



SILOFORSKNING

Riv bunnen ut av siloene!

Muskelskjelettsmerter øker i et så stort omfang at det ikke lenger er mulig å ignorere. Heldigvis har også forskerne kommet ut fra akademias bortgjemte hjørner og adresserer problematikken for et større publikum. Det neste skrittet vil nå være å få klinikere og pasienter til å forstå hvordan man kan bruke den generelle muskelskjelettforskningen til å håndtere den enkelte pasient uavhengig av hvor smertene sitter. Vi forstår nå heldigvis at mange domener i forskningen er overlappende og at en skulder-, hofte- og ryggpasient i stor grad kan tilnærmes på samme måte. Det er på tide å slutte og tenke på muskelskjelettsmerter som isolerte lidelser og rive gulvet ut av siloene.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Metaforen om siloene kommer fra et imponerende forskningsteam med J.P. Caneiro i spissen [1]. Forskerne publiserte i oktober 2019 en leder i British Journal of Sports Medicine med den fengende tittelen «It is

time to move beyond «body region silos» to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice». Artikkelen kommer i stor grad som en reaksjon på utviklingen vi ser innen feltet. Vi klarer ikke, på tross av økt innsats, å håndtere den økende byrden av muskelskjelettplager i befolkningen.

Flere helsepersonell, bedre helse?
Etter som tiden går ville det være

forventelig at vi fikk flere helsepersonell, mer og bedre forskning og at vi ble flinkere til å implementere denne forskningen i håndteringen av pasienter. På denne måten ville vi kunne utføre effektive, bærekraftige, evidensinformerte tiltak som ville ha stor betydning for den enkelte pasient på individnivå og på befolkningen på populasjonsnivå. Dessverre så forteller epidemiologiske data en annen historie. Vi har

riktignok blitt mange flere helsepersonell de siste 30 årene, og man har sett nærmest eksponentiell vekst i leger, kiropraktorer, fysioterapeuter, naprapater, osteopater, massører og personlig trenere. Paradoksalt nok ser vi at sykdomsbyrden på tilstander som disse faggruppene hevder å behandle øker proporsjonalt med antall utøvere. Dette gjør at man er nødt til å stille seg spørsmålet om flere helsepersonell i seg selv er en faktor i den økende sykdomsbyrden [2-5]. Nå ser man også i tankevekkende ledere i anerkjente tidsskrifter, at det som i stor grad anses som «best practice» er å avlære pasienter det vi har brukt årevis på å etablere som bakgrunnsforståelse i befolkningen [6,7]. Det som en gang var etablerte sannheter for oss har blitt inngrodd (mis)oppfatninger i

befolkningen som vi nå må forsøke å forandre. Dette må kunne sies å være ganske kritisk, både for oss som fagutøvere og for pasientene!

Organisering i siloer

Tradisjonelt har muskelskjelettfeltet vært delt opp i «tilstandssiloer», underforstått at man i stor grad har latt praksis formes rundt forståelsen på dette bestemte området. Vi har egne hofte-, skulder- og knekonferanser. Egne retningslinjer for nakke, korsrygg, skuldre og knær. Vi har klinikere og spesialister som hevder dybdekunnskap på dette ene området av kroppen. I flere år har det allikevel tegnet seg et bilde av overlappende domener av muskelskjelettproblemer som har relevans uavhengig av hvor i kroppen smertene sitter. En nylig

publisert systematisk gjennomgang [8] har funnet 11 konsekvente funn fra kliniske retningslinjer som kan fungere som en overordnet, generell rettesnor for forståelsen av muskelskjelettplager uavhengig av region (se bilde fra FFMT).

Kunnskapen vi nå har fått gjennom de siste tiårene med forskning viser at mange pasienter med langvarige og funksjonsnedsettende muskelskjelettsmerter er ko- og multimorbide og har tilstander som ikke lar seg behandle eller kurere med tradisjonelle behandlinger. Tvert i mot må vi bevege oss vekk fra en forståelse hvor man «fikser» tilstander som ikke er mulige å «fikse». Tilstandene er ofte komplekse og med en myriade av faktorer som påvirker hverandre, inkludert genetiske, psykologiske, fysiologiske, sosiale og biomedisinske domener. Epidemiologisk forskning har også vist at de fleste pasientene har svingende symptomer og svært få opplever vedvarende symptomfrihet etter å ha hatt et komplekst smertesyndrom over lengre tid. På bakgrunn av dette har det i lengre tid vært foreslått at langvarige muskelskjelettplager bør vurderes på linje med andre komplekse livsstilssykdommer. For eksempel når en person presenterer med ikke-insulinkrevende diabetes (Diabetes Type II), vil beste praksis innebære at klinikerne opptar en sykehistorie og gjør en fokusert undersøkelse for å verifisere riktig diagnose. I samme prosess kartlegges pasienten ut fra et biopsykososialt perspektiv, slik at man gjennom pasientsentrert oppfølging omfavner alle domene som individet påvirkes av. Herfra ville man informere pasienten via pasientundervisning, rådgivning og pasientsentrert kommunikasjon. Man ville i samråd med pasienten legge en plan for langvarig håndtering av tilstanden. Denne planen vil typisk innebære å fremheve viktigheten av gode søvnrutiner, ernæring og kosthold, stressmestring og eventuelt røykestopp/-reduksjon. Man ville understreke viktigheten av selvhåndtering av tilstanden og gjennom et adekvat, progrediert øvelsesprogram gi pasienten aktive mestringsstrategier. Med i prosessen hører naturligvis også en drøfting av farmakologisk behandling. Lignende tilstander ville følge tilsvarende

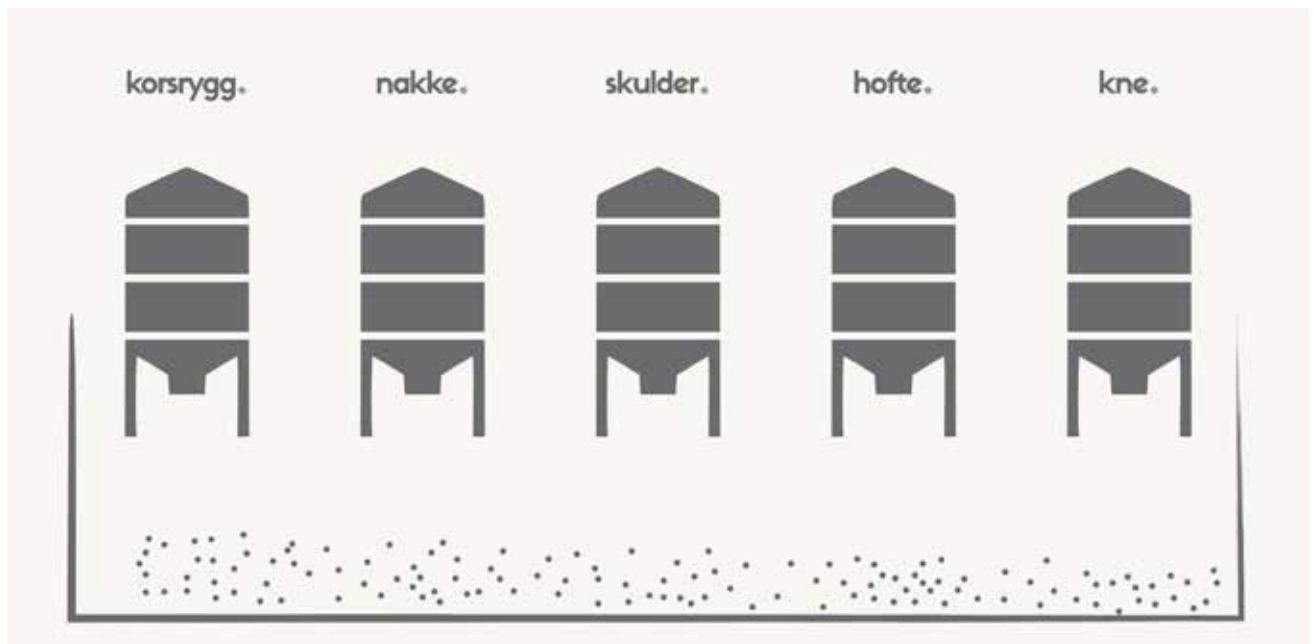
11 konsistente anbefalinger på tvers av muskel- og skjelettlidelser (MSK) fra kliniske retningslinjer

- Behandlingen bør være pasientsentrert. Det vil si en behandling som responderer på den individuelle konteksten til pasienten, bruker effektiv kommunikasjon og bruker felles beslutningsprosesser.
- Screen pasienter for å identifisere de som har høyere sannsynlighet for alvorlige patologiske tilstander (røde flagg).
- Vurder psykososiale faktorer.
- Fraråd radiologisk bildediagnostikk med mindre:
 - Det er mistanke om alvorlig patologi.
 - Det har vært utilfredsstillende svar på konservativ behandling eller uforklarlig progresjon av tegn og symptomer.
 - Det er sannsynlig at det vil endre behandlingen.
- Gjør en fysisk undersøkelse, som kan inkludere nevrologisk screening, vurdering av bevegelse og/eller muskelstyrke.
- Pasientens fremgang bør bli evaluert ved å inkludere bruken av utfallsmål.
- Gi pasientene undervisning/informasjon om deres tilstand og behandlingsmuligheter.
- Bruk en tilnærming som adresserer fysisk aktivitet og/eller trening.
- Bruk kun manuell terapi som et supplement til andre kunnskapsbaserte behandlinger.
- Med mindre det er spesifikt angitt (for eksempel røde flagg tilstander), tilby evidens-informert ikke-kirurgisk behandling før operasjon.
- Fasilitere opprettholdelse eller gjenopptakelse av arbeid.

Lin I, Wiles L, Waller R, et al What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review *Br J Sports Med* Published Online First: 02 March 2019. doi: 10.1136/bjsports-2018-099878



Infografikk fra Faggruppen for Manuellterapi (Lin, 2019)



Forskning har vært organisert i siloer, men det er overlappende domener uavhengig av hvilket område av kroppen forskningen har vært gjort på

forløp og ses for eksempel ved håndtering av astma og høyt blodtrykk. I disse tilfellene snakker man ikke om å «fjerne», «kurere» eller «kvitte seg med» sykdommen, men snarere å håndtere en eksisterende tilstand gjennom evidensinformerte strategier. Nylig har forfattere tatt til orde for at man skal tilnærme seg langvarige muskelskjelettplager etter lignende modell [6].

Hvilke faktorer kan vi hente ut av siloene?

Hvordan ser det ut når vi river bunnen ut av skulder-, nakke- eller korsryggssiloen? Fem tydelige, konsekvente områder ser ut til å være gjentagende for pasienten med muskelskjelettplager uavhengig av hvor smerten sitter [1]. Forfatterne har gitt fem tydelige «call to actions»:

1. Vurder pasientens biopsykososiale risikoprofil

Forståelsen av korsryggssmerter utover 2000-tallet ble etter hvert basert rundt riskoprofilering av pasienter. Blant annet gjennom den omfattende forskningen fra Keele University, fant man at enkelte pasienter kunne betraktes som «høy-risiko pasienter» basert på hvordan de oppfattet symptomene og hvordan de reagerte både fysisk og psykisk på disse plagene. Andre pasienter som har mer favorable mestrings-

strategier vil kunne betraktes som «lav-risiko» eller «medium-risiko». Det tegner seg et tydelig bilde av at høy-riskogruppen, på tross av at den er relativt liten på populasjonsnivå, opptar en uforholdsmessig stor del av det totale helsebudsjettet relatert til rygg. Kort sagt er det disse pasientene man håndterer for dårlig i tradisjonelle modeller. Klinikere anbefales aktivt å benytte screeningsverktøy for å risikoprofilere pasientene, og verktøy som Örebro Screening Questionnaire og STarT Back / STarT MSK er aktuelle plattformer å benytte. Det er viktig at klinikerer forstår at disse screeningsverktøyene har direkte klinisk relevans og ikke skal betraktes som akademiske kuriositeter. Hvordan pasienten svarer på screeningspørsmålene gir klinikerer en direkte innfallsvinkel til pasientens narrativ og bidrar til at klinikerer kommer nærmere pasientens forståelse av eget problem. Eksempler på dette kan være antatte smertedrivende mekanismer, bevegelsesfrykt/angst, sosial kontekst, livsstilsfaktorer og eventuelt forekomsten av andre komorbide sykdommer.

2. Omfavne pasientsentrert kommunikasjon

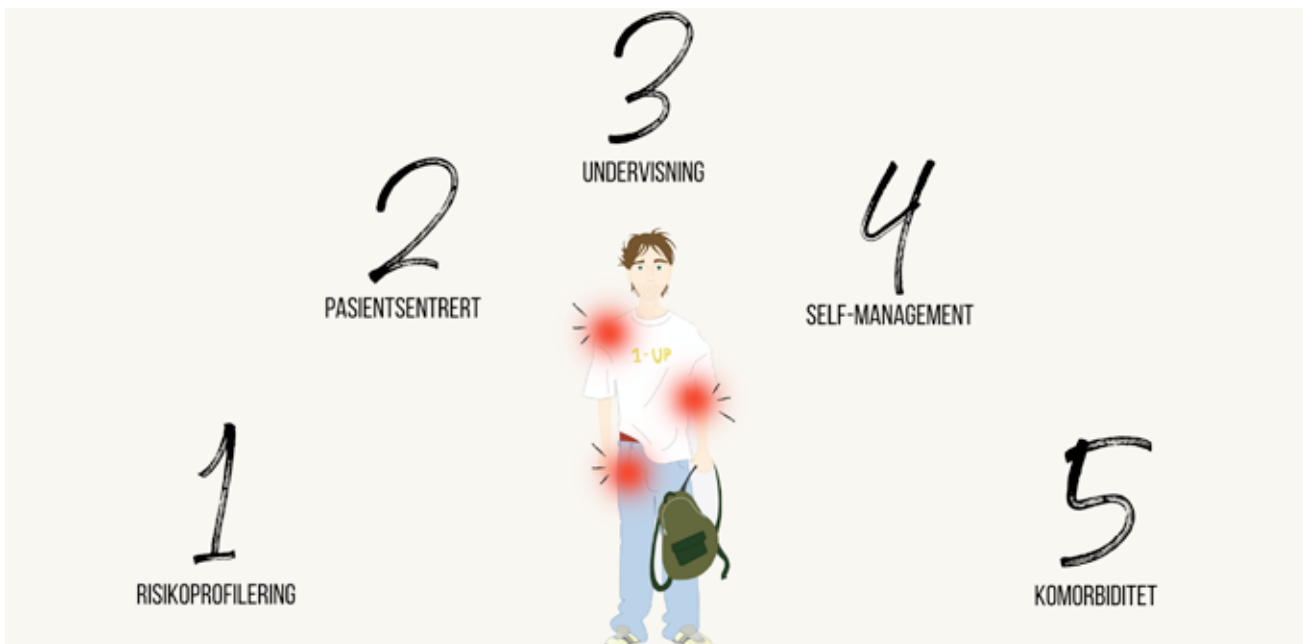
Som en direkte konsekvens av punktet ovenfor danner screeningen en overordnet forståelse mellom kliniker og pasient. Her handler det i stor grad om at klinikerer forstår, respekterer og er ydmyk ovenfor

pasientens historie, og er i stand til å endre/kontekstualisere sin kommunikasjon til hvert enkelt individ. Alle pasienter har en unik bakgrunn, en særegen forståelse og et personlig forhold til egen smerte, og det er egenskaper vi skal respektere og arbeide med, snarere enn å forsøke å endre disse basert på egne erfaringer eller overbevisninger. Under nettopp pasientens narrativ danner det seg noen overordnede domener, (i) pasientens unike historie, (ii) pasientens forståelse av smertens underliggende natur «Hvorfor har jeg vondt?», (iii) mestringsstrategier, (iv) bekymringer, (v) sosiale faktorer, (vi) målsettinger/forventninger.

Gjennom denne prosessen og ved å etablere et tillitsbasert og profesjonelt forhold til pasientens egen historie, vil man kunne etablere en felles plattform for forståelse og utvikle i samråd en plan for håndtering av tilstanden.

3. Undervisning av pasienten

Basert på punktene man har innhentet gjennom en strukturert og pasientsentrert sykehistorie, vil man kunne begynne å diskutere pasientens forståelse ut fra et biopsykososialt perspektiv. Her vil man kunne benytte grafer, videoer, lyder og bilder som effektive kommunikasjonsstrategier. Eksempelvis kan man benytte plansjer for å beskrive



Fem tydelige punkter klinikerer kan fokusere på uavhengig av hvor smerten sitter

bildefunn hos asymptomatiske individer og dermed sette pasientens bildediagnostikk i en større kontekst.

4. Tilrettelegge for selvhåndtering av tilstanden

Klinikere har et betydelig ansvar for å fremme sunne og bærekraftige holdninger hos pasientene. Man bør selvkritisk vurdere sin egen rolle i muskelskjeletthelsen og se på seg selv som en tilrettelegger eller fasilitator for hvordan pasienten selv på beste måte kan hjelpe seg selv gjennom adekvate tiltak. I altfor lang tid har pasienter vært avhengig av symptomlindrende medisin, passive manuelle teknikker, semiinvasive og invasive tiltak for å lindre smertene. Alt dette i et lys av at problemet skal «fikses» og ikke håndteres. Når man nå bedre forstår epidemiologien og naturen til mange av disse langvarige tilstandene, forstår man også at man er helt avhengig av at klinikere forstår at pasienter selv må ta et større ansvar for ivaretagelsen av egen helse. Her må også klinikere forstå at dette rolleskiftet skaper nye og spennende muligheter til å utøve faget. Det er nå mye litteratur rundt mestringsstrategier (og mangel på dette). Mange studier viser at pasienter med få, ingen eller dårlige mestringsstrategier ofte har en dårlig prognose. Det er derfor viktig at klinikere tilrettelegger for at pasienten kan delta i meningsfulle aktiviteter med trygg-

het og selvsikkerhet. Det er viktig at klinikerer adresserer misoppfatninger og usunne holdninger i et psykososialt perspektiv, samtidig som man respekterer, forstår og arbeider med biomedisinske / biomekaniske tiltak som kan representere fysiske barrierer (f.eks. styrke, bevegelse, frykt-unnngåelsesatferd). Videre er det viktig at klinikerer gjør pasienten bevisst på smerter i et større perspektiv, hvor livstilsfaktorer som søvn, regelmessig fysisk aktivitet, avslapning/meditasjon, vektkontroll, ernæring og positive sosiale interaksjoner har en betydning på det totale smertebildet.

5. Sørge for tverrfaglig oppfølging av ko- og multimorbiditeter

En del pasienter vil ha komorbiditet av slik karakter at det er åpenbart utenfor fysioterapeutens domene. Da er det viktig at klinikerer anerkjenner sin faglige begrensning og allierer seg med helsepersonell som er skikket til å ivareta pasientens sykdom. Her oppfordres det allikevel til at klinikerer etterstreber at kommunikasjonen fra forskjellige hold er strømlinjeformet og inneholder de samme grunnleggende elementene.

Den negative trenden av muskelskjelettsmerter på verdensbasis bør tas på alvor av alle klinikere. På tross av ubehageligheten i at faggruppene må anerkjenne sin potensielle rolle i en negativ spiral, bør det komme

gode refleksjoner ut av en selvkritisk analyse av sin egen rolle i denne utviklingen. Forskningen informerer nå klinikere bedre enn noen sinne, og 2019 har vist tydelig at vi beveger oss mot en dypere forståelse av langvarige muskelskjelettsmerter som et systemproblem hvor klinikerens tidligere rolle må revurderes. Noen vil oppleve dette som forvirrende for egen fagidentitet, mens andre vil oppleve dette som en nødvendig og frisk utfordring i fagets muligheter. Personlig velger jeg det siste.

Referanser:

1. Caneiro, J.P., et al.: It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice. *Br J Sports Med*, 2019.
2. Jevne, J.: Where is the care in healthcare? How health systems are feeding their own negative spiral of cost and disability. *Br J Sports Med*, 2016. 50(13): p. 774-5.
3. Jevne, J.: Stabbed in the back: catalysts for a paradigm shift in back pain care. *Br J Sports Med*, 2016. 50(4): p. 198-9.
4. Hartvigsen, J., et al.: What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 2018.
5. Foster, N.E., et al.: Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*, 2018.
6. Lewis, J., et al.: Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain? *Br J Sports Med*, 2018.
7. O'Sullivan, P.: It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. *Br J Sports Med*, 2012. 46(4): p. 224-7.
8. Lin, I., et al.: What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*, 2019.