

# Engels pendel

Da George Engel fremsatte den biopsykososiale modellen som et rammeverk for å drive forskning og praksis i 1977 (1), er jeg usikker på hvordan han ville sett på nåtidens diskusjon om hvordan pendelen har svingt for langt i den ene eller den andre retningen.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN  
FYSIOTERAPEUT

I kurset «VONDT i skulderen», som jeg holder sammen med Jørgen Jevne, eksemplifiserer vi dette gjennom en skulderluksasjon. La oss ta Nils, en 19 år gammel rugbyspiller. Nils lukserer skulderen sin i en kamp. En luksasjon vil hos de fleste påføre leddet store strukturelle skader, herunder kapselskade, ligamentøse skader, leddleppe- og benfragmentskader. Nils skal reponeres, utredes med MR og vurderes i samråd med en ortoped. So far so good. Men, Nils er ganske god i rugby. Såpass god at han skulle reise til England neste år for å spille. Da han var yngre var det heller ikke så enkelt å være Nils, og det sosiale miljøet i rugbyen har vært det eneste miljøet han har hatt. Det er der han har vennene sine nå. Og han har begynt å identifisere seg som en sterk atlet med gode fremtidsutsikter. Etter at Nils har blitt undersøkt og har pratet med helsepersonell som sier ting han ikke forstår, sitter han igjen med inntrykket av at han ikke får spille rugbykamp på minst ett år. At han sannsynligvis vil få skulderen ut av ledd igjen hvis han ikke opereres, og at det er en risiko for at han ikke kommer tilbake til nivået sitt selv med operasjon. Alt dette ligger Nils og tenker på om kvelden. Det påvirker nattesøvn, stressnivået, skoleprestasjonen og hans sosiale liv.

Nils er ikke alene. Selv ved traumer og diagnoser som åpenbart er biomedisinske, skal det godt gjøres å si at det psykososiale betyr mindre.

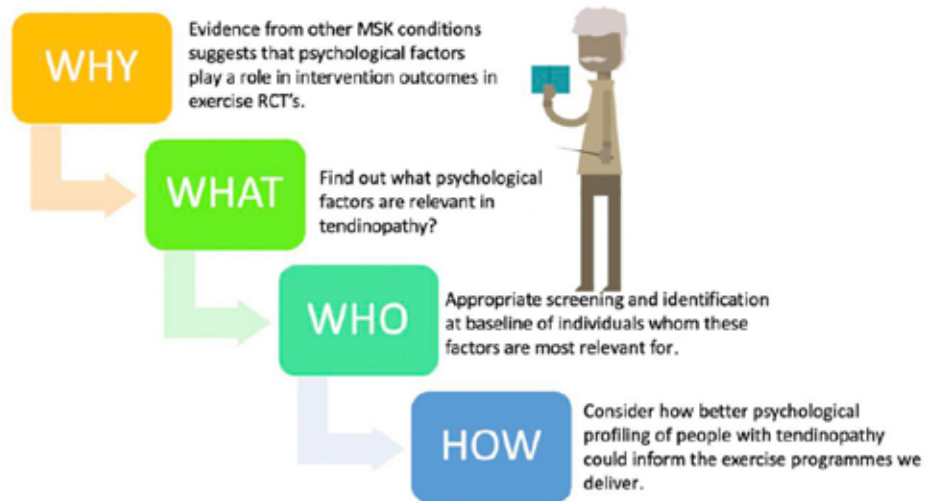


Figure 1 Why, what, who, how: four recommendations to address this gap. MSK, musculoskeletal; RCTs, randomised controlled trials.

Og, som de tidligere artiklene i dette bladet har pekt på, så betyr kanskje de psykososiale faktorene mest også ved akutte skader med en biomedisinsk forankring. Ved belastningsrelaterte skader og de mer uspesifikke muskel- og skjelett-plagene, må vi spørre oss om fagets fremtid ligger dypt begravet i det biomedisinske kaninhullet.

*Why do tendon researchers overlook the patient's psychological state?*

*The review with no papers.* Dette er tittelen på BJSM sin editorial i mars 2021, ført i pennen av tungvekterne Sean McAuliffe, Kieran O'Sullivan, Rod Whiteley og Vasileios Korakakis (2). De spør seg hva som kan forklare at så mange mennesker opplever langvarige symptomer fra tendinopatier - opp mot 25% 10 år etter behandling opplever dette - selv om de har håndtert plagene med trening, som tross alt skal være hjørnesteinen i behandlingen. I sitt arbeide med å kartlegge hvordan psykologiske faktorer ble målt i

treningstreningsintervensjonsstudier for tendinopatier, fant de 45 randomisert kontrollerte studier som undersøkte treningstreningsintervensjoner for over- og underekstremitetstendinopati, men kun to av disse rapporterte om psykologiske faktorer ved baseline og oppfølging. Om pendelen hadde eksistert, kunne vi i så fall sagt at den hadde svingt for langt vekk fra det biomedisinske? Om noe så må det være at den ikke har svingt i det hele tatt. Forfatterne setter frem en firepunkts «hvorfor-hva-hvem-hvordan» anbefaling for hvordan vi kan tette gapet (se figur 1).

Avslutningen på editorialen taler for seg, og jeg tenker vi kan sidestille forskere med klinikere i denne konklusjonen;

*To improve clinical outcomes with exercise interventions in tendinopathy, tendinopathy researchers should stop playing lip-service to a biopsychosocial rehabilitation approach. Integrating psychological*



**Figure 1** Summary of main findings about diagnostic tests, prevention and treatment of common shoulder injuries in sport.

Liaghat B, et al. *Br J Sports Med* 2022;0:1–10. doi:10.1136/bjsports-2022-105674

*outcomes within exercise paradigms and interventions will improve patient outcomes.*

Men, dette betyr jo ikke at vi skal gå vekk fra det vi allerede er gode på. Vi skal fortsatt vite at Nils med all sannsynlighet minst har en bløt Bankart. Vi skal vite hva det har å si for stabiliteten i skulderleddet. Vi skal kunne prinsippene for opptrening, enten om det er postoperativt eller om vi velger å ikke operere. Vi skal forstå Cook og Docking sitt tendinopaticontinuum (3), mekanoterapi (4) og treningsfysiologi. Vi skal kunne treningsprinsippene og ha en stor nok øvelsesbank til å individuelt tilpasse treningen.

Som et eksempel på at vi fremdeles skal være gode i det domenet av Engels modell som vi tradisjonelt har blitt utdannet i, kom nylig en stor oversiktsartikkel fra Danmark (5), der de graderte evidensen for diagnostisering, forebygging og behandling av idrettsrelaterte skulderskader.

Av plethoraen av ortopediske skuldertester er det sjokkerende få som kommer ut som spesielt gode for å in- eller ekskludere skulderskader, men vi skal jo åpenbart vite hvilke tester som er verdt å gjøre. De som har fulgt forskningen på forebyggende trening i idrett generelt og håndball spesielt har fått med seg at slike programmer har effekt, men at vi fortsatt er usikre på hvorfor de fungerer og hvilke risikofaktorer

som egentlig adresseres gjennom treningen. Det vi definitivt kan si er at vi ikke har én protokoll med øvelser eller dosering, men som da vil gi vesentlig større frihet for oss til å forme metodene etter treningsprinsipper. Vi står uansett igjen med at trening som både forebyggende tiltak og som behandling av idrettsrelaterte skulderskader har evidensen på sin side, men vi må likevel være ydmyke for at sammenligningsgrunnlaget her er henholdsvis ingen intervensjon og passive modaliteter.

Etter hvert som forskningen skriker frem, kan vi bare håpe på at Engels rammeverk får prege intervensjonsstudiene på en måte som belyser alle de tre domeneene, og at de vil bruke eksempelvis McAuliffe og kollegers sin firetrinns anbefaling for å veve domeneene sammen til det som utgjør mennesket foran oss. I mellomtiden kan du spørre Nils om hvordan han har det. Om han føler seg sosialt isolert fra miljøet og idretten han elsker. Om han synes det er tungt å stå i situasjonen han befinner seg i. Samtidig som du sender ham på MR og diskuterer strukturelle

funn med en ortoped. Det er å sette pasienten i sentrum og anerkjenne det økosystemet vi mennesker er. Det er jobben vår. Det er det som burde være en identitet.

Og forresten: det er ingen pendel.

*Se referanser/kilder side 36.*

#### WHAT IS ALREADY KNOWN

- ⇒ Shoulder injuries are very common in overhead athletes.
- ⇒ The quality of evidence related to diagnosis, prevention and treatment of the most common shoulder injuries has not been investigated.

#### WHAT ARE THE NEW FINDINGS

- ⇒ High diagnostic accuracy was observed for 10 tests covering anterior instability (apprehension test (+relocation)), SLAP injuries (Biceps Load II), biceps-complex injuries (three-pack and Yergason), and rupture of the subscapularis (internal rotation lag).
- ⇒ Shoulder injury prevention programmes showed a moderate to large effect size in reducing the risk of shoulder injuries compared with no intervention.
- ⇒ Choosing an active rehabilitation programme seems to be beneficial compared with passive modalities in reducing pain and disability.
- ⇒ Most outcomes were graded as very low to moderate quality of evidence, indicating that future high-quality research may alter our findings.

*Liaghat B, Pedersen JR, Husted RS, et al. Legg merke til at antall tester som regnes som high accuracy er relativt beskjedent, at forebyggingsprogrammene er sammenlignet med ingen intervensjon og aktiv rehabilitering er sammenlignet med passive modaliteter.*