

En kommentar til innlegget om «Behandling av laterale epikondylitter»

I nummer sju i fjor var behandling av laterale epikondylitter tema i spalten «Slik gjør (nå) jeg det» (1), og jeg fikk lyst til å knytte en kommentar til innlegget.

Først vil jeg understreke at jeg støtter grunntankene i temanummeret som er viet prioriteringer i helsetjenesten. Spesielt vil jeg vise til Irene Hetleviks ord om at det er «på tide å fordele ansvar for medikaliseringen i samfunnet på flere enn media og farmasøytisk industri» og hennes kopling av dette utsagnet til en kritikk av et vitenskapssyn som fremmer fragmentering.

Hva har så dette med epikondylitter å gjøre. Jo, svært mye. Jeg skal fatte meg i korthet om et omfattende problemkompleks som her aktualiseres.

I spalten fremheves det at laterale epikondylitter ofte(st) går over av seg selv, og Jannike Reymert skriver at mange har hatt god nytte av de råd og øvelser hun har gitt dem. Hun beskriver hva denne tilnærmingen har gått ut på. Både Reymert og Satya Sharma, som er bedt om å komme med en «second opinion», er tilbakeholdne med å foreslå kortisoninjeksjoner. Reymert nevner slike injeksjoner i forbindelse med at noen har så intense smerter at de får ødelagt nattesøvnen, og at en da må ty til denne form for behandling – eller «fysikalsk behandling» som nevnes i samme åndedrag. Sharma viser til at «residiv er vanlig».

Begge fremholder betydningen av informasjon og variasjon: Det er viktig å si til pasienter at tilstanden ikke er alvorlig, og at den antagelig vil gå over av seg selv uansett behandlingstiltak, og de anbefaler variasjon og pauser i arbeidet, spesielt foran PC-en.

Ingenting er bedre enn at plager går over av seg selv. Nestbest er det hvis allmennleger har virkemidler som er nyttige, og folk ikke blir unødvendig bekymret. Men så var det residivene ... Og hva med indirekte behandlingsformer som ikke nevnes, men som i mange tilfelle representerer viktige – og i Reymerts egen ordbruk, mindre aggressive – alternativer til direkte intervensjoner? Her kommer fragmenteringen og prioriteringen inn i bildet.

Spalten er myntet på leger, men som fysioterapeut vil jeg gjerne dele noen av mine tanker og kliniske erfaringer med dere som er leger, og som henviser – eller ikke henviser – til fysioterapeuter.

For å forebygge misforståelser er det kanskje nødvendig å understreke at jeg ikke er av den oppfatning at fysioterapi er nødvendig for enhver som har muskel- og skjelettlidelser, det være seg i form av laterale epikondylitter eller andre slags plager. Men et tilsynelatende enkelt og lokalt problem – som en epikondylitt – kan i en del tilfeller kreve andre tilnærminger enn de skisserte hvis den terapeutiske virkningen skal bli langvarig.

Det som ved første øyekast ser likt ut, kan ved nærmere analyse vise seg å ha med høyst forskjellige forhold å gjøre. Så selv om symptomene og de lokale kliniske funn er de samme, er det ikke gitt at plagene skal behandles likt. Det «samme» er ofte ikke «det samme».

Jeg mener ikke å bagatellisere det uheldige ved repeterende og ensidig arbeid som PC-bruk, epikondylitter kan være svar på fysisk/mekanisk overbelastning. Det er grenser for hvor mye ytre arbeid som kan utføres uten vevs- og belastningsskader.

Men jeg vil minne om at også andre forhold kan gjøre seg gjeldende, og ikke minst at flere forhold kan virke gjensidig forsterkende.

Jeg merker meg at Reymert omtaler PC-bruk som «utløsende faktor». Hva som er sykdomsskapende, utløsende, opprettholdende og forsterkende forhold er ikke nødvendigvis det samme. Å differensiere her kan være av avgjørende betydning for å finne fram til adekvat behandling. Det er for eksempel alltid en utfordring å identifisere kroppslige forhold som er knyttet til nåtid i forhold til fortid, det vil si til det situasjonelle og mer øyeblikkspregete, i forhold til det mer varige og vanemessige som har nedfelt seg i kroppen over tid. Vaner og daglige bevegelser involverer kroppen som helhet og dens deler på bestemte måter. Det er ikke bare ytre arbeid som representerer en påkjenning på vevsstrukturer. Som jeg har skrevet annetsteds:

«Tendinittene, de irriterte senefestene (les epikondylittene) vi ser så mange av, kan være resultat av ensidig, monotont gjentagelsesarbeid. Men de kan likeledes – for ikke å si *samtidig* – være et resultat av langvarig belastning fra konstant spent muskulatur og en kropp preget av kroppslig bremsing og holdthet» (3:921).

Og dette reduserer i sin tur vevets toleranse for ytre arbeid.

Reymert skriver blant annet at «det nok er lurt å prøve å forhindre at det blir kronisk ved å endre noe på bruken av underarmsmuskulene», og videre at pasienten skal «prøve å senke spenningsnivået i muskulaturen ved å ta jevnlig pauser med følgende øvelser» (1:44) Visse øvelser beskrives deretter.

Her berøres sentrale faglige spørsmål. Men som alle klinikere vet, betyr ikke informasjon om og instruksjon i kroppsbruk nødvendigvis at pasienter endrer kroppsbruk. Å endre spenningsforhold og bevegelsesvaner er ikke lett siden spenningsmønstre og bevegelsesvaner er mer eller mindre tett knyttet til personens livshistorie, identitet og selvfølelse. Det er med andre ord mer enn et pedagogisk og teknisk anliggende.

Jeg har som andre psykomotorikere erfaring for at svært mange pasienter kommer til oss først etter at de har vært gjennom mange og forskjellige behandlingsformer, oftest med dårlig resultat.

Psykomotorisk fysioterapi synes ofte å være en slags siste (nød)løsning. Det er ganske fortvilende å møte pasient på pasient som henvises til oss først når de har utviklet kroniske og mer eller mindre invaliderende plager. Ikke sjelden forteller pasientene at det er de selv og ikke henviseende lege som har foreslått psykomotorisk fysioterapi. De har hørt om behandlingsformen av venner eller bekjente.

Jeg våger å påstå at mange kunne vært hjulpet bedre og langt tidligere med en tilnærming der symptomer og lokale plager sees i sammenheng med generelle kroppsforhold og med hvordan personen bruker kroppen – bruker seg selv i dagligliv og arbeid. Mye lidelse, mange arbeidsdager – både for pasienter og helsepersonell – og mange helsekroner, kunne vært spart.

Referanser

1. Behandling av laterale epikondylitter. Utposten 2005; 34 (5):44–5.
2. Hetlevik I. Signe Skred – prioritert opp eller ned? Utposten 2005; 34 (5):15–23.
3. Thornquist E. Å se på kroppen med nye øyne. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 919–21.

Eline Thornquist