

# Hva er klinisk ortopedisk medisin – ad modum Cyriax?

AV ARE INGEMANN



Klinisk ortopedisk medisin har sin bakgrunn i den engelske legen James Cyriax' (1900–1985) banebrytende arbeid innen diagnostikk og behandling av muskel og skjelettapparatet. Han begynte som kirurg in Edinburgh i 1928 og oppdaget da at mange pasienter som ble henvist til kirurgisk behandling, ikke skulle opereres. Disse pasientene hadde meget uklare og upresise diagnoser, ofte kun basert på palpasjon, og med røntgenfunn som ikke korresponderte med pasientens problem.

Undersøkellesmetodikken ad modum Cyriax er en metodisk analyse av pasientens symptom bilde, samt en klinisk undersøkelse som leder til en spesifikk diagnose basert på kliniske bilder for de fleste muskel og skjelettskader. Dette er bygd opp på å selektivt stresser ulike strukturer: «*selective tension technique*».

Det vil si at det kontraktile vevet, slik som muskel, muskelleveovergang, sene og tenoperiost, blir testet ved *isometriske tester* med leddet i o-stilling – hvor du tester for smerte og styrke. Det vevet som ikke er kontraktilt, slik som leddkapsel, ligament, bursa, nerverot og osseøse strukturer blir testet med *passive tester* hvor kriteriene er smerter, bevegelsesutslag og stoppfølelse (end feel). Ved hjelp av lokalbedøvelse kunne han verifisere ulike kliniske bilder/diagnoser, noe som er hyppig brukt i klinisk praksis i dag. Klinisk ortopedisk medisin er bygd på systematikk, hvor nøyaktige anatomiske kunnskaper er grunnleggende. Funksjonell og palpatorisk anatomi er ferdigheter som vektlegges.

OMI-Global ([www.cyriax.com](http://www.cyriax.com)) er en internasjonal utdanningsorganisasjon bestående av leger og fysioterapeuter



**Are Ingemann**

Spes klinisk ortopedisk fysioterapi-PFF  
Int Teacher Exam OMI

innenfor muskel og skjelettapparatet, dannet etter Dr Cyriax død av «The International Teaching Team», som har hovedsete i Belgia. Et meget viktig nøkkelord er tverrfaglig samarbeid mellom lege og fysioterapeut hvor begge yrkesgrupper innehar samme kunnskapsbakgrunn, slik at man snakker samme språk. Dette leder til at begge yrkesgrupper fullt ut forstår og supplerer hverandre maksimalt. Vi er overbevist at en yrkesgruppe alene ikke kan mestre de komplekse problemstillinger som vi ofte møter hos disse pasientene.

Visse lesjoner responderer bedre på legens tilnærming med injeksjoner og infiltrasjoner. Mens andre lesjoner responderer bedre på fysioterapeutens tilnærming med manuelle teknikker som tverrfriksjoner, manipulasjoner etc. Med samme utdanningsbakgrunn innen Ortopedisk Medisin, kan man lettere avgjøre hvem som skal behandle pasienten og dermed oppnå en adekvat og raskere behandling.

## Hvordan mestres dette i Norge pr i dag?

Muskel og skjelettproblematikk utgjør store kostnader for samfunnet, med store trygdeutbetalinger og lange sykemeldingsperioder. Pasienter som oppsøker primærtjenesten for hjelp for slike lidelser, ender ofte opp med 14 dagers sykemelding, en resept på tabletter, samt en røntgen rekvisisjon. Håpet er at spontan bedring skal inntreffe. Etter 14 dager kommer pasienten tilbake og er ofte like plaget som tidli-



gere. Han/hun henvises deretter ofte uten spesifikk diagnose til fysioterapeut. Fysioterapeuten som ofte har mange ukers ventetid, får omsider pasienten inn til behandling med denne uspesifikke diagnosen, med det resultat at behandlingstilnærmingen ikke blir presis og spesifikt rettet mot skaden.

Pasienten har da vært sykemeldt over så mange uker at tilbakevending til jobb allerede er vanskelig. Forskning viser at sykemeldte over åtte uker har en betydelige økt risiko for ikke returnere tilbake til yrkeslivet. Ved tilfeller hvor fysikalsk behandling ikke fører frem for pasienten, noe enhver fastlege erfarer til tider, blir pasienten ofte henvist videre til ortoped, revmatolog, nevrolog osv for videre utredning/behandling.

Henvisning til disse spesialistenhetene er ikke alltid hensiktsmessig, noe som ofte reflekteres i epikrisene fra disse. Pasienter kommer ofte tilbake etter en slik vurdering med beskjed om at pasientens problemstilling ikke er innenfor deres fagfelt. Så etter lang ventetid med store forhåpninger til en spesialistutredning, kommer pasienten tilbake etter kanskje et år uten at noe har skjedd med hans tilstand.

Pasienten går så over på rehabiliteringspenger og nye runder innen utredningsapparatet. Sjansen for å komme tilbake i yrkeslivet er da dessverre minimale. Slike pasienter ender ofte med søknad om uføretrygd. Ortopeder har primært kirurgi som behandlings tilnærming, men majoriteten av disse lidelsene er ikke av kirurgisk art. Jeg viser til *Socialstyrelsens rapport 1994:4 i Sverige* hvor det fastslås at 96 prosent av denne pasientgruppe ikke skal opereres.

### Hva kan forbedres?

Med tverrfaglig samarbeid, det vil si ved felles konsultasjon lege og fysioterapeut med samme utdanningsbakgrunn eller et nært samarbeid mellom disse, kan en unngå mye frustrasjon og ventetid.

Undersøkelse gjennomføres etter standardiserte tester hvor vi i de fleste tilfeller verifiserer diagnosen med bruk av lokalbedøvelse. På den måte kan vi være sikre at vi behandler riktig struktur og avgjøre hvilken behandling som er mest optimal. Eksempelvis spesifikk friksjonsmassasje av fysioterapeuten eller injeksjonsbehandling av legen, med nødvendig oppfølging og forebyggende arbeid.

### Kursene

OMI har siden 1986 hatt kurs i Norge. Vi har lagt vekt på relativt små desentraliserte kurs/moduler, som går over en tidsperiode på minimum fire år med basiskurs og videregående kurs.

Dette er etterfulgt av eksamen: « Basic og advanced exam». Det legges vekt på kollokviegrupper hvor deltakerne møtes, gjennomgår teori og praktisk arbeid. Det desentraliserte opplegget har gjort det mulig for deltakerne å få en videreutdanning uten å måtte flytte, men kan forsetter sitt virke og praktiserer de nye ferdigheter til pasienten beste.

Kursteder i Norge har vært Kirkenes, Alta, Tromsø, Bodø, Mo i Rana, Namsos, Trondheim, Kristiansund, Ålesund, Bergen, Haugesund, Stavanger, Kristiansand, Risør-Drammen, Hokksund og Oslo noe som viser en distriktsvennlig profil. Dessuten har det blitt arrangert kurs gjennom Kompetansesenteret for Kliniske Ferdigheter for leger i Bergen. Det er verdt å nevne at hele kursrekker har blitt arrangert for Rogaland og Finnmark legeforening. Det samme gjelder Solstrandkurs og Primærmedisinsk uke i Oslo.

Disse kurs har vært tverrfaglige kurs hvor leger og fysioterapeuter undervises sammen. Under praktisk undervisning vektlegges injeksjon og manipulasjonsbehandling for legene. Mens fysioterapeutene lærer spesifikk friksjonsmassasje, mobilisering og manipulasjonsbehandling.

I samarbeid med Private Fysioterapeuters Forening, PFF, har vi en Spesialitet i Klinisk Ortopedisk Fysioterapi. På nåværende tidspunkt er det ca 20 ferdige spesialister i Norge. Dessuten samarbeider vi med Legeforeningen og St Olavs Hospital med kurset: *Bevegelsesapparatets anatomi og injeksjonsbehandling* som arrangeres over tre dager både vår og høst årlig.

Det kan også nevnes et forskningsmetodikk kurs i samarbeid med Høgskolen i Bodø – med vekt på 10 tilsvarende 40 timer.

Til slutt nevnes NFKOM (Norsk Forening for Klinisk Ortopedisk Medisin) en ideell forening, med det overordnede mål å videreutvikle faget Ortopedisk Medisin, representere medlemmene og skape mer interesse/aksept rundt Ortopedisk Medisin i det offentlige og i andre medisinske miljøer. Foreningen er selvstendig, det vil si uavhengig av utdanningsorganisasjoner og fagpolitiske forbund.

WEB: [www.nfkom.com](http://www.nfkom.com)

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
[areingem@online.no](mailto:areingem@online.no)