

UNNSKYLD?

Kommentar til leserinnlegg av Bjørn H. Engseth, spesialist i klinisk ortopedisk medisin, i Nordlys 3. oktober 2007.

For de av oss som har eller har hatt barn er det ikke helt fremmed utsagnet: "Pappa – du skjønner ingenting du." Jeg pleier for å riktig understreke det, be ungene mine si det høyt en gang til, og jeg sier høyt med dem ordene. "Du skjønner ingenting", og med ekstra trykk på "ingenting". Som oftest smiler vi litt sammen. Det ender med at ungene er enig i at jeg skjønner litt i alle fall. Og det er jo noe.

Men etter å ha lest innlegget av Bjørn H. Engseth skjønner jeg at en hel yrkesgruppe av ortopediske kirurger ikke skjønner noen ting. Og det skrevet av en som sier han er spesialist i klinisk ortopedisk medisin, hva nå dette innebærer. Heldigvis er vi ortopedier ikke alene om å være idioter. Engseth tar like gjerne med nevrokirurger, nevrologer, fysikalske medisiner, reumatologer og almenleger – i tillegg skriver han og med mer. Om han mener resten av legestanden vites ikke, men mange idioter er vi i alle fall, ifølge Engseth.

Han skriver at det er populært å forklare muskel-/skjelettplager ut fra "psykososiale årsaker". Som eksempel nevner han: ankelovertråkk, påkjøring bakfra, forløftet seg, malt taket og fått smerter i skuldra. Da mener altså Engseth at ortopedene og store deler av legestanden leter etter en "dårlig sjef", eller en "vond barndom". Til dette må jeg bare si som en god venn av meg med dårlig hørsel alltid sa når han ble i tvil om det han hørte var rett.



Undskyld? (inneforstått – hørte jeg (leste jeg) rett?)

Her kommer mer kjære leser fra Hr. Engseth (utdannet fysioterapeut): Det som medisinstuderenter lærer i dag er **primært at man skal undersøke bilder – og ikke pasientene**. Hallo! Unnskyld? Er det noe som ikke kan understrekes nok i utdanningen av medisiner er det vel uttrykket: **"Do not treat the x-ray – treat the patient"**. Jeg håper jo at han er enig i at en MR – CT – RTG, eller diverse blodprøver i alle fall av og til kan ha noe for seg innen moderne medisin.

Bjørn Engseth skammer seg over fysioterapiutdannelsen i Tromsø (han var ferdig i 1995). Han sammenligner denne utdannelsen mer med engleskolen til Märtha (prinsessa) enn til anatomisk og fysiologisk virkelighet.

Hele artikkelen fra Nordlys

trykkes i Norsk ortopedpost – vi har fått lederen i foreningen for "spesialister i klinisk ortopedisk medisin" til å presentere for oss hva dette er for noe. Hver og en får tenke sitt.

Men jeg håper jo ikke Bjørn Engseth er representant for alle fysioterapeuter som er interessert i james Cyriax. Da må det være en forening med svært så selvgode personer, hvor ordet ydmykhet overfor andre yrkesgrupper og ikke minst pasienter, må være et fremmedord.

Velger å la medlemmene selv gjøre opp sin mening om innlegget.

Selv sier jeg som min gode venn sier når han er usikker på hva han egentlig trodde han hørte: UNNSKYLD???

✍ Knut Fjeldsgaard

Norsk Forening for Klinisk Ortopedisk Medisin (NFKOM)

Etter en oppfordring fra redaksjonen i Norsk Ortopedpost, har vi i NFKOM skrevet en liten artikkel i deres fagblad som presenterer vår forening, om hvem vi er og hva vi driver med.

NFKOM (www.nfkom.com) er en ideell forening, bestående av medlemmer (leger & fysioterapeuter) og et styre med interesse for Klinisk Ortopedisk Medisin.

Styret er valgt av årsmøtet som er gruppens høyeste organ. NFKOM følger de statutter som er vedtatt av medlemmene. Styrets overordnede mål er videreutvikling av faget, 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. Vi søker samarbeids partnere i ulike foreninger, forbund, samt institusjoner for å fremme vår målsetninger med Klinisk Ortopedisk Medisin til felles beste for alle våre medlemmer.

HVA ER KLINISK ORTOPEDISK MEDISIN – AD MODUM CYRIAX?

Klinisk ortopedisk medisin har sin bakgrunn i den engelske legen James Cyriax (1900-1985) sitt banebrytende arbeid innen diagnostikk og behandling av muskel og skjelettapparatet.

Han begynte som ortopedisk kirurg i 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 er en metodisk analyse av pasientens symptomtilstand 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 stresse ulike strukturer: "selective tension technique".

Det vil si at det kontraktile vevet, slik som muskel, muskelseneovergang, 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.

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 om 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 med slike lidelser ender ofte opp med 14 dagers sykemelding, en resept på NSAIDs eller smertestillende medikamenter, samt en henvisning til bildediagnostikk. Håpet er gjerne at spontan bedring skal inntreffe. Dessverre så er ofte erfaringen at etter 14 dager kommer pasienten tilbake og er like plaget som tidligere. 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 kan være vanskelig. Forskning har vist at sjansen for å ikke komme tilbake til arbeidslivet øker med økende sykemeldingsvarighet.

Ved tilfeller hvor fysisk behandling ikke fører frem for pasienten, noe enhver fastlege erfarer til tider, blir pasienten ofte henvist videre til ortoped, revmatolog, nevrolog og lignende for videre utredning/behandling.

Henvising til disse spesialistene 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 (kraftig) redusert. 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. Viser til Sosialstyrelsens rapport 1994:4 i Sverige hvor det fastslås at 96 % av denne pasientgruppe ikke skal opereres.

HVA KAN FORBEDRES?

Med tverrfaglig samarbeid mellom lege og fysioterapeut med samme utdanningsbakgrunn, 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 på at vi behandler riktig struktur og avgjør hvilken behandling som er mest optimal. Eksempelvis spesifikk friksjonsmassasje av fysioterapeuten eller injeksjonsbehandling av legen med nødvendig oppfølging og forebyggende arbeid

KURSENE

OMI-Global (www.cyriax.com) er en internasjonal utdanningsorganisasjon som består av leger og fysioterapeuter, og ble dannet etter Dr Cyriax død av "The International Teaching Team". OMI-Global har hovedsete i Belgia. Dette er den utdanningsorganisasjon som NFKOM

har hatt sitt primære samarbeid med da denne har en norsk forgrening. I tillegg samarbeider vi med engelske utdanningsorganisasjoner som APCOM (The Association of Chartered Physiotherapists in Orthopaedic Medicine, www.acpom.org.uk) og SOM (Society of Orthopaedic Medicine, www.soc-ortho-med.org). En nærmere beskrivelse av kursene som blir gjennomført av OMI-Global vil bli beskrevet under.

OMI-Global har siden 1986 hatt kurs i Norge. De har lagt vekt på relativt små desentraliserte kurs/moduler som går over en tidsperiode på minimum 4 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 fortsette i sitt virke og praktiserer de nye ferdigheter til pasienten beste.

Kurssteder 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 legeförening. 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. Dessuten samarbeider vi med Legeföreningen og St Olavs Hospital med kurset: Bevegelsesapparatets anatomi og injeksjonsbehandling som arrangeres over 3 dager både vår og høst årlig. Det kan også nevnes et forskningsmetodikk kurs i samarbeid med Høgskolen i Bodø –med vektlagt 10 tilsvarende 40 timer.

TIL SLUTT

NFKOM ønsker alle de med interesse for Ortopedisk Medisin (leger og fysioterapeuter), uavhengig av fagpolitisk tilhørighet og utdanningsorganisasjon, velkomne som medlemmer i vår forening. På vår hjemmeside www.nfkom.com finnes det en link med en fylkesoversikt over medlemmer som har kvalifisert seg med bestått basic og advanced exam. Ønskes mer informasjon om emnet Klinisk Ortopedisk Medisin oppfordres leserne til å ta kontakt med noen av disse i sitt eget fylke. Vi i NFKOM styret er selvfølgelig også behjelpelig med informasjon hvis dette er ønskelig.

NFKOM arrangerer også årlige kongresser med innhold relatert til Klinisk Ortopedisk Medisin med gjesteforelesere fra ulike medisinske miljøer fra både inn- og utland hvor det faglige og det sosiale vektlegges. Med dette ønsker vi alle lesere av Norsk Ortopedpost velkomne til å delta på neste års kongress. På vegne av NFKOM, en riktig God Jul og et Godt Nyttår til leserne av Norsk Ortopedpost.

Benny E. Storheil
Leder NFKOM