



# «Fysioterapi kan ikke reparere en røket sene!»

Pasientsentrert tilnærming og delt beslutningstaking seiler opp som tydeligere og tydeligere hjørnesteiner i helsevesenet. Dette innebærer at pasientene er godt informert og settes i stand til å være med i beslutningsprosessene rundt deres egen helse og behandlingstiltak. I en ideell verden hadde våre anbefalinger samstemt med pasientens forståelse og forventninger, men slik er det dessverre ikke alltid. Kanskje heller litt for sjeldent.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN  
FYSIOTERAPEUT

Historisk sett kommer profesjonen vår fra en biomedisinsk modell med nære bånd til den etablerte skolemedisinen (1). Forskningen har også

primært fulgt den øvrige medisinske forskningens empiriske og kvantitative modell, hvilket nå står i kontrast til fokuset på pasientsentrert tilnærming og betydningen av den enkeltes personlige narrativ. Kvalitativ forskning er derfor kjærkomne innblikk i dette pasientnarrativet og kan gi oss verdifull informasjon om hvordan pasienter opplever ulike

aspekter i møtet med helsepersonell og delt beslutningstaking. En av de nyere kvalitative studiene på skulderfeltet ble gjort av Malliaras og kolleger (2) i artikkelen 'Physio's not going to repair a torn tendon': patient decision-making related to surgery for rotator cuff related shoulder pain.

Basert på systematiske gjennomgangsartikler kommer ikke subacromiell dekompresjon ut bedre enn placebo for behandling av rotatorcuff relatert skuldersmerte (RCRSP – Rotator Cuff Related Shoulder Pain). RCRSP er én av flere terminologier som er fremsatt for å erstatte impingement som diagnose og begrep, og det er tidligere publisert kvalitative studier som belyser hva impingementbegrepet betyr for pasienter (3). Det andre kirurgiske alternativet for RCRSP er å reparere seneruptur i rotatorcuffen, men det foreligger ikke per dags dato randomisert kontrollerte studier som sammenligner reparasjon av seneruptur i rotatorcuffen mot placebo. Likevel er forekomsten av disse kirurgiske inngrepene økende i flere land (4), og forfatterne påpeker viktigheten av å forstå beslutningsprosessen hos pasientene og hvilken informasjon de har fått vedrørende de ulike behandlingsalternativene. Det er vist at prolaps pasienter som ble vurdert til kirurgi i mindre grad valgte dette behandlingsalternativet når de var godt nok informert om de øvrige alternativene (5), og dersom det samme er tilfellet for skulderpasienter, er det derfor viktig å belyse hvor godt informerte pasientene våre er før det fattes en beslutning.

I Malliaras sin studie ble 15 personer i ulik alder og av ulike kjønn (tabell 1) som hadde blitt operert

med reparasjon av seneruptur i rotatorcuffen med eller uten subacromiell dekompresjon i løpet av de siste 12 månedene rekruttert til semistrukturerte intervjuer. Alle pasientene ble rekruttert via det samme røntgeninstituttet, og gjennom en screening over to steg, basert på radiologiske funn, klinisk presentasjon og journalrapport, ble pasienter med andre skulderlidelser som frossen skulder, artrose, massive cufrrupturer og labrumskader ekskludert. Basert på intervjuene ble det etablert seks ulike tema relatert til pasientenes beslutningsprosess:

**1. Behovet for å få det gjort: «Det var nødvendig å få løst den fryktelige situasjonen.»**

Smerte og redusert funksjonsnivå var sterke drivere i beslutningen om å la seg operere. To tredeler av pasientene beskrev en smerteproblematikk som hadde en tydelig negativ innvirkning på livskvaliteten og operasjon ble vurdert av pasientene til å være det eneste aktuelle tiltaket som kunne løse situasjonen. I pasientenes smertenarrativ ble tre temaer sentrale; smerteintensitet, smertevarighet og smertens innvirkning på pasientens liv. Ser man til Rachel Chester sin forskning er dette faktorer som predikerer utfallet av fysioterapi ved skulderplager (6,7), og da over halvparten av pasien-

tene hadde hatt smerter i over et år i tillegg til høy smerteintensitet og negativ innvirkning på livskvalitet, kan vi bedre forstå hvorfor tidligere behandling ikke førte frem og hvorfor pasientene valgte et kirurgisk inngrep.

**2. Erfaring med ikke-kirurgisk behandling: «Jeg visste at jeg hadde gjort alt jeg kunne.»**

Alle pasientene hadde forsøkt ulike tilnærminger, deriblant trening (15/15), kortisoninjeksjon (10/15) og massasje, dry-needling og/eller akupunktur (7/15). Majoriteten beskrev kun begrenset og/eller forbigående effekt, og denne manglende effekten, til tross for å ha forsøkt de ulike tiltakene, var en viktig bidragsyter i beslutningstakingen. I noen tilfeller hadde pasientene også fått beskjed av fysioterapeuten om at videre bedring av konservative tiltak var lite sannsynlig og at kirurgi var veien videre. Enkelte av pasientene opplevde en forverring av plagene etter trening og andre opplevde ingen bedring av injeksjon. Hos disse pasientene var tanken på at konservative tiltak gjorde tilstanden verre en medvirkende faktor til å velge kirurgi.

**3. Mekanisk problem: «Fysioterapi kan ikke reparere en røket sene.»**

Forståelsen av biomekanikk og hvordan kroppen henger sammen var også av betydning for beslutningsprosessen, og synet på RCRSP som et mekanisk problem relatert til rotatorcuffen var utbredt hos pasientene. To tredeler av pasientene følte at seneskaden trengte en mekanisk korleksjon og at kun kirurgi kunne tilby dette.

*“I can’t fix that [tendon tear] just by doing exercises,” ... that kind of made me make the decision a bit quicker to go ahead with the surgery. (Pasient 1)*

Utsagn som det over gjør at vi kan stille spørsmål vedrørende hvor godt informert pasientene var om den svake korrelasjonen mellom strukturelle funn i rotatorcuffen og smerte, og hvorvidt de var klar over forekom-

Table 1. Demographic data for the cohort.

	Gender	Age, yrs	Duration of pain, wks	Duration since surgery, wks	Residential location*
1	Male	71	52	13	Major urban
2	Prefer not to say	47	12	3	Other urban
3	Female	67	24	8	Major urban
4	Male	64	<52	7	Major urban
5	Female	34	28	12	Other urban
6	Female	57	52	4	Major urban
7	Female	60	52	28	Major urban
8	Male	58	>52	2	Major urban
9	Male	63	35	39	Major urban
10	Male	37	15	7	Major urban
11	Male	56	>52	>52	Major urban
12	Female	70	22	16	Other urban
13	Male	57	>52	35	Major urban
14	Male	44	31	7	Other urban
15	Female	39	>52	36	Major urban

\*Major Urban (population 100 000 or more) or Other urban (population between 1000 and 99 999) or Rural.



sten av slike funn i en asymptomatisk befolkning.

Forståelsen av RCRSP som et mekanisk problem stammet fra helsepersonell, og ble enda tydeligere etter at det forelå MR-bilder. Etter å ha blitt presentert med MR-funn som viste en seneruptur, og blitt forklart dette av helsepersonell, ble det også tydeligere for pasientene at kirurgi var eneste løsning og noen av pasientene ønsket de hadde tatt MR på et tidligere tidspunkt. Vi skal altså ikke undervurdere betydningen av billedfunn eller måten disse presenteres på, da det er tydelig at dette er av stor betydning for pasientenes beslutningsprosess.

#### **4. Tillit til medisinsk personell: «Hvis de hadde sagt at jeg måtte svelge tusen edderkopper hadde jeg gjort det.»**

Selv om tilliten til helsepersonell ble fremsatt som viktig i beslutningsprosessen var det tydelig at tilliten til kirurgen veide tyngst. Kvalifikasjonen som kirurg alene var nok for å skape tillit hos pasientene, men kirurgens renommé spilte også en rolle for enkelte. Pasientene

vurderte kirurgens renommé og kvalifikasjon mindre kritisk enn andre helseprofesjoner, og de var mer kritisk til råd fra fastlege (General Practitioner – GP) enn fra kirurgen.

Hierarkiet i helsevesenet har tradisjonelt vært bygget opp med spesialistene og kirurgene på toppen, så det at pasientenes tiltro til at informasjonen fra en ortopedkirurg veier tyngre enn den fra øvrig helsepersonell, er ikke overraskende. Mange, meg selv inkludert, har nok opplevd dette hierarkiet i praksis og opplevd at innsatsen og informasjonen man har lagt ned og gitt en pasient raskt kan viskes ut ved et motstridende budskap fra en kirurg. Dette illustrerer behovet for samhandling og en god dialog mellom oss og kirurgene vi henviser til for å sørge for en så uniform informasjonsgiving som mulig (8).

#### **5. Ulike informasjonskilder: «Dr Google spilte en stor rolle.»**

Flere av pasientene opplevde at ansvaret for å være informert om de ulike alternativene, risiko og nytteverdi lå på dem selv. De fleste brukte onlineinformasjon for å

undersøke ulike behandlingsalternativer og for å samle informasjon og spørsmål som de kunne diskutere med helsepersonell. Informasjon gitt av helsepersonell ble imidlertid tillagt mer verdi enn informasjon på nett. Anbefalinger og muntlig informasjon fra andre som hadde vært gjennom tilsvarende operasjoner ble verdsatt, og det ser ut til at pasienter søker både informasjon og betryggelse i forkant av en beslutning selv om informasjonskildene er uverifiserte og tidvis ukvalifiserte.

Et meget viktig moment er at kun halvparten av pasientene opplevde at de var informert om risikoen ved operasjon i forkant av beslutningen. Den andre halvparten mottok ikke informasjon om risiko, var misfornøyd med mengden informasjon eller var ikke videre interessert i informasjonen. Dette reiser et viktig spørsmål: Ville de valgt annerledes med bedre informasjon? Ville du latt deg operere for en meniskskade hvis du fikk vite at risikoen for artroseutvikling tredobles? Hvor vondt eller funksjonshemmende skulle tilstanden da ha vært? Ville du tatt risikoen for å utvikle en

postoperativ frossen skulder hvis inngrepet ikke vises å være mer effektivt enn placebo? Det er en interessant diskusjon vedrørende hvor mye informasjon om nytteverdi og risiko pasienter skal få, og hva de kan håndtere. Tiltroen til medisinsk personell er tross alt god, og mange ønsker at kvalifisert personell tar disse beslutningene. Jeg er for eksempel glad for at det ikke er jeg som må bestemme hvilken bærekonstruksjon huset mitt skal ha, på lik linje som jeg antar at mange pasienter er glade for at en ortoped sier ja eller nei til operasjon.

#### 6. Organisatoriske barrierer: «Forsikringen min var helt ubrukelig.»

Faktorer som kostnad, dekningsgrad på forsikring og avbrutte behandlingsforløp hos fysioterapeut grunnet flytting o.l. bidro i retning av kirurgi gjennom beslutningsprosessen. Tilsvarende kan vi se i Norge der det vil være en forskjell om helseforsikringen din dekker et operativt inngrep, om du må dekke det selv eller om du må stå på venteliste over lang tid i det offentlige. Disse sosioøkonomiske forskjellene mener jeg belyses for lite i fagfeltet vårt, dessverre, da dette er faktorer som er av stor betydning for folks helsestatus og som danner et grunn-

lag for beslutningsprosessene når det kommer til valg av behandlingstiltak. Det er i seg selv interessant hvordan den norske modellen fungerte tidligere, der du måtte dekke fysioterapi opp til frikortgrensen selv, men om du valgte operasjon var både inngrep og postoperativ oppfølging gratis. De økonomiske insentivene pekte i en klar retning, og implisitt kan det da også tolkes som at det beste behandlingsalternativet er det som subsidieres fullt og helt av staten.

*It appears that for patients, the argument that a torn rotator cuff tendon requires surgery is coherent and logical, even though it may not be true (2).*

Å bestemme seg for om en skal la seg operere på eller ikke er ingen lett avgjørelse å ta. Pasientene i Malliaras sin studie veide mange faktorer for og imot før de bestemte seg for kirurgi, og om de er relativt like de fleste andre mennesker, vil nok også de ha vektlagt fordelene tyngre enn de potensielle ulempene. Dette gjelder for øvrig også oss som klinikere, noe vi må være bevisste når vi gir informasjon (9). At kun halvparten av pasientene følte seg godt nok informert om risikoene

forbundet med operasjon illustrerer dette, og her må både vi og kirurgene kommunisere en realistisk kost:nytte ratio, slik at en eventuell beslutning om operasjon tas på best mulig grunnlag. Tydelige bidragstere i beslutningsprosessen var smerte, tidsaspekt, redusert funksjonsnivå og mislykket konservativ tilnærming. Forståelsen av RCRSP og cuffruptur ble forstått som et klart mekanisk problem som krevde en mekanisk løsning, og denne forståelsen ble ytterligere sementert av billedfunn. Det var få tegn til at billedfunnene ble kontekstualisert i lys av asymptotiske funn, utviklingen av cuffrupturer over tid og et potensielt godt utfall ved konservativ tilnærming til cuffrupturer. Dette belyser viktigheten av at når vi først velger å ta bilder hviler det et ansvar på oss til å forklare disse funnene på en god måte, og gjerne en måte som maksimerer pasientens forventninger til at tilnærmingen vi velger er den riktige.

Tilliten til oss som helsepersonell er god og informasjonen vi gir vektlegges tyngre enn informasjon fra andre kilder. Vi må vise oss tilliten verdig.

*Se referanser/kilder side 36.*

