

En mer kunnskapsbasert fysioterapi?

Virker fysioterapi? Leger stiller fra tid til annen dette spørsmålet. En slik generell spørsmålsstilling er imidlertid like meningsfull som om noen hadde spurt «Virker indremedisin?» eller «Virker kirurgi?». Spørsmålet er naturligvis *hvilken* effekt som kan forventes av en *spesifikk* fysioterapeutisk behandlingsmetode anvendt på en *spesifisert* pasientgruppe i en *spesifisert* kontekst. Det siste tiåret har vi fått vesentlig ny kunnskap om effekten av enkelte fysioterapeutiske behandlingsformer, og flere viktige bidrag kommer fra norske fagmiljøer.

Eksempelvis fant Brox og medarbeidere (1) at øvelsesbehandling ledet av fysioterapeut hadde bedre effekt enn placebolaser og like god effekt som artroskopisk kirurgi for pasienter med skuldertendinose, mens Bø og medarbeidere (2) fant at fysioterapeutisk bekkenbunnstrening hadde bedre effekt enn både elektrostimulering og vaginale vekter for kvinner med stressinkontinens. Likeledes er det nylig vist at trening av styrke og balanse bedrer funksjonsevnen og reduserer forekomsten av fall hos geriatriske pasienter som tidligere har falt (3), og at en 30 minutters økning i den daglige dosen fysioterapi for slagpasienter som fra før fikk trening en time og 20 minutter per dag medførte et bedre resultat (4). Innleggelse i slagenhet er det best dokumenterte og mest effektive behandlingstiltaket for pasienter med akutt hjerneslag (5), og det ser ut til at et koordinert tverrfaglig team, der særlig fysioterapi og sykepleie er tett integrert, er blant de virksomme elementene i slagenhetenes behandlingstilbud (6). I de refererte undersøkelsene fant man statistisk signifikante effekter i materialer på bare 50–200 pasienter. Få kirurgiske eller medikamentelle behandlingsmetoder kan oppvise liknende resultater.

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres to artikler (7, 8) som illustrerer variasjonen i fysioterapiens kunnskapsgrunnlag. Birgitta Langhammer & Johan Kvalvik Stanghelle (7) har sammenliknet to behandlingsformer for pasienter med hjerneslag, og dermed bidratt til å styrke kunnskapsgrunnlaget for slik behandling. Berit Heir Bunkan (8) beskriver prinsippene for psykomotorisk fysioterapi, en behandlingsform der formelle effektvurderinger fremdeles i stor grad mangler.

Langhammer & Stanghelle (7) konkluderer med at Motor Relearning Programme (MRP) er å foretrekke fremfor Bobaths me-

tode for rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Ved Bobaths metode legges det vekt på trening av delfunksjoner, mens MRP-metoden legger større vekt på trening av relevante daglige aktiviteter og en mer liberal bruk av kompensatoriske teknikker. Det har lenge eksistert en markert polarisering mellom representanter for de to skoleretningene. Langhammer & Stanghelles arbeid, som også er publisert internasjonalt, er derfor høyst velkomment, selv om de kanskje tøyer konklusjonene noe lenger enn deres data gir grunnlag for. Bl.a. er det et problem at Bobath-pasientene i materialet var dårligere i utgangspunktet til tross for randomiseringen. Dette kan ha hatt betydning for utfallet selv om de initiale forskjellene ikke nådde formell statistisk signifikans. Endelig må det påpekes at forskjellene i favør av MRP-metoden var til stede to uker etter hjerneslaget, men så ut til å være utviklet etter tre måneder. Langhammer & Stanghelles data kan derfor tyde på at denne metoden gir en raskere bedring, men ikke nødvendigvis et bedre sluttresultat enn Bobaths metode. En slik fortolkning understøttes av at liggetiden ble kortere i MRP-gruppen – et ikke uvesentlig resultat i seg selv!

Psykomotorisk fysioterapi (8) er foreløpig ikke en behandlingsmetode som kan betegnes som «kunnskapsbasert». Kanskje ligger det i sakens natur at den aldri kan oppnå en slik status. Ett hovedelement i metoden er en utpreget individuell vurdering og tilpassning av behandlingstiltakene for hver enkelt pasient. Effekten av en slik tilnærming er ikke lett å kvantitere med statistikk og meta-analyser. En underliggende forutsetning for kunnskapsbasert medisin er at pasienter med et sett felles karakteristika (f.eks. en felles diagnose) er tilstrekkelig like til at de kan la seg representere ved et gjennomsnitt. Det er åpenbart at en behandlingsmetode som snarere tar utgangspunkt i pasientenes ulikhet kan få problemer med et slikt paradigme.

Bør leger da unnlate å henvise pasienter til psykomotorisk fysioterapi? Etter min vurdering ville det være en forhastet slutning. Kunnskapsbasert medisin har gitt oss store mengder nyttig kunnskap, men vi skal vokte oss for å la kunnskapsbasert medisin bli en trosretning eller det eneste vi bygger vår praksis på. Dette kan medføre dårligere behandling for pasienter som er lite typiske for den diagnostiske kategori de tilhører (f.eks. gamle), pasientgrupper som er svært heterogene, og tilstander som etter sin natur gjør

det vanskelig å fremskaffe kvantitative data. Det er ikke uten grunn at autoriteter både i Norge (9) og internasjonalt (10) har kommet med forsiktede advarsler.

Utøvere av psykomotorisk fysioterapi skal ikke fritas fra å forsøke å finne ut hvilke effekter deres behandlingsmetode har på ulike tilstander, og det er gledelig at enkelte så smått ser ut til å være kommet i gang (8). I mellomtiden vil i alle fall ikke jeg slutte å henvise pasienter til slik behandling når jeg mener den er indisert.

Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@ioks.uio.no
Medisinsk klinikk
Aker sykehus
0514 Oslo

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er dr.med. og under spesialistutdanning i indremedisin og geriatri ved Aker sykehus. Hans forskning omfatter blant annet vurderingsmetoder for motorisk funksjon hos slagpasienter.

Litteratur

1. Brox JI, Staff PH, Ljunggren AE, Brevik JI. Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome). *BMJ* 1993; 307: 899–903.
2. Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999; 318: 487–93.
3. Hauer K, Rost B, Rüttschle K, Opitz H, Specht N, Bärtsch P et al. Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 10–20.
4. Kwakkel G, Wagenaar RC, Twisk JWR, Lankhorst GJ, Koestier JC. Intensity of leg and arm training after primary middle-cerebral-artery stroke: a randomised trial. *Lancet* 1999; 354: 189–94.
5. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997; 314: 1151–9.
6. Indredavik B, Bakke F, Slørdahl SA, Rokseth R, Håheim LL. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit. Which aspects are most important? *Stroke* 1999; 30: 917–23.
7. Langhammer B, Stanghelle JK. Fysioterapi etter hjerneslag, en randomisert kontrollert studie. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2805–9.
8. Bunkan BH. Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2845–8.
9. Hjort PF. Noe var bedre før – hvordan kan vi ta vare på det? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2069–72.
10. Evans JG. Evidence-based and evidence-biased medicine. *Age Ageing* 1995; 24: 461–3.