

Are Ingemann:

Presisjon i diagnose og behandling

– I ortopedisk medisin vil vi vite hva vi gjør. Vi søker hele tiden å finne ut presis hva som er feil, og sette inn en presis behandling for å hjelpe pasienten, sier Are Ingemann, som gjennom flere tiår har utdannet ortopedisk medisinere – både fysioterapeuter og leger.

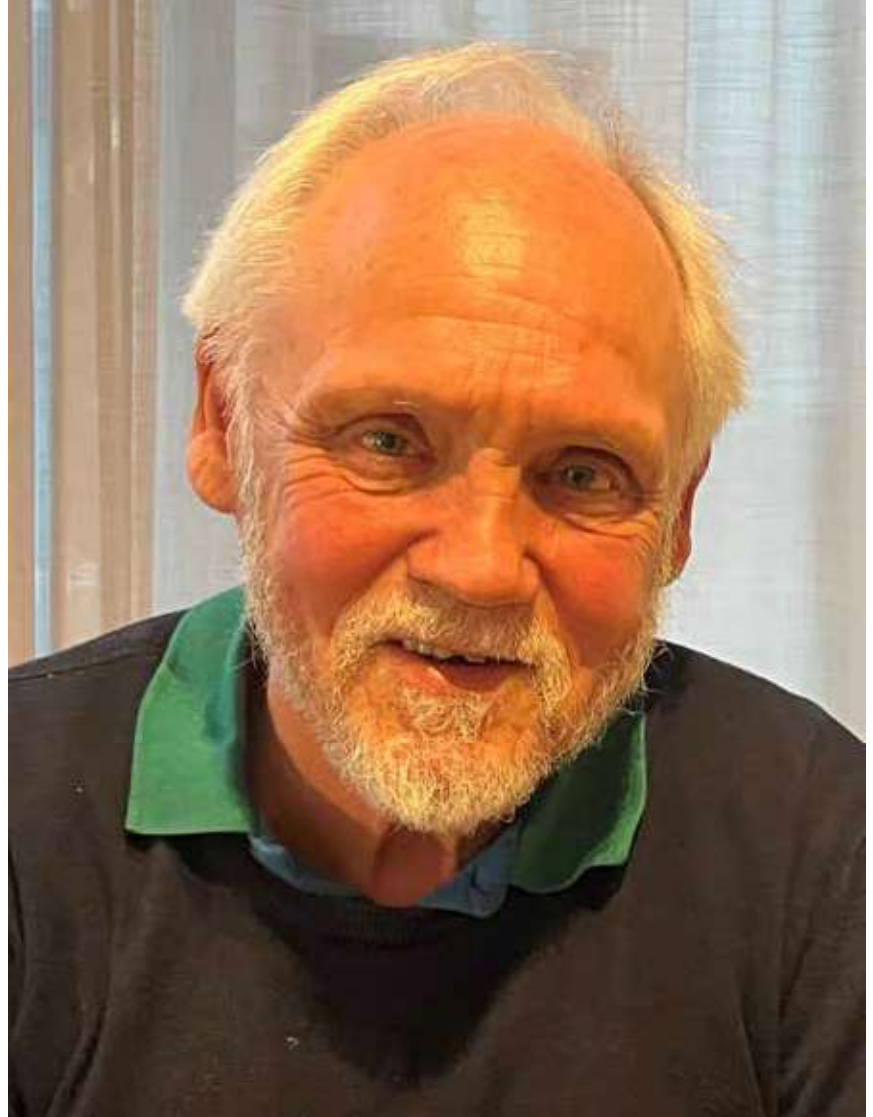


AV INGILD AMBLE

Ortopedisk medisin er en tverrfaglig profesjon, der både fysioterapeuter og leger har sin plass. Ifølge Ingemann er det vesentlig at legene og fysioterapeutene tar den samme utdanningen. Og helst samtidig – på samme kurs.

– Det sikrer at samarbeidende lege og fysioterapeut kan det samme systemet og har den samme tilnærmingen. De forstår hverandre. Og i og med at injeksjonsbehandling kan være relevant i muskel- og skjelettmedisin, er det viktig å ha legen, som har godkjenning til å sette sprøyter, med på laget.

Ortopedisk medisin er utviklet av medisinere for medisinere. Behandlingssystemet baserer seg på en metodisk undersøkelsesmetodikk som gir en grundig analyse av pasientens symptombilde. Videre vil den kli-



– *Klinisk ortopedisk medisin er bygd på systematikk. Nøyaktige anatomiske kunnskaper er grunnleggende, sier Are Ingemann, som har holdt kurs i ortopedisk medisin i over et kvart århundre. Foto: Ingild Amble*

niske undersøkelsen gi en spesifikk diagnose som baserer seg på kliniske bilder for de fleste muskel- og skjelettlidelsene.

– Det vanlige vi finner er som regel ekstremt vanlig. Mens det uvanlige er ekstremt uvanlig.

Grundige undersøkelser gir gode kliniske bilder

I ortopedisk medisin er bildediag-

nostikk underordnet. Ingemann forklarer dette med at bilder – røntgen, CT og MR – kan vise uregelmessigheter, men det er ikke gitt at det er disse «feilene» som gir pasienten smerter og funksjonsnedsettelse.

– Bildediagnostikk har mange feilkilder og kan gi falske funn, både positive og negative, sier fysioterapeuten.

– De kliniske bildene får vi ved å aktivt og selektivt stresse ulike strukturer. Vi tester det kontraktile vevet – muskel, muskelseneovergang, sene og tenoperiost – med isometriske tester med leddet i 0-stilling. Da får vi frem smerter og styrke. Det ikke-kontraktile vevet, som leddkapsel, ligament, bursa, nerverot og osseøse strukturer, tester vi med passive tester. Kriteriene her er smerter, bevegelsesutslag og stoppfølelse (end feel). Vi kan unngå mange kostbare undersøkelser ved å gjøre gode kliniske undersøkelser. Dette er ikke bare nyttig for pasienten, som sparer tid og penger, det er også samfunnsøkonomisk fornuftig i og med at det sparer samfunnet for store kostnader.

Videre forteller Ingemann at utøvere av ortopedisk medisin bruker lokalbedøvelse for å verifisere de ulike kliniske bildene og diagnosene.

– Klinisk ortopedisk medisin er bygd på systematikk. Nøyaktige anatomiske kunnskaper er grunnleggende. Vi vektlegger ferdigheter i funksjonell og palpatorisk anatomi, og kan avdekke mye ganske raskt med en god klinisk undersøkelse. Med bakgrunn i det vi finner, legger vi en plan for behandlingen. Med et godt system med solid faglig fundament, og gode planer, blir pasientene trygge.

Are Ingemann understreker imidlertid at det hender at det er på sin plass med bildediagnostikk – da i hovedsak for å utelukke alvorlig sykdom og i forbindelse med operasjoner.

Fysioterapeuter får ny giv

Det første OMI-kurset i Norge holdt Are Ingemann i Namsos i 1987. Siden den gang har han holdt cirka 30 kurs i året og utdannet et sted mellom tre og fire tusen leger og mellom seks og syv tusen fysioterapeuter. Mange av fysioterapeutene har funnet ny inspirasjon ved å gå på disse kursene.

– Det viktigste er jo at vi har et system som virkelig hjelper pasientene. Det har vært min ledestjerne gjennom hele mitt virke som fysiotera-



*Are Ingemann jobber «tett på» kursdeltakerne, og han legger stor vekt på at alle skal bli sett. – Are er utrolig flink til å få folk med seg og veldig inkluderende, forteller Benny Storheil, som Ingemann er mentor for.
Foto: Benny Storheil*

peut og lærer. Jeg vil at pasientene skal få bedret funksjonen sin. Men så ser jeg også at denne utdanningen viktig for fysioterapeutene og for deres motivasjon. Mange har fortalt meg at de ville ha valgt et nytt yrke hvis de ikke hadde fått denne faglige oppdateringen, sier Ingemann, som har sett mange fysioterapeuter som har mistet gløden fordi de ikke opplever at de lykkes med tradisjonell fysioterapi. På ortopedisk medisinskursene har de fått en ny gnist, og mange har gått videre og tatt master i muskel- og skjelett-medisin i utlandet.

– Basisutdanningen i fysioterapi er veldig vid. Det er lite spesialisering, noe som er helt motsatt av hva vi ser innen medisin, der det blir mer og mer spesialisering. I fysioterapien går vi motsatt vei – vi blir mer og mer generalister. Med tanke på at

cirka 30 prosent av pasientene som oppsøker fastlege lider av muskelskjelettplager, burde både leger og fysioterapeuter hatt langt mer kunnskap om nettopp disse lidelsene.

Fysioterapi – for å hjelpe uten medikamenter

Are Ingemann utdannet seg til fysioterapeut i England – i Portsmouth, og ble uteksaminert i 1976. Harstadværingen som flyttet til Oslo som 16-åring og deretter til Bærum, hadde luktet på hva han ville bli mens han gjennomførte førstegangstjenesten. Men det var ikke opplagt at det skulle bli fysioterapi.

– Jeg jobbet en stund som krisehjelp på Ullevål sykehus, noe som nok vekket interessen for helsefag. Og så hadde jeg spilt mye fotball og var generelt interessert i idrett, så det var også en inngangsport. Men pri-





På kursene til Are Ingemann faller skjortene og blusene. Her skal det kjennes og testes. Den lille sjenansen man ser på starten av kurset, forsvinner kjapt. – Etter hvert kler deltakerne av seg lenge før jeg har bedt dem om det, ler Ingemann. Foto: Benny Storheil

mært gikk interessen min i retning av å ville hjelpe folk uten å medisiner dem. Jeg ville hjelpe dem med fysiske teknikker.

Så ble det fysioterapiutdanning. Og deretter jobb på Kampen fysikalske i Oslo, samtidig som han jobbet på Bestumhjemmet, et sykehjem Frelsesarmeen eide og drev. Med denne jobben fulgte det nemlig leilighet.

Men egentlig ønsket Are Ingemann seg tjeneste i Fredskorpset. Det var også en viktig grunn til at han valgte å ta utdanningen i England – da kom engelsken av seg selv. Noe som ville komme godt med i utenlandstjeneste. Men Fredskorpset måtte klare seg uten Are Ingemann. Han fikk andre tanker.

– Da jeg studerte møtte jeg dr. Cy-

riax – «the father of orthopaedic medicine», han som har etablert Cyriax-metoden som danner grunnlaget også for manuell terapi. Jeg tok kursene hans i England mens jeg jobbet i Norge.

Etter noen år i Oslo søkte Ingemann og kona lykken nordpå. De dro til Bindal på Helgeland i 1979 og skulle være der i ett år.
– Vi ble der i 15 år, ler Ingemann.

– Der jobbet jeg med tre leger. I og med at det var langt til nærmeste sykehus, gjorde vi veldig mye selv. Og det viste meg at det er mye man kan hjelpe pasientene med uten å måtte ty til hele sykehusapparatet.

Tett på kursdeltakerne

I 1984, etter å ha fullført Cyriax-kursene, reiste Are Ingemann tilbake til

England. Nå gikk turen til Blackburn, der han jobbet sammen med sin mentor Frank Plum i ett år. I 1986 tok han internasjonal eksamen i orthopaedic medicine (Cyriax) og i 1989 tok han internasjonal lærer-eksamen i ortopedisk medisin i Belgia. Og der startet et langt virke som lærer og mentor i faget. Samtidig har han drevet OMI-klinikken Midt-Norge i Trondheim. Nå bor han i Frosta.

– Jeg har akkurat sluttet med pasienter, smiler Are Ingemann, og avslører at han blir 74 i år.

Men han har ingen planer om å slutte å holde kurs i Norge og Sverige. Han har en god læresvenn og arvtaker i Benny Storheil, som han er mentor for. De to arrangerer kursene sammen. Tilfeldighetene vil ha det til at Benny er fra Bindal – der Are Ingemann bodde i 15 år før han flyttet til Trøndelag. Et nokså lite sted – som altså har fostret to litt over gjennomsnittet ortopedisk medisin-interesserte fysioterapeuter.
– Are er utrolig flink til å få folk med seg og veldig inkluderende, forteller Benny.

– Han ser alle og har gode historier som gjør at folk virkelig følger med og trives på kursene.

– Ja, humor er en viktig faktor for meg, smiler Are Ingemann.

– Folk husker bedre når faget blir krydret med gode historier og morsomme eksempler. Og så legger jeg vekt på å lære meg alle navnene på deltakerne slik at jeg kommer tett på dem og de opplever at jeg ser dem.

Kurs på småsteder gir bedre samhold

Ingemann startet med ortopedisk medisin-kursene i Namsos, som er nærmeste by fra Bindal. Der kjørte han hele kursrekken. Senere har han reist rundt og kurset leger og fysioterapeuter primært i Norge og Sverige. Kursene organiseres og administreres i dag av PFF og OMI Norden.

– Jeg liker godt å holde kurs på mindre steder. Da slipper folk å reise til store byer, og samtidig blir deltakerne veldig godt sammensveiset når de kjenner hverandre.



Strever fortsatt med aksept i fysioterapi-verden

Ortopedisk medisin kom inn i PFFs spesialistprogram i 1999, og er en av to spesialiteter i PFFs portefølje. Men det har tatt tid å få denne utdanningen anerkjent i fysioterapi-miljøet. Fortsatt har denne utdanningen ikke den aksepten og anerkjennelsen den fortjener blant fysioterapeutene.

– Vi har vel egentlig opplevd å bli systematisk motarbeidet, sier Are Ingemann, som understreker at kursene har fått stor aksept i det medisinske miljøet.

– Legeforeningen var rask til å godkjenne kursene for spesialisering og faglig oppdatering for legene.

Kurs på flere nivåer og temaer

Kursene, som har tre nivåer, er for alle godkjente leger, fysioterapeuter og annet autorisert helsepersonell med interesse for muskel- og skjelettmedisin. Basiskurset danner

fundamentet. Advanced-kurset tar for seg differensialdiagnose – det som ikke er så vanlig. På kurset i anatomi får deltakerne inngående opplæring ved å studere og jobbe med preparater, og legene lærer injeksjonsteknikker. I tillegg kommer forskningskurset, som man trenger for å få godkjent spesialiseringen i ortopedisk medisin.

– Anatomikurset startet vi opp i 1997 sammen med professor Rinvik på Rikshospitalet. Dette kurset har vi årlig på Labsenteret på St. Olavs hospital i Trondheim, og der vi jobber med preparater og injiserer på kadavre.

Are Ingemann anbefaler både fysioterapeuter og leger å ta basiskurset først og deretter anatomikurset. Så kan man gå videre med «advanced»-kurset.

– Og når man er ferdig med basis- og advanced, kan man eventuelt gå videre med master-utdanning i Eng-

land hos våre kolleger i Society of Musculoskeletal Medicine.

Må få takst for ortopedisk medisiner

Fortsatt gjenstår det å få takstkompensasjon for utdanningen i ortopedisk medisin.

– Utdanningen gir en langt høyere kompetanse på muskel- og skjelettlidelser enn den man har som basis fysioterapeut. Utdanningen er også krevende og tar mye tid. Det skulle egentlig bare mangle at man får økonomisk utbytte av investeringen man gjør, sier Are Ingemann.

– Man bør jo også ta i betraktning samfunnsnyttene man får av å ha høyt kompetente ortopediske medisiner som sparer helsevesenet for store diagnostikk-kostnader og sannsynligvis også sparer samfunnet for veldig mye unødig sykefravær, avslutter nestoren i ortopedisk medisin.