

# Ortopedisk medicin för allmänläkare – värdefull utbildning

II Vid ryggvärk har sedan urminnes tider tillämpats olika former av aktiv behandling. Sedan slutet av 1800-talet har behandlingar med begrepp som osteopati, kiropraktik och naprapati tillämpats där vårdgivaren inte varit läkare [1].

## Inte accepterats

Inom medicinen har sedan länge funnits en likartad behandling under begrepp som manuell medicin, ortopedisk medicin eller fysikalisk medicin. De olika skolorna har företrätts av personligheter som med kraft och empati talat för sin verksamhet. Det vetenskapliga underlaget för, och dokumentationen av, behandlingarna har dock vanligtvis varit svagt och därför rönt kritik. Behandlingarna har till följd därav hänförts till alternativ medicin, dvs inte accepterats av det medicinska etablissemanget.

Synen på ryggsjukdomar och dess behandling påverkades mycket kraftigt då det första lumbala diskbräcket diagnostiserades och behandlades kirurgiskt 1934 [2]. Intresset för ryggsjukdomar kom därefter att domineras av ett kirurgiskt, dvs strukturellt, synsätt.

Denna sjukdomsmodell har dock inte varit helt framgångsrik, och blott 15 procent av ryggsjukdomarna kan förklaras utifrån ett kirurgiskt synsätt. Allmänhetens förtroende för skolmedicinens behandling har inte heller varit tillfredsställande, och upp till 50 procent av ryggsjuka personer söker primärt annan vårdform [3].

## Ortopedisk medicin

I Centraleuropa, särskilt i Tjeckien och Tyskland, har vid sidan om det kirurgiska synsättet – en tradition som betonar de muskuloskeletala funktionernas betydelse vid ryggvärk – levt vidare. Sedan början av 1960-talet har den kunskapen kommit att tillämpas i Sverige under begreppet ortopedisk medicin. Läkare med intresse för denna kunskap är medlemmar i Svensk förening för ortopedisk medicin (SFOM), en intresseförening med ca 600 medlemmar, inom Sveriges läkarförbund.

## Det centrala i ortopedisk medicin

Centralt i begreppet är att undersöka eventuella rörelsebegränsningar och bedöma muskelstörningar. Undersökningarna är kliniska och fordrar träning, vilket gör att de kritiserats för att inte vara objektiva. Men praktisk verksamhet fordrar, framför allt i primärvård, en undersökningsteknik som inte begränsas av användning av apparater som diagnostiska medel.

I kontrollerade studier har visats att de undersökningar som tillämpas inom den ortopediska medicinen kan utföras med god reliabilitet [4-6]. Flera, men långt ifrån alla, metoder kan därför anses vara verifierade.

## Förklaring till besvären

Analysen av funktionsrubbnings, dvs rörelseinskränkningar och muskelstörningar, ligger till grund för behandlingen. En mycket viktig del i behandlingen är att kunna ge patienten en förklaring till besvären på så sätt att denne får en begriplig och hanterbar uppfattning om sitt tillstånd [7].

Även om förklaringen inte alltid kan sägas vila på helt stabil vetenskaplig grund har en rimlig och accepterad förklaring erfarenhetsmässigt varit av stort värde. Den konkreta behandlingen består i rörelsebehandlingar, egen träning, stretching eller muskelstärkande träningar m m. Behandlingar som s k mobilisering eller manipulering av ryggen kan även ingå.

## Muskel- och nervsystemets fysiologi

De kunskaper som särskilt under 1990-talet kommit fram inom muskel- och nervsystemets fysiologi har givit en mycket god förklaring till varför ortopedisk behandling kan ge goda resultat [8].

Kunskaper om muskulaturens styrning, med återkopplande receptorer och nervsystemets plasticitet, är sådana grundläggande kunskaper som gjort att ortopedisk medicin i dag är ett accepterat begrepp inom medicinen. I sin kliniska verksamhet är den en tillämpning av neuromuskelfysiologi, och ortopedisk medicin har nu en stark anknytning till Belastningsskadecentrum i Umeå.

## Utbildning för allmänläkare

Ryggvärk är ett mycket vanligt tillstånd som med fördel hanteras i primärvården. Det framstår därför som naturligt att utbildning i ortopedisk medicin är lämplig för allmänläkare. I utbildning till allmänläkare kan ingå SK-kurser i ortopedisk medicin. Intresset från läkarnas sida att gå dessa kurser är mycket stort men utbildningsmöjligheterna begränsade.

För att värdera om anslagsbeviljande myndigheter har avsatt lämpliga och väl avvägda resurser till denna utbildning är det av mycket stort värde att undersöka hur eleverna värderat utbildningen i ortopedisk medicin.

Alfta Rehab Center har den ojämförligt största erfarenheten av utbildning i ortopedisk medicin. Vid centrat har ge-

nomförts 101 veckokurser, varav 56 SK-kurser. Vid samtliga kurser har frågor ställts genom formulär dels vid kursernas slut, dels i en uppföljningsenkät.

Samtliga deltagare (2 554) har efter avslutad kurs lämnat kurskritik. Av den framgår att kursen motsvarat deltagarnas förväntningar hos 97 procent samt att alla ansåg sig ha nytta av den i sitt praktiska arbete.

## Bedömt utbildningen som värdefull

En uppföljningsenkät sändes ut till 795 läkare som deltagit i SK-kurser. 575 (72 procent) svarade. Av svaren kan utläsas att 97 procent haft nytta av kursen i sitt dagliga arbete, att 44 procent angav att sjukskrivningstiden blivit kortare, och 83 procent bedömde att patienterna blivit nöjdare.

Även om viss kritik kan framföras mot undersökningen med avseende på urval av elever och brist på validering av frågor framstår det tydligt att läkare som genomgått sedvanlig läkarutbildning funnit att utbildningen i ortopedisk medicin varit av mycket stort värde för dem.

## Jern Hamberg

*leg läkare, grundare av Alfta Rehab Center; chef för dess forskningsstiftelse*

## Bengt Johansson

*leg läkare, Belastningscentrum, Umeå*

## Referenser

1. Harris JD, McPartland JM. Historical perspectives of manual medicine. In: Physical medicine and rehabilitation. Clinics of North America. Manual Medicine. November 1996.
2. Mixter WJ, Barr JS. Rupture of intervertebral disc with involvement of spinal cord. N Engl J Med 1934; 211: 210.
3. Vingård E, moderator. Ländryggsbesvär. Symposium nummer 22, sidan 393; Svenska Läkaresällskapets Riksstämman 26-28 november 1997.
4. Gerwin RD, Shannon S, Hong CZ, Hubbard D, Gervitz R. Interrater reliability in myofascial trigger point examination. Pain 1997; 69: 65-73.
5. Strender LE, Sjöblom A, Sundell K, Ludwig R, Taube A. Interexaminer reliability in physical examination of patients with low back pain. Spine 1997; 22: 814-20.
6. Fjellner A, Bexander C, Faleij R, Strender LE. Interexaminer reliability in physical examination of the cervical spine. J Manipulative Physiol Ther 1999; 22: 511-6.
7. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur, 1991.
8. Johansson H, Sjölander P, Lorentzon R. Summaries of lectures during the postgraduate course neuro-muscular systems and muscle pain. September 29 - December 12, 1995. Arbete och hälsa. Vetenskaplig skriftserie 1996:4. Solna: Arbetslivsinstitutet, 1996.