



## Hvordan har du det – egentlig?

Vi skal jobbe i et biopsykososialt system, men vi kan vel være enige om at tradisjonen vår er forankret i det biomedisinske og at det er denne delen som vektlegges tyngst i vår tilnærming til muskel- og skjelettrelaterte plager. Fokuset på hvordan de psykososiale faktorene påvirker utfall av både fysioterapi og operasjoner burde få oss til å stoppe opp og spørre oss selv om vi egentlig adresserer det som betyr mest.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN  
FYSIOTERAPEUT

Du består RTP-testene. Du har sidelik kraft. Operasjonen var vellykket. Alle de tradisjonelle indikatorene for at du kommer tilbake peker i riktig retning. Men du er redd. Redd for å få vondt, for å skade deg igjen, for å ødelegge noe. Kanskje har du mistet motivasjonen for å drive med det du drev med? Kanskje var den bølgedalen skaden førte deg ned i såpass dyp at du følte deg deprimert for en periode? Men det er det ingen som verken spør deg om eller snakker om. Det viktigste er jo at testresultatene er bra. Eller?

Ser vi til korsbåndforskningen ser vi at de som returnerer til idretten etter

ACL-rekonstruksjon har en positiv psykologisk respons til situasjonen. De som ikke returnerer stoler ikke på kneet sitt og er redde for reskade, og det å være mentalt klar for å returnere er den faktoren som er sterkest assosiert med å komme tilbake (1). Til tross for langt mindre forskning enn på knær, er tendensen den samme når vi ser til skulder (2). Etter artroskopisk Bankartkirurgi er det rapportert at 74% ikke returnerer til idrett av årsaker som ikke kan knyttes til skulderfunksjonen, på tross av særdeles gode utfallsmål. Frykten for reskade, at de ikke stoler på skuldrene sine og bekymring for en ny rehabiliteringsprosess var de vanligste tilbakemeldingene. Så da kan man jo spørre seg om vi måler de rette tingene.

En kan argumentere for at funnene over representerer et smalt segment av pasientpopulasjonen, og at

idrettsutøvere stiller høyere krav til funksjon enn andre. Så hva skjer da når vi ser til noe som kan ramme de fleste – en albuefraktur. Her (3) så man at kinesiofobi målt innen første postoperative uke og self-efficacy målt i løpet av de 2-4 første ukene var de sterkeste predikatorene for begrensinger 6-9 måneder postoperativt. Som forfatterne selv skriver:

*Surprisingly, no clinical or injury-related factors, except complications, explained significant amounts of the variability in disability across measures at <1 week and at 2-4 weeks after injury.*

Fra samme gruppe kom det en systematisk oversiktsartikkel (4), som så på hvilke faktorer som var assosiert med uførhet etter overekstremitets-skader. De med sterkest assosiasjon var depresjon, katastrofetenking, angst, pain self-efficacy og smer-

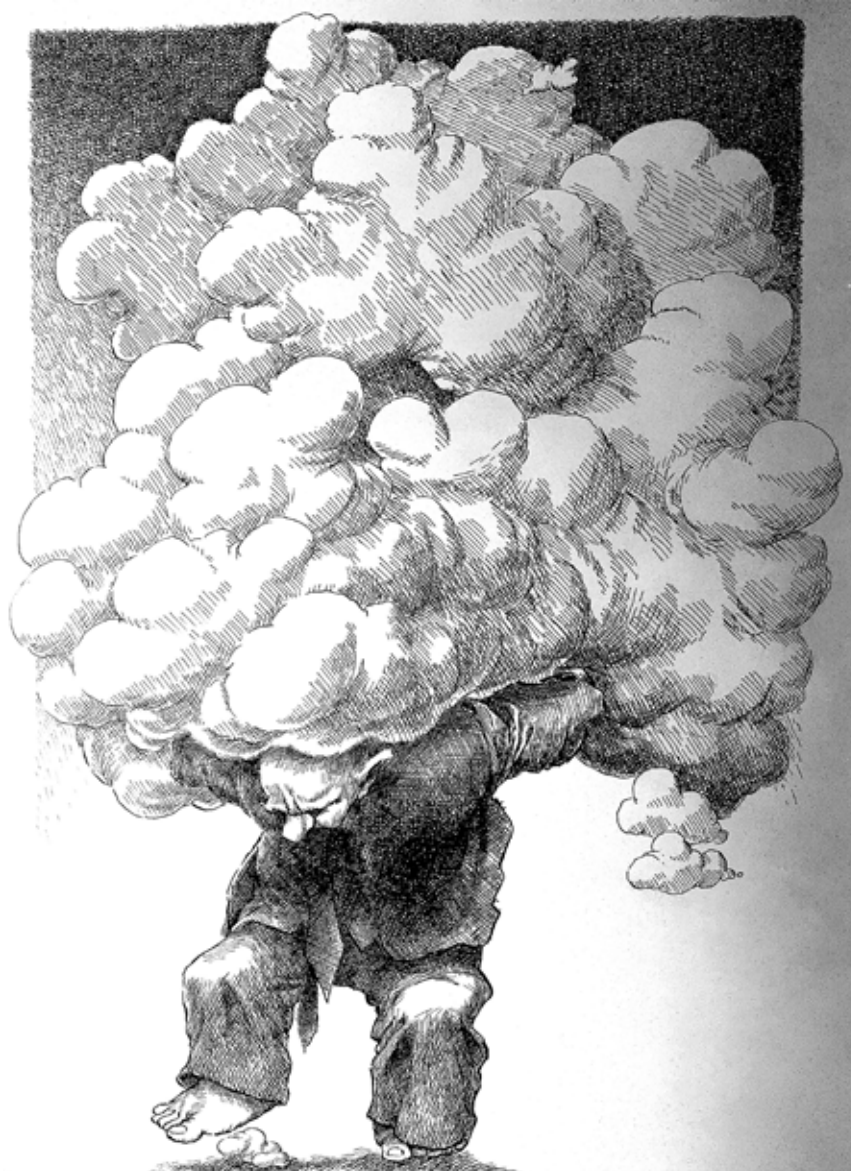
teinvolvering. Utfallsmål som ROM og skadens alvorlighetsgrad hadde svakest assosiasjon med uførhet. Mennesker er altså mennesker, idrettsutøvere eller ei.

Et fellestrekk for studiene over er jo at de undersøker akutte og traumatiske hendelser. På spørsmålet om disse psykososiale faktorene har mindre å si ved ikke-traumatiske og ikke-kirurgiske tilstander, er svaret et rungende nei. Eksempelvis viste Chester (4) at psykososiale faktorer, som pasientforventninger, grad av hvilesmerter og ingen tidligere kirurgi, betød mer enn strukturelle og kliniske funn når det kom til å predikere utfallet av fysioterapi. Våre egne Daniel Major og Yngve Røe konkluderer følgende i sin ferske prospektive kohortstudie på skulderpasienter (6):

*Higher fear of movement and emotional distress scores at baseline were significantly associated with higher disability over one year in patients with shoulder pain referred to secondary care. Our study indicates that these psychological factors affect prognosis and should be considered by clinicians and researchers working with patients with shoulder pain.*

Ved rotatorcuff rupturer påvirker psykososial status preoperativt, som depresjon og forventninger, direkte utfallet av operasjonen (7), og det er vist at mental helse betyr mer enn rupturstørrelse for smerte og funksjon (8).

Det snakkes mye om pendler som svinger i de ulike retningene mellom de tre domene som utgjør den biopsykososiale modellen, og at pendelen har svingt for langt vekk fra det biomedisinske som vi er utdannet til å jobbe i. Faktum er vel imidlertid at å dele menneskers helse inn i tre separate domener er en reduksjonistisk fantasi, og at det dermed ikke trenger å være en pendel som svinger i det hele tatt. Vi jobber med mennesker, og jeg vil påstå at menneskers plager alltid vil være et resultat av interaksjonen mellom flere ulike systemer og domener. Å anerkjenne at de psyko-



*Bildet Skybærer illustrerer godt hvordan vi alle har det til tider. Hos noen er skyen større enn hos andre, men å anerkjenne at den tyngden har mye å si for pasientene våre står frem som en markant del av faget vårt.*

sosiale faktorene betyr mye fremstår derfor åpenbart, men likevel rygger vi litt baklengs inn i denne erkjennelsen, muligens basert på historie og tradisjon og en grunntanke om hva fysioterapi skal være. Dette handler ikke om at vi skal forlate det vi er gode på for å agere som psykologer, men vi må bli like gode til å adressere disse psykososiale faktorene som vi er til å vurdere og behandle de biomedisinske. De fremstår tross alt som viktigere for smerte, funksjon og utfallet av fysioterapi, så det å ikke adressere dem fremstår som en suboptimal tilnærming i pasientbehandlingen.

Jeg ønsker meg et større fokus på disse faktorene, og flere hjelpemidler for å vurdere og jobbe med dem, i utdanningene, i klinikken og i forskningen. Gjennom å fremheve

dem, som sentrale faktorer i pasientbehandlingen, vil de bli en mer naturlig del av profesjonen og gjøre det lettere for klinikere å diskutere dem i pasientmøtene. Når vi vet hvor mye de betyr, kan vi finne metoder for å utforske dem og metoder for å adressere dem. Fremtidens pasientbehandling sies å være pasientsentrert behandling – å sette pasienten i sentrum. Eller, mennesket i sentrum. Mennesket, med alle sine biologiske, psykologiske og sosiale komponenter, i tett interaksjon. Som ikke passer inn i en boks, protokoll eller guideline, men som er et unikt individ som krever en unik tilnærming. Å jobbe med mennesker er utfordrende, men ekstremt givende. Å jobbe med mennesker er fysioterapi.

*Se referanser/kilder side 32.*