

«Det blåser en forandringens vind over samarbeidet mellom fysioterapeuter og ortopeder ved St. Olavs Hospital.»



-Vi må tenke nytt

Det har lenge vært dokumentert at kirurgi ofte ikke hjelper ved artrose og degenerativ menisk. Likevel er antallet operasjoner mangedoblet. Men i Trondheim er det mye nytt på gang. Ortoped Tarjei Egeberg gleder seg til mer tverrfaglighet rundt artrosepasientene.

TEKST Anne Kristiansen Rønning
fysioterapeuten@fysio.no

TARJEI EGERBERG er ortoped og overlege ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Han har fått med seg medieopplagene den siste tiden, om skjevheten i operasjonsfrekvensen i ulike landsdeler, og at dokumentasjonen på at operasjon er mer effektivt enn konservative tiltak, kan være mangelfull.

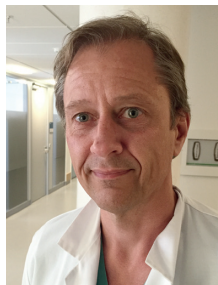
Han erkjenner at en del pasienter burde ha fått konservativ behandling istedenfor operasjon.

– Også i Trøndelag har vi en tendens å operere for mange. Et eksempel kan være eldre pasienter med artrose og degenerative meniskskader. Ortopeder velger fortsatt i stor grad operasjon, selv om nytten av dette inngrepet ikke er dokumentert, sier Egeberg.

En årsak kan være at gamle holdninger henger igjen.

– Enkelte kolleger vil helst gjøre som de alltid har gjort. Det kan også være at private klinikker gjør dette av økonomiske grunner, og at små lokalsykehus kanskje synes det gir inntrykk av stor aktivitet. Et annet aspekt er nok også at fastleger og pasienter har svært stor tro på at kun operasjon vil hjelpe, konstaterer Egeberg.

Han peker også på tendensen til overdiagnostisering:



JOBBER FOR PASIENTENS BESTE Overlege og ortoped Tarjei Egeberg. Foto: St. Olavs.

– For eksempel utreder fastlegene nærmest sjablongmessig alle leddplager med MR. Dette er en svært kostbar og sensitiv røntgenundersøkelse, som ofte påviser forhold i leddet som ikke er klinisk relevante.

Selv er han i en rolle der han vurderer alle henvisningene til Røros sykehus – også impingement-problematikk i skulder, og andre skulderplager. Men han opererer ikke skuldre selv.

Ønsker seg andre rutiner

Egeberg ønsker seg fastleger som i større grad vurderer behandling i primærhelsetjenesten, for eksempel fysioterapi, i stedet for å tro at alt må vurderes av ortoped først.

– I min praksis med artrosepasienter er det langt flere som ikke skal opereres enn de som bør opereres. Sånn sett burde de egentlig ikke vært henvist til sykehuspoli-



– Artrosepasientene må få tidlig informasjon

Pasienter trenger å høre at bevegelse kan være minst like bra som operasjon. Mange velger da egeninnsats foran å legge seg under kniven.

TEKST og **FOTO** Anne Kristiansen Rønning
fysioterapeuten@fysio.no

DET MENER fysioterapeutene Monika Engdal og Astrid Rasch, som jobber ved leddproteseseksjonen i ortopedisk avdeling, St. Olavs Hospital. Begge er sentrale i prosjektgruppa for artroseskolen, og de andre tiltakene for artrosepasienter ved sykehuset. Prosjektgruppa består av ortoped, fysioterapeuter, farmasøyt, revmatolog, sykepleier og brukerrepresentant.

Planen er å arrangere ukentlige kurs på to-tre timer, der pasienter med hofte- og kneartrose får informasjon fra ortoped, fysioterapeut og andre faggrupper.

– Målet er at alle hofte- og kneartrosepasienter som blir henvist til St. Olavs Hospital skal få lik og kunnskapsbasert informasjon om sykdommen, om trening og medikamentell behandling, vektreduksjon, operasjon og komplikasjoner ved kirurgi. De skal

også få utveksle erfaringer, forteller Monika Engdal.

Pasientene skal få denne informasjonen tidlig i forløpet, før det er snakk om individuell konsultasjon hos ortoped.

– Artrosepasientens forløp vil bli satt mer i system. Alle vil få god informasjon gjennom artroseskolen, og med mindre det er klar operasjonsindikasjon, skal pasienten henvises til trening hos fysioterapeut etter kunnskapsbaserte metoder før de eventuelt kan vurderes til proteseoperasjon, slår Engdal fast.

Utspring fra lærings- og mestringskurs

Engdal og Rasch har stått i bresjen for et lærings- og mestringskurs for pasienter med artrose i hofte eller kne ved sykehuset i tre år nå. Kurset foregår over to dager og ledes av fysioterapeuter, med innlegg fra brukerrepresentant, ortoped, farmasøyt, ergoterapeut og sosionom. Deltakerne får informasjon om trening, fysisk aktivitet, medikamentell behandling, rettigheter, praktisk bassentrening og styrketrening. Og de utveksler erfaringer.

– Den nye artroseskolen er tenkt å være en kortversjon av LMS-kurset. Den vil nå ut til en mye bredere andel av artrosepasientene før de kommer til individuell kon-

sultasjon hos ortoped. Man vil også sikre at alle får samme, viktige informasjon, før det overhodet kan bli snakk om proteseoperasjon, forteller Rasch.

Fysioterapeutene har stor tro på dette, og gleder seg til å ta fatt.

– Ifølge behandlingspyramiden for artrosepasienter er protese det siste behandlingsalternativet for et fåtall av pasientene, ca. ti prosent. Det finnes ingen dokumentasjon på at artroskopiske inngrep på knær og hofter hvor det er påvist artrose, har bedre effekt enn trening, eventuelt i kombinasjon med medikamentell behandling og vektreduksjon, der det er aktuelt. Det er dokumentert at for pasienter med mild til moderat artrose, kan trening bedre funksjon, redusere smerte og lette aktivitetene i hverdagen. Det er svært viktig at denne informasjonen når ut til pasientene, sier Engdal.

Fastlegen viktig

De to fysioterapeutene erfarer at pasienter som får god informasjon om ikke-kirurgisk behandling som trening og øvelser, medikamenter og vektreduksjon, for de det er aktuelt, blir tryggere.

– Det er svært viktig at fastlegen informerer pasienten om at bevegelse hjelper. Og det er nyttig med et godt samarbeid mellom

» klinikken. Mange pasienter sitter med en forventning om at det å bli operert er en ganske enkel og risikofri måte å bli bra på, sier Egeberg.

Han anslår at 60-70 prosent av pasientene som blir henvist til poliklinikken på grunn av kne- eller hofteartrose ikke trenger operasjon. De trenger informasjon og burde ha kommet i gang med konservativ behandling i stedet for å vente på en poliklinikktime.

Nå planlegger St. Olavs Hospital oppstart av et nytt prosjekt, med artroseskole som erstatning for individuell samtale med ortoped i poliklinikken. Her skal pasienten få informasjon av fysioterapeut, revmatolog og

farmasøyt, i tillegg til ortoped.

Egeberg gleder seg til å forsøke nye arbeidsrutiner og en mer tverrfaglig tilnærming:

– Dette tror jeg pasientene vil profitere på. Og ikke minst vil yrkesgruppene som er hovedaktørene i den konservative behandlinglinjen få kontakt med artrosepasientene på et tidligere tidspunkt, før pasienten skal bestemme seg for operasjon eller ikke.

- Mangelfull og dårlig utført

Ifølge ortopedien går en del av prosjektet også ut på å forbedre den konservative behandlingen ute i primærhelsetjenesten, ved

at sykehusets fysioterapeuter sprer evidensbasert kunnskap om treningsterapi til kolleger i kommunene. Prosjektet skal evalueres etter at det har pågått noen måneder.

– Noe av årsaken til de høye forventningene til operasjon, både hos fastlege og pasient, er dessverre at den konservative behandlingen har vært mangelfull og til dels dårlig utført. Vi håper at disse tiltakene kan imøtekomme artrosepasientenes behov på en bedre måte i de ulike stadiene av sykdommen. Men avgjørelsen om operasjon er det til syvende og sist pasienten som må ta – på et best mulig informert grunnlag, understreker Tarjei Egeberg. ■



EN UTVIKLING Fysioterapeutene Monika Engdal og Astrid Rasch er opptatt av å ha et godt samarbeid med ortopedene. - Vi føler at det har blitt stadig bedre de siste årene, sier de.

ortoped og fysioterapeut i den fasen da det ennå er usikkert om det blir proteseoperasjon. Pasientene må få god og balansert informasjon om behandlingsmuligheter og alternativer til kirurgi. Fysioterapeuten kan være med å vurdere om pasienten kan ha nytte av å bli henvist til fysikalsk øvelsesbehandling, sier Rasch.

Fast Track

Hun forteller engasjert om Fast Track, et kunnskapsbasert og standardisert pasientforløp, der alle ledd er optimalisert for å gjøre behandlingsforløpet så bra som mulig.

- Før innføringen av Fast Track i ledd-protosekirurgien ved St. Olavs, hadde fysioterapeuten ingen innvirkning på hvilke pasienter som ble operert. Fysioterapeuten møtte pasienten på forhånd kun for å gi preoperativ informasjon. Etter innføringen av Fast Track, er det fortsatt ortopedene som vurderer henvisningen fra fastlegen og

sammen med pasienten bestemmer om man skal operere eller ikke. Men etter at operasjon er bestemt, har pasienten en individuell konsultasjon med undersøkelse hos fysioterapeut ved preoperativ poliklinikk, forteller Rasch.

Ved denne konsultasjonen hender det at fysioterapeuten kommer fram til at det likevel ikke er indikasjon for proteseoperasjon. Dersom ortoped og pasient er enig i vurderingen, tilbys i så fall pasienten i stedet deltakelse på lærings- og mestringskurset for artrosepasienter.

En forandringens vind

Dette har ifølge fysioterapeutene ført til bedre forståelse de to fagfeltene imellom.

- Vårt inntrykk er at fysioterapeuten i større grad enn for fire, fem år siden er enig med ortopedens vurdering av hvilke pasienter som bør tilbys proteseoperasjon, forklarer de.

Rasch og Engdal føler at det blåser en forandringens vind over samarbeidet mellom fysioterapeuter og ortopeder ved St. Olavs Hospital. Ortopedene ved sykehuset ønsker nå selv å drive artroseskole sammen med fysioterapeut, revmatolog og farmasøyt. Målet er at henvisninger fra fastlegene vedrørende pasienter med mild til moderat artrose skal gå direkte til denne skolen, i stedet for at pasienten får individuell konsultasjon hos ortoped.

- Forskning viser jo nå at ikke-kirurgisk behandling og trening er den beste behandlingen for flere tilstander. Vi ser ikke bort fra at dette vil kunne føre til en holdningsendring blant ortopeder, og en endring i hvordan vurderingene gjøres. Etter hvert vil forhåpentligvis bedre informasjon til pasientene om behandlingsalternativene også gjøre dem bedre rustet til å ta en kvalifisert avgjørelse når det gjelder operasjon, slår de fast. ■

Det gikk bra andre gangen

- Fysioterapeuter og ortoperer må samarbeide for at vi pasienter skal få god behandling. For oss er trygghet og kunnskap helt avgjørende.

TEKST og **FOTO** Anne Kristiansen Rønning
fysioterapeuten@fysio.no

- **AT FASTLEGEN** og lokale fysioterapeuter også kjenner til hva som kan hjelpe, og bidrar for å få det til, er viktig.

Det mener Ann Elisabeth Sønsteli fra Klæbu (51). Hun fikk operert inn protese i hofteleddene, med fem års mellomrom. Den

første gangen gikk hun lenge sykemeldt og måtte vente tre år på operasjon. Hun følte heller ikke at hun fikk god informasjon om trening.

Den andre gangen gikk det veldig greit. Kunnskapen hun hadde fått da, var avgjørende for at det gikk så bra. Det ga henne en helt annen trygghet.

- Det er viktig for oss pasienter at det er et godt samarbeid mellom fastlege, fysioterapeut og ortoped i fasen før operasjon er festsatt. Det kan være en fase som varer lenge, og det kan være vanskelig å vite hvor mye man kan belaste leddet, sier hun.

Selv visste hun ikke hvordan og hvorfor hun skulle trene mens hun ventet på operasjon første gangen. Det medførte stor svek-

kelse av muskulaturen. Et negativt bevegelsesmønster førte også til at kneet begynte å stivne.

Opptrekningsperioden etter operasjon ble lang.

- Det tok over seks måneder før kneet var smertefritt og i full bevegelse igjen, og å få muskulaturen i setet og rundt hofteleddene på plass har tatt flere år, til tross for mye trening. Det er ennå ikke på høyde med slik det var. Jeg tror at jeg ville unngått disse problemene om jeg hadde fått nok informasjon og opplæring av ortoped, fysioterapeut og andre relevante faggrupper.

Raskt i jobb igjen

Da hun måtte operere motsatt hofte fem år



ENGASJERT Første gangen hun fikk plager i hofte og kne savnet Ann Elisabeth Sønsteli god informasjon om hvordan hun skulle trene. Den andre gangen gikk hun ikke lenge sykemeldt før hun var i jobb igjen.

senere ble forløpet helt annerledes.

– Jeg hadde nok kunnskaper og erfaringer til å fortsette med trening, tilpasset min situasjon. Jeg trente intensivt sykling og spinning helt opp til operasjonen, og beholdt muskelmasse og styrke. Jeg var da brukerrepresentant i prosjektet som startet med lærings- og mestringskursene for artrosepasienter, forteller hun.

Sønsteliens var sykemeldt bare en kort periode etter operasjon nummer to.

– Etter tre uker jobbet jeg i full stilling, samtidig som jeg fortsatte med opptrening veiledet av fysioterapeut. Jeg deltok også i en treningsgruppe for nyopererte. Mye ville nok vært annerledes for meg om jeg hadde fått slik oppfølging første gangen!

Unngå kompleksitet

Sønsteliens mener det kan være nyttig å videreutvikle et mer strukturert samarbeid mellom fysioterapeut og ortoped i forkant av operasjon.

– Jeg savner et samarbeid med fysioterapeut med tanke på symptomkartlegging og treningsveiledning. Dette kan være ganske komplisert for pasienten som ofte er veldig alene i påvente av utredning og behandling. Tilstrekkelig kunnskap om trening, hvile, tilrettelegging og alternative treningsmetoder er avgjørende for å kunne mestre hverdagen. Dette kan føre til færre og kortere sykemeldingsperioder, sier hun.

Kunnskap gir bedre resultat

I hennes tilfelle var det ikke noen tvil om behovet for operasjon den første gangen.

– Den andre gangen klarte jeg ved hjelp av trening og fastlege å utsette operasjon, helt til det ikke var tvil om at jeg måtte opereres. Jo mer kunnskap pasienten har, jo lettere er det å gjøre de riktige vurderingene sammen med ortoped og fysioterapeut, påpeker hun.

Nå jobber hun som forskningsmedarbeider ved St. Olavs Hospital. Hun er fremdeles



HAR KJENT DET PÅ KROPPEN Ann Elisabeth Sønsteliens har hatt to totalt ulike behandlingsforløp med sine hofteoperasjoner. – Det er umåtelig viktig at vi pasienter får informasjon om hva som virker, og hvordan vi kan trene selv, sier hun.

brukerrepresentant på lærings- og mestringskursene til Rasch og Engdal, og i prosjektgruppa for den nye artroseskolen.

– Jeg har fått god, personlig oppfølging og er opptatt av friskfokuset. Går du til fastlegen og får henvisning til operasjon, uten at det er noen tanker om trening, skyves du ofte inn i en «sykheksbok». Da er det utrolig lett å komme inn i en ond sirkel, påpeker hun, og fortsetter:

– Jeg er så opptatt av dette. Uansett hvilke plager man har i muskler og ledd, og om det blir operasjon eller ei: Det er veldig viktig å prøve et intensivt treningsopplegg først! ■

Nr. 9 Årets fagutgivelse «Fysioterapi i rehabilitering»

Vitenskapelige artikler,
kronikker, essays og
sammendrag m.m.

Kommer 30. oktober



www.follo-futura.no | www.alfacare.no



Kirurgi ved kneartrose bør unngås

En ny omfattende studie gir støtte til oppfatningen om at knekirurgi ved artrose hos middelaldrende pasienter ikke er forsvarlig.

TEKST John Henry Strupstad
js@fysio.no

DET MENER danske og svenske forskere, som i sommer publiserte en metaanalyse som så på nytten og risikoen ved artroskopisk kirurgi hos middelaldrende personer (1).

Ikke klinisk signifikant

I studien framholder forfatterne at det finnes en liten positiv effekt på smerte etter kneoperasjon, men at den effekten er så liten at den ikke anses for å være klinisk signifikant.

Forskerne fant kun en marginal kortvarig effekt av kneartroskopi sammenlignet med kontrollintervensjoner, placebokirurgi og trening, for middelaldrende og eldre pasienter med knesmerter. Det var ingen tydelig effekt etter ett år.

Pasientene var rundt førti år og eldre, med eller uten artrose fastslått ved røntgen, og med degenerative forandringer i kneet, typisk meniskskader, og/eller bruskskader.

Komplikasjoner

Forskerne fant heller ingen effekt av kirurgi på funksjon. Kirurgi var forbundet med risiko for komplikasjoner som er sjeldne, men som kan være veldig alvorlige. Man kan imidlertid ikke avvise at det er grupper av pasienter som har nytte av kirurgien, men det er ingen evidens for hvem disse måtte være. Aktive idrettsutøvere er en pasientgruppe forskerne nevner som spesielt interessante studiedeltakere i neste omgang.

- Ineffektiv og potensielt skadelig

Andy Carr, som er professor i ortopedisk kirurgi ved Oxford University, har skrevet en følgekommentar (2) til studien, der han sier at vekten av bevis for at artroskopisk knekirurgi for smerte ikke virker nå er tyngre enn bekymringene for at kvaliteten på slike studier er for dårlig, eller at forskerne påvirkes av ulike interesser. Behandlingen er ineffektiv, brukes for mye og er potensielt skadelig,



fastslår han. Carr trekker også frem det faktum at effekten av placebokirurgi og kneartroskopi var tilnærmet lik.

Norge ikke bedre

I Norge har det også den siste tiden pågått en debatt omkring dette temaet. Forskningen peker i en retning, men ikke alle fagmiljøer lar seg påvirke av dette:

– Det er et generelt problem at det tar lang tid før kunnskap implementeres. Det at artroskopi ikke er virksom mot degenerativ menisk, har vi visst i ti, femten år. Likevel er antallet operasjoner mangedoblet. Det er altså ikke mangel på kunnskap, men mangel på implementeringen av den. Vi har et høyt antall retningslinjer, men måler man i hvilken grad de blir fulgt, blir man veldig skuffet, har Ole Tjomsland, direktør for kvalitet og fagområder i Helse Sør-Øst, tidligere uttalt til Dagens Medisin.

Granskning

Det Nasjonale helseatlasets som ble lansert i januar 2015 (3), viser store ulikheter i dagkirurgi. Granskningen, som omfattet 360.000 inngrep fordelt på 12 vanlige dagkirurgiske operasjoner, avslørte at befolkningen i Norge ikke får likeverdige tilbud. I granskningen heter det at «Særlig er variasjonen stor for inngrepene meniskoperasjoner og skulderkirurgi: I Møre og Romsdal er det over fire ganger så mange meniskoperasjoner

som i Stavanger-regionen.»

– Helsetjenesten har i stor grad vært styrt av køer og etterspørsel, og det kan spørres om man i større grad burde planlegge tilbudet ut fra påviste forbruksvariasjoner, dokumentasjon av nytteverdi, og nasjonale gjennomsnitt, skrev forfatterne av rapporten, som tok for seg dagkirurgiske inngrep i Norge i perioden 2011-2013.

Kort oppsummert

Ut fra den nyeste forskningen på dette området, levnes det ikke lenger særlig tvil om hva som bør gjøres av tiltak ved kneartrose hos middelaldrende mennesker: Fysioterapi og opptrening er både billigere, mer effektivt eller like effektivt, og ikke minst langt mindre risikofylt, sammenlignet med kirurgi.

Sundhedsstyrelsen i Danmark skal nå utforme nye, evidensbaserte retningslinjer for denne pasientgruppen. ■

Kilder:

1. J B Thorlund, C B Juhl, E M Roos, L S Lohmander: Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms, BMJ 2015; 350.
2. A Carr: Arthroscopic surgery for degenerative knee, BMJ 2015; 350.
3. L Balteskard, T Deraas, O H Førde, T Magnus, F Olsen og B Uleberg. «Dagkirurgi i Norge 2011-2013», rapport. www.helseatlas.no. Lest 24.8.2015.