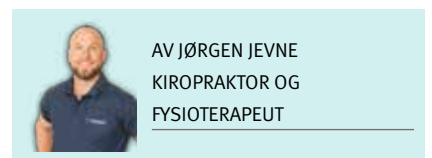


Refleksjoner rundt manuellterapiens rolle i 2023

En vitenskapelig bølge skylte innover fagene våre på starten av 2000-tallet. Fra å være tradisjonsrike fag med erfarings- og ofte mentorbasert praksisgrunnlag, skulle man over natten være vitenskapelig etterrettelig og besvare klinikkens mange vanskelige spørsmål med sterile og kalde svart-hvitt svar. Spørsmålet er om denne utviklingen har gjort både oss, og pasientene, en bjørnetjeneste?



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Manuellterapi, eller manuell behandling, har vært gjenstand for mye debatt opp gjennom årene. Selv om konsensus på ingen måte er nådd, er det allikevel en god anledning for å komme med noen refleksjoner fra en deltagende observatør. Manuell behandling er, i sin reneste form, forskjellige former for fysisk håndspåleggelse av pasienter. Ulike definisjoner vil treffe ulike klinikere, og for å gjøre det enda mer komplekst har gjerne de ulike profesjonene egne definisjoner de benytter. Medisinsk ordbok sier følgende: «behandling med fysiske metoder, f.eks. bad, varme, lys, elektrisitet, gymnastikk, bassengtrening og massasje». Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) beskriver at «utøverne bruker hendene sine til å undersøke og behandle deler av pasientens kropp manuelt - ved å massere, presse, strekke, trykke og manipulere; og/ eller de bruker forskjellige verktøy, apparater og tekniske innretninger til å behandle med.» Uavhengig av profesjonstilhørighet eller identitet, er det med andre ord åpenbart at de fleste av oss bedriver ulike former for manuell håndtering med våre pasienter daglig. Enten det er i undersøkelses- eller

behandlingsøyemed, eller begge deler. Den historiske bagasjen som følger med manuellterapi er umulig å overse.

Gitt det politiske, medisinske og praktiske klimaet, har alle de forskjellige profesjonene som vi i dag anser som utøvere av manuellterapi, forskjellig utspring og utvikling gjennom årene. Detaljert kunnskap om dette blir utenfor denne artikkelens formål, men det er umulig å diskutere moderne manuellterapi uten å anerkjenne den kulturelle bagasjen som i stor grad har formet rammeverket for hvordan de ulike profesjonene er plassert i, eller utenfor, helsevesenet den dag i dag.

Før vitenskapens inntog i moderne muskelskjeletthelse, var det nok også et større og tydeligere behov for at profesjonene (og utøverne) var mer segregert og plassert i ulike «siloer», hvor man forstod verden på forskjellige måter. Kiropraktorene gjennom sin sublaksjonsmodell. Akupunktører med meridianer. Fysioterapeuter med holdnings- og pustefokus. Osteopater med intrikate modeller og hypoteser om fascier og viscerale organer, med indirekte og direkte påvirkning av muskel- og skjelettsymptomer. Da man levde i tid hvor det allikevel ikke ble stilt så mange spørsmål, var det nok også i større grad plass til disse forskjellige innfallsvinklene. Med vitenskapens inntog i praksisen vår, har disse skillelinjene blitt gradvis visket ut. De fleste kolleger, uavhengig av profesjon, vil føle sterkere eller svakere tilhørighet til den historiske bagasjen. Mange vil anerkjenne at våre forbilder, mentorer og guruer fra midten av 1900-tallet gjorde så godt de kunne med kunnskapen de hadde til rådighet, men ikke lenger lar 70 til 100 år gammelt tankegods være rettesnorer for hvordan man forstår faget i 2023. Kolleger som er utdannet i det 21. århundre har hatt et gjennomgående mye større, dypere og tydeligere fokus rundt det vitenskapelige fundamentet for yrkesutøvelsen, hvor man i dag benytter vitenskapelige metoder for å forsøke og besvare mange av de



Manuellterapi beskrives som at «utøverne bruker hendene sine til å undersøke og behandle deler av pasientens kropp manuelt - ved å massere, presse, strekke, trykke og manipulere»

vanskelige spørsmålene som dukker opp i klinisk praksis. I min fortid som kiropraktorstudent fikk jeg en gang høre det tvilsomme rådet «when in doubt, always adjust», som jo må være så nært diametral motsetning til vitenskapelig praksis som det er mulig å komme. Faget, og fagene, har med andre ord utviklet seg videre, i stor grad takket være vitenskapelig metode.

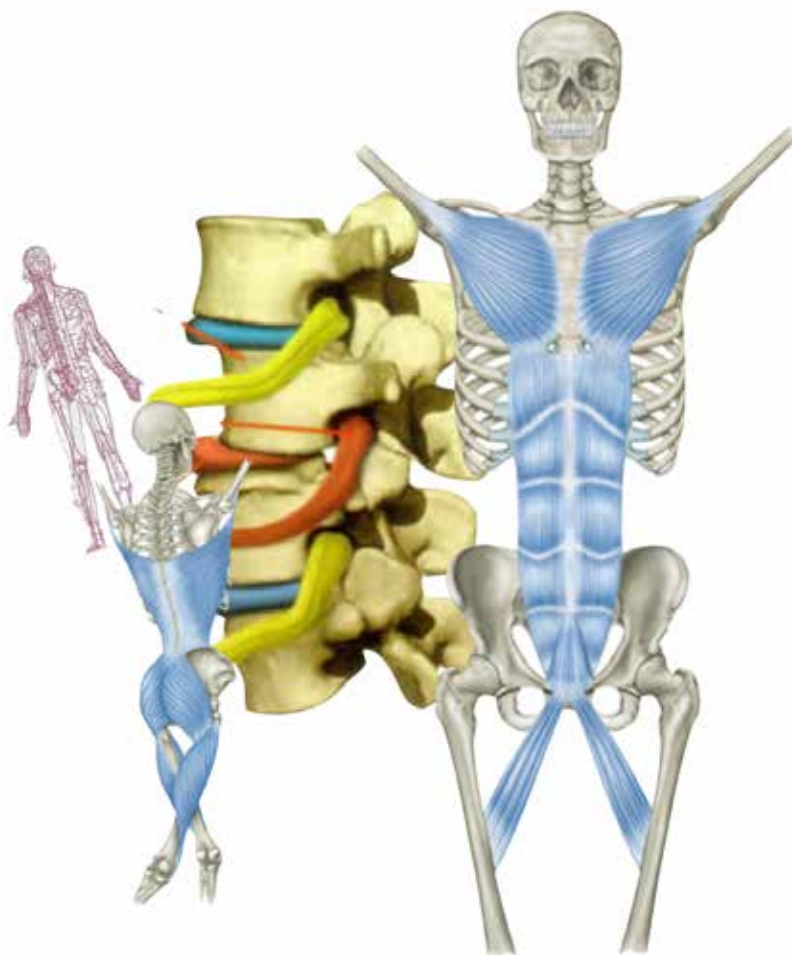
Vitenskapsbølgen

Utover 2000-tallet tiltok det vitenskapelige fokuset. Nærmest

over natten skulle ikke lenger komplekse spørsmål bli besvart med at «jeg lærte det på et kurs med en amerikaner», men i stedet gjennom knallhard vitenskapelig analyse. Muskelslynger, weak-links, anatomy trains og triggerpunkter ble byttet ut med statistisk signifikans, p-verdier, randomiserte kontrollerte studier, systematiske gjennomganger og kunnskapsbasert praksis. For første gang ble vi møtt med «X virker ikke» eller «Y har ingen effekt sammenlignet med Z». Denne utviklingen gikk raskt, og

utkrystalliserte et stadig tydeligere skille mellom det «vitenskapelige» og «alternative». Dette illusoriske skillet lever i beste velgående, ofte basert på helt forkvaklede prinsipper, men man forsøker etter beste evne å plassere fagutøvere (og profesjoner) i homogene båser og grupperinger.

En viktig katalysator for utviklingen av muskelskjelettfagene, var fremveksten av studier på placebokirurgi. Ortopedisk kirurgi hadde inntil disse studiene ble publisert vært å anse som gullstandarden i våre fag. Når alt annet feiler, kan du alltid operere for å få bukt med symptomene. Moseley publiserte i 2002 det som var starten på en snøball som etter hvert begynte å rulle [1]. For første gang, innenfor muskelskjelettfeltet i det minste, ble det vist at pasienter som ble utsatt for en placebooperasjon hadde like godt klinisk utfall som pasienter som fikk en reell operasjon. Etter hvert som tiden har gått, har flere studier blitt publisert, blant annet på skulder [2-4] og kneområdet [5-8], og kunnskapsoppsummeringer har generelt vist at effekten av kirurgi, spesielt på subjektive smerteopplevelser, er sterkt overdrevet [9-12]. Dette har på sin side gjort at klinikere, og spesielt fysioterapeuter, har fattet interesse for sin egen grunnstein, treningsterapi, samt hvordan denne intervensjonen står seg i forhold til mer invasive alternativer. Ikke overraskende kan også disse intervensjonene i stor grad sidestilles, eksemplifisert igjen av skulder- og kneområdet, som er de hyppigst undersøkte [13-15]. Proporsjonalt med antall studier som viste at treningsterapi var et godt, trygt og effektivt alternativ til invasiv kirurgi, økte også selvtilliten til klinikere som tilbød dette tiltaket. «Exercise is Medicine» ble den nye vitenskapelige tsunamien, som skylte innover faget gjennom 2010-tallet. Og parallelt med at pasientene skulle opp fra sofaen og inn på treningsstudioet, ble manuellterapi i sine mange former skjøvet til siden. Pasientene skulle aktiviseres og ansvarliggjøres. De skulle ta



Historisk bagasje fra de ulike profesjonene; meridianer, vertebrale subluksasjoner og fasciesystemer

helsen sin tilbake og være aktivt deltagende i sin egen rehabilitering og forme sin egen vei tilbake til livet. Delt beslutningstaking ble det nye «buzzordet» [16], og passive behandlingsformer ble nærmest et skjellsord i bransjen, hvor man anså tiltakene som avhengighetsskapende, kalde, upersonlige og ineffektive. Snøballen har sluttet å rulle nå. Mange spørsmål er besvart. Men hvor mye klokere er vi? Og hvor står vi nå?

n=1

En matematisk orientert leser vil raskt legge merke til det åpenbare paradokset vitenskapen har gitt oss. Hvis vi godtar premisset om at placebokirurgi i mange tilfeller sidestilles med faktisk kirurgi, og videre premisset om at treningsterapi i mange tilfeller sidestilles med kirurgi, så får vi følgende regnestykke:

Placebokirurgi = faktisk kirurgi
Faktisk kirurgi = treningsterapi
Placebokirurgi = faktisk kirurgi = treningsterapi
Treningsterapi = placebo

Det finnes altså ingen åpenbar grunn til at man ikke skal betrakte treningsterapi som en form for placebointervensjon, på samme måte som placebokirurgi. Så vil naturligvis treningsterapi i sine forskjellige former ha systemiske effekter på kroppen som system [17] og dermed ha en helt annen risikoprofil, noe som gjør det lettere å anse som førstevalget. Men skal man først la den vitenskapelige etterretteligheten være rettesnoren for moderne praksis, må de samme spillereglene følges. Og her farer, mildt sagt, treningsterapi mindre favorabelt enn hva mange fysioterapeuter tror [18,19]. For eksempel gjorde Bennell en studie i 2014 hvor pasienter med

hofteartrose ble randomisert i to grupper; 1) aktiv intervensjon, som bestod av hjemmetrening i 12 uker kombinert med manuell behandling og rådgivning 2) placebogruppe, som fikk behandling med en avslått ultralydmaskin og en gel (uten aktive virkestoffer) de skulle smøre rundt smerteområdet. For den treningsivrige terapeuten burde det gå kaldt nedover ryggen når man leser konklusjonen på denne studien: Ingen forskjell i verken smerte eller funksjon ved kontroll etter 6 mnd. Forsvarstalen vil, som vanlig, være at treningsintervensjonen ikke er godt nok utformet eller at compliance er for dårlig. Dette kan naturligvis stemme, men samtidig pirker nok også disse studiene borti ubehagelige sannheter som vi helst feier under teppet.

Og denne ignoransen tar oss videre til neste veikryss: effektstørrelsene. «Tren vekk den smertefulle artrosen» lyder narrativet fra Aktiva og Godt Liv med Artrose (GLAD). Den akademiske selvtillitsboosten fysioterapien har fått gjennom to tiår med placebokirurgiforskning har medført et relativt arrogant



For mer inspirasjon og refleksjon, lytt til disse to episodene på podcasten VONDT

forhold til hvor verdifullt tiltaket er på individnivå. Sannheten er mer komplisert, og de randomiserte kontrollerte studiene viser tvert i mot at effektstørrelsene etter langvarig treningsinnsats er helt beskjedne [20-23]. Dette burde gjøre at narrativet forandres til å være mer ydmykt og ærlig, hvor man presenterer hva treningsterapien er i stand til å tilby av både funksjonsforbedring og smertelindring. Ofte snakker

man ofte om to til tre punkter på en ti-punktsskala, som naturligvis er både viktig, relevant og ikke minst akademisk statistisk signifikant, men man ender med en konklusjon som er milevis vekk fra oppfattelsen om at du «kan trene artrosen din vekk». Spør deg selv om du er villig til å trene tre ganger i uken med de samme øvelsene, halvannen time per treningsøkt, i 12 uker for å redusere knesmerten din fra 5 til 3 på en VAS-skala?



En ortopedisk test (her: Hawkin-Kennedy) må også betraktes som en form for manuell håndtering

Gjennom denne vitenskapelige skittentøysvasken, kommer vi ut i 2023 klokere og mer bestemte på veien videre. Samtidig burde vi også være mer ydmyke og åpne for å diskutere nyansene i faget. Vi lander derfor nå kanskje tydeligere enn før på $n=1$ og det vi kan kalle «personalized medicine», eller individbasert terapi. Hvem er pasienten foran deg? Hvilke komorbiditeter har hen? Hvilke barrierer og belastninger? Ønsker og preferanser? Ressurser og muligheter? Hva vil hen tilbake til, og hva står i veien for å nå dette målet? Hvor mye tid har hen til å investere i terapi, både økonomisk og praktisk? Hvordan er treningsbakgrunnen, om noen?

Dessverre vil ofte pasienten foran deg ikke engang være representert i forskningen du har lest for å informere praksisen din. Pasientene i studiene har ofte så strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier at studiepopulasjonen ikke er i nærheten av den pasienten du har på kontoret. Akademisk er dette både riktig og nødvendig, mens det i klinisk praksis kan bety at din intuisjon og erfaring i mange tilfeller blir mer relevant å benytte enn den randomiserte kontrollerte studien. Forskningen må informere og veilede klinisk praksis, men det kan aldri bli en kokebok hvor du kan sette på autopilot og forvente de samme resultatene for alle. Pasienter er individer, og individer er komplekse. Og de behøver ikke å være i nærheten av de du leser om i forskningsrapportene.

Ut av skyggen

Stadig flere forfattere tar til orde for å oppdatere og forandre måten vi håndterer ikke-traumatiske muskelskjelettilstander på [24,25]. I dette ligger det også implisitt at pasienter er forskjellig og behøver mer individualisert tilnærming. En tilbakevendende faktor i moderne håndtering av muskelskjelettplager er å bli kjent med individet foran deg. «Advice and education» som det så fint heter akademisk, men i praksis snakker vi om å dyrke de relasjonelle ferdighetene [26]. Samtidig er manuellterapi,

sammen med eksempelvis trening, yoga, mindfulness og kognitiv atferdsterapi ofte med som anbefalinger i kliniske retningslinjer, dog som underordnet til de primære tiltakene [27], men likefullt vurdert som verdifulle tilskudd til håndteringen. Ut av skyggene kommer derfor manuellterapi på banen i 2023. Ikke likt som i 1953, hvor man dyttet virvler på plass for å sørge for homeostase i kroppen gjennom en overbevisning om at virvelen er subluskert, men som en liten del, en puslespillbrikke, i håndteringen av en pasients reise tilbake til det livet hen ønsker å leve. I dette ligger det en ydmykhet og respekt for at pasienter er forskjellig og at treningsterapi som primærintervensjon ikke lenger bør tilbys ukritisk som det eneste riktige i håndteringen av komplekse muskelskjelettsymptomer. I stedet kan manuell håndtering i denne optikken anses som enda et relasjonelt verktøy, hvor man bruker håndspåleggelse og «therapeutic touch» som et kommunikasjonsverktøy, for å bli bedre kjent med pasienten foran seg. På samme måte vil man, selv om man ikke engang identifiserer seg som utøver av manuellterapi, være nødt til å reflektere rundt bruken av hendene som en del av praksisen i undersøkelsesøyemed. De fleste av oss gjør tradisjonelle kliniske tester, palpasjonsvurderinger og leddutslagsmålinger, og det er min overbevisning om at vi er tjent med å gjennomføre disse på en så profesjonell, trygg og overbevisende måte som mulig, for å i større grad kunne danne en (terapeutisk) allianse med våre pasienter.

Fremtidens manuellterapi

Vi beveger oss inn i en ny verden og en annen fremtid. Sosiale medier, algoritmer, ekkokamre og ChatGPT. Kunstig intelligens og dehumanisert medisin. Mye tyder på at medisinen slik vi kjenner den vil forandre seg fra å være personlig mellom mennesker, til å dreie seg stadig mer om robotteknologi og datamaskiner. Hvorfor skulle et menneske med feilkilder, våkennetter og koffeinavhengighet

sitte å lese røntgenbilder til kl. 02:00 på natten, når en robot kan jobbe i månedsvis uten verken søvn, mat eller kaffe? Og det uten så mye som en feilvurdering. På noen områder fremstår det åpenbart som en styrke, mens på andre områder lyser varsellampene. Vil fastlegen bli erstattet av en legerobot på kontoret hvor du puster inn i et rør, får en blodtrykksmansjett rundt overarmen og en blodprøve fra fingeren – og tre minutter senere får du diagnosen på et stykke papir og en resept på riktig medikament?

Vil dette gjøre oss friskere?

På samme måte som sosiale medier har skapt mer sosial ulikhet, er det nærliggende å tenke at dehumaniseringen av medisinen vil kunne skape tilsvarende problemer i våre fag. I en verden hvor stadig flere vil føle avstand og isolasjon, burde det fortsatt være rom og behov, kanskje større enn før, for relasjonelle ferdigheter og håndspåleggelse som en del av fagutøvelsen. For å sitere manuellterapeut Svein Kristiansen: «Man behøver ikke forandre intervensjonen, men forklaringen.» I kraft av dette er det nærliggende å tenke at de relasjonelle ferdighetene vil seile frem som de åpenbare drivkreftene i moderne muskelskjelettpraksis og viske bort behovet for å snakke om spesifikke effekter av manuellterapi. Det er ikke teipingen, trykkingen, knaingen eller knekkingen som er intervensjonen. Du er intervensjonen. Og manuellterapi kan (og bør?) være en del av intervensjonen.

Skepsisens falitt

Denne forfatteren har nå femten år i bransjen som fysioterapeut og kiropraktor. Gjennom denne tiden har jeg vært vitne til opplysningsprogrammer på TV, debatter i beste sendetid, avisartikler og bøker som omhandler skepsis. Skepsisen har (som oftest) forsøkt å tegne et tydelig skille mellom skolemedisinen på den ene siden og «det alternative» på andre siden. Det er jo åpenbart at man som autorisert helsepersonell i Norge med 3-5 års utdanning på



Fremtidens kliniker vil måtte forholde seg til manuellterapi i en eller annen form.

høgskole eller universitet ønsker å være på den riktige siden av streken i denne høyst spekulative fremstillingen. Men som denne teksten understreker, er ikke bildet så svart-hvitt som skeptikerne vil ha det til. Skolemedisinen er, med akademiske øyne, på ingen måte så stueren som en skeptiker vil ha det fremstilt som. Vi bruker usannsynlige summer på statsbudsjettet til å finansiere invasive inngrep, medikamenter og håndtering av muskelskjelettplager, med et dokumentasjonsgrunnlag som enten er a) helt fraværende

eller b) ikke-favorabelt. Det er med andre ord en høyst tvilsom fasit som benyttes for å lage skillet mellom rett og galt. Når det er sagt, så er skepsis i sin reneste form bra. Det er nødvendig å stille vanskelige og vonde spørsmål for å forstå bedre, og for å komme videre. Men det fordrer at skepsisen foregår med et genuint ønske om å forstå verden bedre og for å reflektere rundt svarene som gis. Det har ikke vært iboende egenskaper hos skeptikerkretsene innenfor muskelskjelettfaget. For å sitere klimaforsker Bjørn Samset i sin bok «2070»:

«[Klima]skepsis starter med andre ord fornuftig. Spørsmål er bra. Skepsis også. Det blir først et problem når spørsmålene ikke springer ut fra en faktisk interesse for svaret.»

Jeg håper at jeg gjennom denne teksten har vist jeg har interesse for begge deler.

Se kilder/referanser side 36