

# Hvor redd er du for at....?

Før sommeren holdt jeg et foredrag der jeg diskuterte hvordan psykososiale faktorer påvirket utfallet av skulder- og albuekirurgi. Under foredraget spurte en av deltakerne hva vi skulle se etter. Hva skulle vi spørre om for å identifisere faktorene som vi skulle adressere i det videre forløpet? Og det er jo et godt spørsmål.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN  
FYSIOTERAPEUT

«Hvor redd er du for at disse plagene forverres av fysisk aktivitet på en skala fra 0-10?»

Dette spurte man pasientene om i Daniel Major og kollegers prospektive kohortstudie på skulderpasienter (1). De stilte nettopp det spørsmålet fordi de ønsket å se på hvilken betydning bevegelsesfrykt (kinesiofobi) og emosjonelt stress hadde på prognosen for skulderpasienter. Bakgrunnen for at de ønsket å se på nettopp dette, er interessant. Først og fremst er det viktig å få frem at 40-50 % av skulderpasienter fremdeles rapporterer plager 6-12 måneder etter å ha oppsøkt hjelp. Disse pasientene vet vi ikke helt hva vi kan tilby, noe som vises gjennom Mikkel Clausen sin SExSI-trial (2), der halvparten av pasientene ikke oppnådde et akseptabelt symptomnivå (PASS). Som forfatterne selv skriver:

*Moreover, with current nonoperative care, approximately half of the patients did not achieve the PASS at 4 months, which is the time point when surgery has traditionally been considered, and future research is needed to understand how treatment can be optimized for this large group of patients.*

I en Twitterdiskusjon som fulgte publikasjonen, spurte Jørgen Jevne hva man så for seg å gjøre med denne pasientgruppen, og han fikk til svar «patient centered care and guidelines». At dette svaret ikke

er dekkende, er ganske åpenbart. Guidelines baserer seg som kjent på beste tilgjengelige forskning og erfaringsbasert praksis, men det er også ekstremt brede koster å male bildet med. Hadde guidelines fungert etter planen, burde i det minste ikke halvparten av skulderpasientene fremdeles oppleve symptomer 4-12 måneder etter at de oppsøkte hjelp. Og dersom vi i det hele tatt skal nærme oss å arbeide pasientsentrert, er vi simpelthen nødt til å bli kjent med mennesket foran oss.

Prognostiske faktorer for skulderplager er fremdeles uklart, men mer og mer forskning peker mot at psykososiale faktorer er svært betydningsfulle. Blant disse finner vi eksempelvis hvor lenge symptomene har vedvart, smerteintensitet ved baseline, tidligere skulderepisoder og funksjonsproblemer ved baseline (1). Alle disse faktorene er naturlige å snakke med pasienten om, da de i stor grad er en del av den menneskelige gåten som møter oss på kontoret hver dag. I Martinez sin systematiske oversiktsartikkel fra 2018 (3), fremsatte de også emosjonelt stress, kinesiofobi, fear-avoidance og katastrofetenkning rundt smertesituasjonen som faktorer som er bidragsytende til å forlenge skulderplagene.

Så, bakteppet for Major og kollegers undersøkelse, var den økende kunnskapsmengden rundt psykososiale variablers innflytelse på prognosen for langvarige skuldersmerter. Den negative spiralen der smerte fører til unnvikelsesatferd, som igjen fører til økt emosjonelt stress, som igjen fører til økt smerte og redusert funksjon, er viktig å forstå for å kunne hjelpe pasienter å bryte ut av den.

Målet med forskningsprosjektet var å belyse om kinesiofobi og emosjonelt stress var barrierer for bedring og om de var prognostiske faktorer, og hypotesen var at høyere score for både kinesiofobi og emosjonelt stress ved baseline ville være assosiert med en høyere funksjonsnedsettelsesscore gjennom oppfølgingsåret. For å gjøre en lang historie kort:

*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.*

Jeg er ikke overrasket. Og det er sannsynligvis ikke du heller, dersom du har fulgt litt med på forskningen som er gjort de siste årene. Og dersom du har fulgt litt med i egen praksis, er du nok ikke overrasket da heller. Det er jo noe med disse pasientene. Noe som gjør at du tenker ditt, og lurer litt ekstra på hvordan de har havnet i denne situasjonen. Og det er her spørsmålet jeg fikk er så viktig: «Hva skal vi spørre etter?»

«Hvor redd er du for at disse plagene forverres av fysisk aktivitet på en skala fra 0-10?», er jo en god start. Det samme er HSCL-25 (se vedlagt skjema). Og om du ikke er så glad i skjemaer, så ta en kikk på spørsmålene og bruk dem aktivt. I ishockey bruker man begrepet «cycle the puck» om pasningene som går mens man venter på en åpning. Vi kan også tenke at dialogen mellom oss og pasienten er som å slippe pucken

### Hvordan har du det?

Når smerter og andre plager har vart en tid, blir en gjerne sliten og oppgitt. Dette gir ofte slike plager som nevnt nedenfor. Samlet blir disse her brukt som mål på at en er legemlig og psykisk presset. Vurder hvor mye hvert symptom har vært til plage eller ulempe for deg de siste 14 dagene (til og med i dag). Sett ring rundt tallet som passer best. Husk å sette en ring rundt aktuelt tall for hver plage/hvert symptom.

(sett ring rundt tallet)	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn.	1	2	3	4
2. Føler du deg engstelig.	1	2	3	4
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs.	1	2	3	4
4. Nervøs eller urolig.	1	2	3	4
5. Hjertebank.	1	2	3	4
6. Skjelving.	1	2	3	4
7. Føler deg anspent eller opphisset.	1	2	3	4
8. Hodepine.	1	2	3	4
9. Anfall av redsel eller panikk	1	2	3	4
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig	1	2	3	4
11. Føler deg slapp og uten energi.	1	2	3	4
12. Anklager deg selv for ting.	1	2	3	4
13. Har lett for å gråte.	1	2	3	4
14. Tap av seksuell interesse/opplevelse.	1	2	3	4
15. Dårlig appetitt.	1	2	3	4
16. Vanskelig for å sove.	1	2	3	4
17. Følelse av håpløshet mht. fremtiden.	1	2	3	4
18. Føler deg nedfor.	1	2	3	4
19. Føler deg ensom.	1	2	3	4
20. Har tanker om å ta ditt eget liv.	1	2	3	4
21. Følelse av å være fanget.	1	2	3	4
22. Bekymrer deg for mye.	1	2	3	4
23. Føler ikke interesse for noe.	1	2	3	4
24. Føler at alt krever stor anstrengelse.	1	2	3	4
25. Føler at du ikke er noe verd.	1	2	3	4

HSCL-25



**Nyutdannet eller erfaren fysioterapeut med sans for kreativ tankegang og tverrfaglig samarbeid er velkommen til å begynne hos oss!  
Helst så snart som mulig.**

Du overtar en godt opparbeidet praksis.

Vi er 5 fysioterapeuter, fotpleier i Romerike Helsebygg  
Dampsagveien 2E Lillestrøm  
([www.romerikehelsebygg.no](http://www.romerikehelsebygg.no))  
– rett ved tog og buss i sentrum.

Lyse, romslige behandlingsrom og stor treningssal. I bygget er også andre helseprofesjoner, så tverrfaglig samarbeid med kiropraktorer, fastleger, psykologer, gynekologer er mulig.

*Søknad sendes:*  
[post@romerike-fysioterapi.no](mailto:post@romerike-fysioterapi.no).

*Nærmere opplysninger?*  
Ring 63897080 og spør etter Anita eller Linda.

frem og tilbake gjennom ulike spørsmål mens vi venter på åpningen. Åpningen som gjør at vi kommer litt dypere inn og forstår mennesket med skulderplager litt bedre.

Og det er jo nettopp det som er poenget med å ha disse samtalene – å forstå mennesket foran deg litt bedre, for å kunne tilpasse oppfølgingen deretter. Trening er jo fremsett som «det beste vi har» av tiltak, men med tanke på effektstørrelsene, kan vi vel si at det ikke er godt nok som enkelttiltak. Kanskje er noe av problemet med å foreskrive trening som medisin at vi også her har hatt et biomedisinsk fokus? At det har vært viktigere å diskutere om cuffsenene responderer bedre på tung belastning med få repetisjoner enn det motsatte, fremfor å diskutere om treningen bidrar til å fremme eller redusere bevegelsesangsten? I Jared Powells ferske

scoping review “You have (rotator cuff related) shoulder pain, and to treat it, I recommend exercise.” I A scoping review of the possible mechanisms underpinning exercise therapy løfter han frem nettopp dette og påpeker at de biomedisinske mekanismene dominerte med 95 % av de foreslåtte mekanismene, mens de psykososiale var sparsomt representert. Det gir intuitivt mening at dersom vi klarer å identifisere de pasientene som presenterer seg med økt grad av bevegelsesfrykt og emosjonelt stress, så vil vi også kunne tilpasse treningen på måter som adresserer dette. Trening og bevegelse som eksponeringsterapi er kanskje det beste tiltaket vi har, men vi må vite hva vi skal eksponere for og med hvilken intensitet. Vi må være dyktige i kommunikasjonen slik at vi rekonseptualiserer hva smerteresponsen betyr og åpner opp for Louis Giffords målsetting om

å gjenvinne «painless, thoughtless and fearless movement».

I forrige utgave skrev jeg at jeg ønsket meg et større fokus på de psykososiale faktorene, deres rolle i forløp og prognose, og at jeg ønsket meg flere hjelpemidler for å vurdere dem og arbeide med dem. Daniel Major og hans dyktige kolleger har gitt noen konkrete råd angående dette, og det rettes en stor takk til de for å løfte frem denne delen av fagfeltet. Så får vi håpe at vi i fremtiden blir enda bedre til å se sammenhengene mellom det vi nå skiller som biomedisinske og psykososiale faktorer, men som i realiteten ikke kan skilles fra hverandre i den komplekse organismen som utgjør mennesket foran deg.

*Se referanser/kilder side 36.*