faktorer ble identifisert ved begge tidspunkt;

- 1) Lavere smerte- og dysfunksjonscore ved baseline
- 2) Pasientens forventning til «fullstendig bedring» versus «lett forbedring» som resultat av fysioterapi
- 3) Høyere pain self-efficacy (Pain self-efficacy beskriver i hvor stor grad en person opplever mestringstro i det å utføre en gitt oppgave/aktivitet på tross av smerte (4).)
- 4) Lavere smerteintensitet i hvile

En tilleggsfaktor gikk igjen i 3 av 4 ved begge tidspunkt:

- 5) Å være i jobb eller utdanningsforløp versus å ikke være det

Ved kun 6 uker ble i tillegg følgende faktorer identifisert:

- 1) Fravær av tidligere større operasjon
- 2) Fravær av smerte i kontralaterale øvre kvadrant

Ved kun 6 måneder ble i tillegg følgende faktorer identifisert:

- 1) Kortere symptomvarighet
- 2) Ingen tilleggsplager versus én eller særlig to eller flere tilleggsplager
- 3) Reduksjon i smerte eller økt ROM i elevasjon etter manuell fasilitering av scapula under elevasjon av affisert arm

Påfallende; det var ingen funn fra klinisk undersøkelse som var assosiert med utfall. Eksempler på vanlige kliniske funn som ble trukket frem var redusert eksternrotasjon som tegn på frossen skulder og lag sign i eksternrotasjon som tegn på cuffruptur.

De 5 faktorene som totalt sett assosierte best med godt utfall av fysioterapi for skuldersmerter var:

- 1) Pasientens forventning til «fullstendig bedring» versus «lett forbedring» som resultat av fysioterapi
- 2) Lavere smerteintensitet, særlig i hvile
- 3) Fravær av tidligere større operasjon
- 4) Fravær av smerte i kontralaterale øvre kvadrant
- 5) Reduksjon i smerte eller økt ROM i elevasjon etter manuell fasilitering av scapula under elevasjon av affisert arm

Så, hva betyr dette for oss? Først og fremst er det påfallende at det utelukkende er psykososiale faktorer som predikerer et godt utfall av fysioterapi. Vi er jo tross alt trent og opplært i klinisk undersøkelse, og at funnene fra denne bestemmer tiltak og til slutt utfall. Man kan argumentere for at symptommodifisering etter fasilitering av scapula er et slikt funn som bestemmer videre tiltak, men ser man til de andre prognostiske faktorene ville det overrasket meg om det er en mekanisk komponent i fasiliteringen som skaper endring. Det virker



langt mer sannsynlig at symptom-modifisering in-session kan påvirke forventningene til bedring, hvilket er det viktigste faktoren for å predikere et godt utfall.

Vil dette da si at vi ikke trenger å undersøke klinisk? Overhodet ikke. Undersøkelsen vår er en grunnpilar i pasientmøtet, og en viktig del for å skape en god relasjon til pasienten. Undersøkelsen vår kan utelukke mye og gi mistanker om noe, og om vi er ydmyke med tanke på spesifisiteten i testene våre, kan vi sitte igjen med en god del hypoteser som vi kan diskutere med pasienten foran oss. Det vi må forholde oss til er hvor stor del av utfallet som er styrt av psykososiale forhold. Vi må maksimere pasientens forventninger til bedring og adressere problemstillingene rundt hvilesmerter og eventuelle komplikasjoner/følgetilstander av tidligere kirurgi. Vi må jobbe aktivt med å få pasientene inn i eller tilbake til jobb/utdanning og jobbe med pasientens pain self efficacy.

Men, Rachel Chester stoppet ikke der. Hun ønsket å utforske disse predikerende faktorene i større grad,

og hvordan de påvirket hverandre. Ved å endre metodeoppsettet i sin siste studie fra 2019 (3) skapte hun fire prognostiske «beslutningstrær», ett for hvert utfallsmål (SPADI total score, SPADI pain subscore, SPADI disability subscore og QuickDASH score). Hun fant at den viktigste predikerende faktoren var baseline smerte og/eller uførhet – altså at høyere smerte og/eller grad av uførhet ved baseline var assosiert med høyere smerte og/eller uførhet ved follow-up i alle fire utfallsmål. Det er ikke så uventet, men det som er interessant er at denne faktoren ser ut til å kunne påvirkes både positivt og negativt av to andre faktorer; pain self-efficacy og pasientens forventning til bedring av fysioterapi. Dette innebærer at pasienter med kun lett smerte ved baseline, men tilsvarende lav pain self-efficacy hadde dårligere utfallsmål enn pasienter med høy smerte ved baseline, men påfallende høy pain self-efficacy. På samme måte påvirket pasientens forventning til bedring utfallet; pasienter med moderat smerte ved baseline som forventet å bli bedre av fysioterapi ble bedre enn de som ikke hadde denne forventningen.

Konklusjonen fra denne studien støtter opp under hennes tidligere funn, og fremhever enda tydeligere hvorfor det er viktig å skape positive forventninger til bedring. I mine øyne er likevel det viktigste funnet fra denne siste studien betydningen av pasientens smerterelaterte mestringstro. I alle år har man sagt «*det er ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det*», og det må vel være et av de mest provoserende utsagnene å få slengt i trynet når du har vondt, men likevel; hvordan du håndterer din egen smerte ser ut til å bety mye for hvordan det går med deg på lengre sikt. At denne faktoren er så viktig indikerer også at det er noe vi burde vurdere når vi gjør vår anamnese. Pain Self Efficacy Questionnaire (PSEQ) er fremsatt som et valid spørreskjema som er enkelt i bruk og som anbefales for å skape et grunnlag for å diskutere pasientens smertemestring. Siden Chester også viste at vi som fysioterapeuter var notorisk dårlige til å forutsi hvilke pasienter som kom til å bli bra er det enda viktigere at vi får dannet oss et tydeligere bilde av de psykososiale faktorene og hvem denne pasienten faktisk er.



For å trekke ut det jeg mener er viktig å ta med fra disse tre studiene inn i klinisk praksis, vil jeg fremheve disse punktene;

- Psykososiale faktorer predikerer utfallet av fysioterapi ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettre-laterte skuldersmerter. Kliniske funn predikerer ikke utfallet. Igjen; dette betyr ikke at vi ikke skal undersøke, men vi må være ydmyke når det kommer til hva det er vi finner, med hvor stor grad av sikkerhet vi kan konkludere med at det faktisk er akkurat det vi finner, og vi må kommunisere funnene våre på en måte som maksimerer pasientens forventning til bedring av tiltakene vi igangsetter.
- Vi må snakke opp betydningen av fysioterapi og de tiltakene vi velger og maksimere pasientens forventninger. Dette er vanskeligere enn man skulle tro, all den tid vi ikke kan være så sikre på hva som feiler pasienten. Det er vanskelig å skape trygghet og overbevisning i usikre situasjoner. Men vi må bli flinke pedagoger, skape gode relasjoner og være dyktige i kommunikasjonen vår. Kanskje er det her vi skal legge inn mer tid i

timen vår med pasienten, kontra å teste seg gjennom et utall ortopediske tester?

- Vi må være klar over at hvordan man tar det faktisk har stor betydning. Gjennom ordene våre, anbefalingene til hvordan pasienten skal håndtere jobb, studier og hverdag og gjennom aktive tiltak som krever innsats av pasienten selv kan vi bidra til å øke pasientens pain self-efficacy. Gjennom å forklare smerteproblematikken på en måte som gjør at de forstår situasjonen, og gis muligheter til å håndtere den, skaper vi forhåpentligvis bedre adheranse til tiltakene våre. Gjennom å avdramatisere og gi råd og veiledning rundt hvordan man kan påvirke smerterespons gjennom trening kan pasientene oppleve å stå selvstendig i treningen og bli trygge på gjennomføring og respons.

I en profesjon der vi tradisjonelt har tenkt at undersøkelse gir funn og funn dikterer tiltak, kan det være litt vondt å lese slike studier som Chester sine. De er imidlertid nødvendige for at vi skal utvikle oss videre som fagutøvere, og se pasientene våre i en større kontekst enn for eksempel

bare en vond skulder. Og funnene til Chester tar ikke fra oss de elementene vi er gode på, som undersøkelse og behandling, men de gir oss et stort mulighetsrom til å maksimere effekten av behandlingen vår. Og de mulighetene må vi gripe.

Kilder:

1. Chester R, Jerosch-Herold C, Lewis J. et al: Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. *British Journal of Sports Medicine*. 2016
2. Chester, R., Shepstone, L., Daniell, H. et al: Predicting response to physiotherapy treatment for musculoskeletal shoulder pain: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2013
3. Chester R, Khondoker M, Shepstone L. et al: Self-efficacy and risk of persistent shoulder pain: results of a Classification and Regression Tree (CART) analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 2019
4. Ferrari, S., Vanti, C., Pellizzer, M. et al: Is there a relationship between self-efficacy, disability, pain and sociodemographic characteristics in chronic low back pain? A multicenter retrospective analysis. *Arch Physiother*. (2019).

