

FYSIOTERAPI

I PRIVAT PRAKSIS



Hva er viktigst?

☐ forskning ☒ tro

Misoppfatninger
skaper nye utfordringer



Opptrening etter akutt muskel-
skade – begynne med en gang
eller vente litt?



Pasientkommunikasjon
– hvordan få pasienten til å
ta ansvar?

**PFF**Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

Fysioterapi i Privat Praksis» er et organ for Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund

Kontor og besøksadresse:

Schwartzgt 2. 3043 Drammen

Tlf: 32 89 37 19

Kontortid:

Mand – torsd

kl. 10.30–13.30. Fredag stengt.

web: www.fysioterapi.orge-post: pff@fysioterapi.org

Sekretariatet

Leder: Christin Fosspff@fysioterapi.org**Generalsekretær:** Henning Jensengensekr@fysioterapi.org**Studentkontakt:** Marius Solstrandmarius@iliaden.no**Ansvarlig utgiver:** Privatpraktiserende
Fysioterapeuters Forbund.**Redaktør:** Hilde Stette,red@fysioterapi.org,

tlf: 470 29 850

Redaksjon: Nina Erga Skjeseth, Lars Martin

Fischer, Stian Christophersen, Jørgen Jevne,

Kevin Nordanger Martin, Andrea Næss,

Ingvild Amble Eriksen

Utgivelse: Distribueres fem ganger pr. år.

Signert stoff står for forfatterens egen regning og er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med PFFs syn. Stoff til bladet må være maskinskrevet. Redaksjonen forbeholder seg retten til å forkorte og redigere innlegg. Usignerte artikler og reportasjer er skrevet av redaksjonen.

Abonnement: kr 850.-/pr. år.

Henvendelser til bladet rettes til PFFs sekretariat, tlf: 32 89 37 19. eller pr. e-post.

Annonsealg: Christin Foss,

tlf: 922 42 756,

e-post: christin@kongresspartner.no

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF) organiserer fysioterapeuter i privat praksis og er en frittstående interesseorganisasjon uten partipolitisk tilknytning.

Grafisk utforming/design: Pluss Design,
Lene Hannevig, tlf. 99 64 88 82**Trykk:** Zoom Grafisk AS, tlf. 32 26 64 50www.fysioterapi.orgwww.twitter.com/fysioterapiwww.facebook.com/fysioterapi

LEDER

Tusen takk for meg!

Her en dag skrollet jeg meg avslappet gjennom mine sosiale medier, og havnet til slutt på LinkedIn. Flere hadde gratulert meg med årsdagen for mitt arbeid i bladet du nå leser: Fysioterapi i Privat Praksis. Hyggelig tenkte jeg, at folk følger med, gidder å gratulere. Men det var før jeg oppdaget tallet. 17 år!

Først tenkte jeg bare – Nei, nei, nei. Så dobbeltsjekket jeg, gikk tilbake i tid for å bekrefte at dette måtte være feil, fant ingen feil. Så kom sjokket og vantroen over alle årene som har gått, så kom frysningene, og så gikk jeg inn i en personlig depresjon, så meg i speilet, så igjen, laget en ny tidslinje, ristet på hodet, og til slutt kom den dype erkjennelsen av at: – Jepp! Nå er det på tide å gi seg.

«Stor er kunsten å begynne, men større er kunsten å avslutte».

Det jeg gjør nå, er altså ifølge Henry W. Longfellow, stor kunst. Jeg avslutter! Mulig han ville tenkt at jeg godt kunne gjøre dette grepet tidligere, men tiden flyr når man har det gøy.

Ja, for det har vært veldig gøy. Det tok vel å merke lang tid før jeg skjønnte at norske fysioterapeuter faktisk leser det som blir skrevet i bladet vårt. Men det gjør de altså, og det har vært gledelig og skjerpende for meg.

Den store suksessfaktoren i dette bladet er utvilsomt folka i redaksjonen.

Fysioterapi i privat praksis er jo laget av fysioterapeuter- for fysioterapeuter, og jeg digger gjengen som stødig leverer solide artikler til hver eneste deadline. Det er en strålende flokk med bra folk som elsker å være fagsære (på grensen til nerdete), men mest av alt er de skikkelig hyggelige og flinke skribenter og fagfolk med ulik bakgrunn i privat praksis. I tillegg har vi kreative og ryddige Lene som har designet bladet i alle år, nytenkende, og uten å gå seg fast i gamle mønstre. Korrekturleseren vår Mona er alltid presis i sitt arbeid, og faglig svært dyktig.

Med vårt gode teamwork har det vært lett å følge målet om å holde norske private fysioterapeuter faglig, forskningsfaglig og fagpolitisk oppdatert til enhver tid. Vi har strebet etter å vise det bredeste bildet av privatpraktiserende fysioterapi slik det er i dag, og dette har våre flinke journalister fikset og vil fortsette å gjøre, slik at bladet også i fremtiden er aktuelt, relevant og populært blant private fysioterapeuter i Norge.

Ikke minst vil jeg takke styret i PFF for godt albuerom, frihet under ansvar, tillit, og muligheten til å få lov til å være kreativ og nytenkende. Dette har vært viktig for meg!

Nå skal Nina Erga Skjeseth ta over redaktørrollen. Hun har lang fartstid i bladet, og jeg tviler ikke et sekund på at bladet blir minst like bra i fremtiden. Gleder meg til å lese!

Lykke til, Nina, dette blir bra!

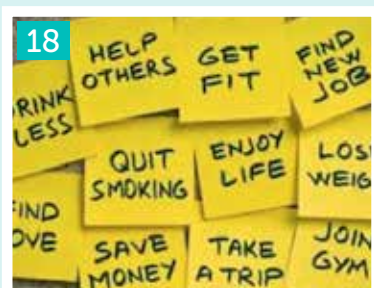
Redaktør
Hilde Stette



Neste utgivelse: april 2018



4 Behandlernetverkseminaret 2018:
«Den unge utøveren»



6 Pasientkommunikasjon – hvordan få pasienten til å ta ansvar?

10 Can Shoulder Arthroscopy Work? (CSAW)

12 Mitt møte med morgendagens fysioterapeuter

14 Om skulderens kabler, hengebroer og «lævd liv»

18 Nytt år, nye muligheter!

20 Misoppfatninger skaper nye utfordringer



24 Tester og kriterier for retur til idrett etter fremre korsbåndskonstruksjon

26 Spesifikke korsryggssmerter: spondylartropati (del 2)

30 Opptrening etter en akutt muskelskade: har det noe å si om man begynner med en gang, eller om man venter litt?

34 Historien bak dagens ultralydutdanning i PFF

36 PFF tildelt 1 million fra Fysiofondet

38 Kurs

SENTRALSTYRET:

LEDER (KONSTITUERT): Linda Linge

linda.linge@fysioterapi.org

NESTLEDER:

STYREMEDLEM: Trude Andersen

trude.andersen@fysioterapi.org

STYREMEDLEM: Svein Erik Sandlien

svein-erik.sandlien@fysioterapi.org

STYREMEDLEM: Finn-Tore Bjørnsand

[\(finn-tore.bjornsand@fysioterapi.org\)](mailto:(finn-tore.bjornsand@fysioterapi.org))

VARAMEDLEMMER: David Aronsen

david@trimmen.no

VARAMEDLEMMER: Trond Dalaker

trond.dalaker@fysioterapi.org

VALGKOMITÉ: Marius Solstrand

marius@iliaden.no

FONDSSTYRE: Trude Andersen

trude.andersen@fysioterapi.org

Christer Nordby

SPESIALISTRÅD

Atle Vervik

Linda Linge

KURSKOMITE

Linda Linge

Svein Erik Sandlien

FAGPOLITISK RÅD

Kjetil Nord-Varhaug

Henning Jensen

MARKEDSFØRING

Tor Aage Berg

Ferry Wagenvoort

Web-redaktør: Hilde Stette

ETISK RÅD

lvaretas av styret

FORSIKRINGSSAMARBEID

IF

Tlf.: 02400

RETTHJELP

Trude Andersen

Kristian Moum

REDAKSJONSKOMITE

Redaktør/journalist:

Hilde Stette

Journalister:

Nina Erga Skjeseth

Lars Martin Fischer

Stian Christophersen

Jørgen Jevne

Kevin Nordanger Martin

Andrea Næss

Ingvild Amble Eriksen

Annonser: Christin Foss

«Den unge utøveren»



På nyåret arrangerte Idrettens Helsecenter det årlige behandlernetverkseminaret for leger og behandlere tilknyttet behandlernetverket til Idrettens Skadetelefon. Tema for dagen var beste praksis for trening og behandling av den unge utøveren, og her kommer en kort oppsummering av noen av foredragene som ble presentert.



AV NINA ERGA SKJESETH
FYSIOTERAPEUT

Idrettens Helsecenter (IHS) ble opprettet i 2009 for å sørge for et best mulig behandlingstilbud for idrettsutøvere. IHS har videre etablert Idrettens Skadetelefon, for å sikre at utøverne får tilgang til kvalitetssikret kompetanse på idrettsmedisin innen kort tid etter skade. Skadetelefonen gir råd om forebygging og behandling til alle, og bestiller utredning og behandling. Et behandlernetverk er etablert for

å sikre kvaliteten på behandlingen, og i dette nettverket inngår omlag 400 leger og behandlere over hele landet, fordelt på alle fylker.

IHS opplevde stor suksess med forårets behandlernetverkseminar, og inviterte derfor til ny samling på Ullevål fredag 12. januar 2018.

Helseplager blant unge utøvere

Nils Fredrik Holm Moseid innledet seminaret med å snakke om helseplager og belastningslidelser blant unge utøvere. Treningsbelastningen blant unge utøvere er tidvis ekstremt stor, der mange trener mer enn 16

timer i uka ved 15-års alder. Ifølge Moseid kan det tyde på at jenter rapporterer flere helseplager enn gutter, og mange rapporterer at de har en helseplage i form av sykdom eller skade til enhver tid.

Fysisk trening og belastningsstyring

Torstein Dalen er fysisk trener for Strømsgodset, og er i tillegg PhD-Stipendiat på NIH. Hans doktorgradsarbeider går ut på å lage et verktøy for belastningsstyring som kan redusere helseproblemer i fotball. Som vi vet, oppstår belastningsskader ofte etter en brå endring i treningsbelastning. Dalen snakket i sitt foredrag



om hvordan man relativt enkelt kan styre belastningen for å redusere risikoen for skader blant idrettsutøvere. Ved å registrere og summere varighet og intensitet på treningen kan man justere totalbelastning fra uke til uke, for å sikre en gradvis økning i belastning når utøveren skal tilbake til trening og konkurranse etter en skade. Dette krever et godt samarbeid med god kommunikasjon mellom både utøver, trener og eventuelt helseteam. Dalen hadde også et tydelig budskap når det gjaldt bruk av basistrening i idretten. Han ønsket at vi skal ta treningsprinsippene tilbake til basistreningen, og praktisere styrketrening i stedet for trening av muskulær utholdenhet. I mange tilfeller blir det gjennomført basistrening med flere minutters arbeidstid eller 20-30 repetisjoner, noe som ikke stimulerer til endringer i maksimal styrke. Dette bør gjøres annerledes, med tyngre belastning og færre repetisjoner også på basisøvelsene.

Stressreaksjoner

Videre holdt Jan Henning Løken et interessant innlegg om stressreaksjoner og stressbrudd i korsryggen hos unge utøvere. Spondylolyse hos unge idrettsutøvere har blitt rapportert hos så mange som 50 % av de med korsryggsplager, mens

omlag 4-9 % av normalbefolkningen har denne tilstanden. Spondylolyse forekommer oftest i bryting, turn, dans, tennis, roing, vekløfting, stuping og spydkast. Vanlige symptomer er gradvis tiltagende smerter, forverring ved aktivitet og avtaging i hvile, paraspinal palpasjonsømheter og smerter ved ekstensjon kombinert med sidebøy og rotasjon. Kun 30-38 % kan sees på røntgen, derfor er CT eller MR foretrukket. Løken snakket om foretrukket behandling av denne lidelsen, der målet er å dempe symptomer, oppnå beintilheling, få utøveren tilbake til idrett og unngå tilbakefall. Ifølge Løken kan ortose brukes for å oppnå smertelindring – ikke beintilheling. Mange bør avlaste i ca. 3 måneder, og kun enkelttilfeller bør opereres. De fleste responderer bra på trening, der belastningsstyring og gradvis opptrepping er nøkkelen.

Patellaluksasjoner hos unge utøvere

Mads Oksum og Håvard Moksnes foreleste om utredning og behandling av patellaluksasjoner hos unge utøvere. Ved gjentatte luksasjoner er operasjon anbefalt, mens førstegangsluksasjon hovedsakelig behandles konservativt. Hovedmålet ved rehabiliteringen er at utøveren skal kunne kontrollere kneekstensjonen og valgiseringen av kneet.

Aktivering av glutealmuskulatur, quadricsstyrke, proximal hamstringstyrke og fot/ankel biomekanikk står sentralt i rehabiliteringen. «Optimal loading» til enhver tid er essensielt.

Idrettsernæring hos unge idrettsutøvere

Dagen ble avsluttet med et foredrag om utfordringer og anbefalinger rundt kosthold hos unge idrettsutøvere av PhD-stipendiat Christine Sundgot-Borgen. Hun snakket om behovet for mer kunnskap om ernæring blant unge utøvere, og at mange unge lett blir påvirket av blant annet myter, markedsføring og «feil» fokus på kropp og kroppsbilde. Unge utøvere har til tider store treningsmengder og en travel hverdag, noe som skaper utfordringer rundt det å få i seg nok og riktig mat. I følge Sundgot-Borgen kan viktige nøkkelpunkter for å optimalisere kostholdet være å etablere en måltidsrytme, ha variasjon i kostholdet, planlegge og tilrettelegge både på skolen og hjemme, i tillegg til mer kunnskap om temaet.

Neste års behandlingsseminar avholdes 11. januar.





Pasient-kommunikasjon

– hvordan få pasienten til å ta ansvar?

Å kommunisere med pasienter kan være en kunst. Å nå frem med budskapet om årsakene til smerte, hva fysioterapeuten kan hjelpe med og hva pasienten selv må gjøre, vil noen ganger være krevende. Særlig hvis pasienten er følelsesmessig «ute av balanse» - er redd, lei seg, fortvilet eller frustrert – eller hvis smertene hemmer evnen til å konsentrere seg og oppfatte budskapet. Vibeke Hammer, daglig leder i Ansvarlig Helse, er mentaltrener og har utviklet programmet AMOVE. Filosofien hennes er at et godt samspill mellom hjernen og kroppen vil påvirke egen helse og egne prestasjoner.

Kunnskap gir muligheter til mestring



AV INGILD AMBLE ERIKSEN

– Jeg tror på vennlig oppriktighet og mer på form og bruk av emosjoner enn selve ordvalget i samtaler med mennesker man skal prøve å hjelpe videre i livet. For en pasient er det essensielt å bli hørt og trodd, samtidig som de må oppleve å forstå hva som skjer, og hva de selv kan gjøre.

Vibeke Hammer har i mange år jobbet med personer som av ulike grunner har falt ut av arbeidslivet, og som trenger «en dytt bak», eller å få et nytt bilde av situasjonen, for å komme i gang igjen. Men hun jobber også med ungdom og folk i arbeidslivet som ønsker å bedre prestasjonene sine.

– Jeg ønsker å bidra til at pasienten kommer til legen eller fysioterapeuten og spør: «Hva kan jeg selv gjøre for å bli bedre?»

Kunnskap gir trygghet

– Mange smertepasienter har mennesker i sine omgivelser som ber dem «ta seg sammen», eller som kommer med gode råd og har «enkle løsninger». Når lege eller fysioterapeut også tyr til øvelser eller behandling pasienten ikke tror på, mister pasienten troen på at han eller hun kan bli bedre.

Hammer synes det fungerer bra å bruke undervisningsform for å motivere folk til å ta ansvar for egen helse. Pasienten må innse at rehabilitering kan være smertefullt, og han eller hun kan trenge støtte til å jobbe seg gjennom.

– Når pasienten vet hva som skjer med kroppen, og hva han/hun kan gjøre selv for å få det bedre, er pasienten bedre rustet til å ta ansvaret. Å ikke vite, kan være en fastlåsende faktor i seg selv. En pasient er ofte redd, og de fleste stoler mer på

helsepersonell enn seg selv. Jeg tror en behandler kan ufarliggjøre og naturliggjøre situasjonen og dermed gjøre pasienten mindre sårbar. I en sårbar situasjon trenger vi trygghet. Blir vi sett, og føler at behandleren bryr seg om oss, blir også de fleste av oss mer motivert til å ta tak i problemene. I slike tilfeller tror jeg på å møte pasienten med å forstå følelsene, heller enn å forklare «inn-grepet» eller behandlingen.

Unngå offerrollen

Hammer mener også det er viktig å avklare hva pasienten tror, og hva vedkommende er villig til å gjøre for å bedre situasjonen.

– En forventningsavklaring kan gi gode rammer for videre behandling og oppfølging. For fysioterapeuten er det viktig å vise at han/hun tror på pasienten. Fysioterapeuten bør spørre hva pasienten tror er årsaken til problemet og forvente at pasienten tar ansvar. Videre må behandleren være tydelig på hva fysioterapi kan gjøre, og hva som må til fra pasientens side for å lykkes med behandlingen. Når fysioterapeut og pasient har etablert en god relasjon, kan fysioterapeuten gå litt mer «på» for å få avdekket om årsaken til plagene ligger i underliggende problemer, sier Vibeke, og understreker at nyere forskning viser at årsakene til smerter kan ligge et annet sted enn det symptomene tyder på. Og at det ofte handler om å forstå smerten for å mestre den.

– Følelsene virker kraftig inn på hvordan vi opplever smerten. Grunnen til at smertene ikke blir borte ved behandling, kan være fordi smertene ligger et helt annet sted. Psyken og somatikken henger sammen, kanskje mer enn vi tidligere har trodd. Ved diffuse lidelser er dette enda tydeligere enn om pasienten har et akutt fysisk traume. Og selv om årsaken til smerten kan defineres, sitter følelsen «smerte» i hodet, sier Vibeke, som legger til at helserådene endrer seg ettersom vi får mer kunnskap – ofte i sykluser på 5 til 15 år.

– Sannheten er ikke konstant. Nyere forskning viser at smerterespons lager et mønster i hjernen, og at det er viktig å lære andre mønstre ved å endre den fysiologiske prosessen i hjernen.

Forsterke mestringsfølelsen

Som mentaltrener tar Vibeke Hammer utgangspunkt i at pasienten svært ofte selv sitter med løsningen. Pasienten må tørre å kjenne etter og lytte til både kroppen og hjernen.

– Jeg prøver å bygge opp pasientens tillit til seg selv og sine evner og muligheter til å bli bedre eller helt bra. Samtidig er det viktig å legge vekt på mestring – trekke frem de tingene som faktisk er bra, blir bedre og situasjoner der pasienten mestrer sine utfordringer. Mange pasienter mister troen om de opplever at behandlingen ikke virker, og hvis smerten ikke blir borte. Da kan det være lurt å peke på og forsterke fremgangen, mener Hammer. Hun har utviklet en konkret fysisk-mental øvelse der du bruker kroppen og hjernen samtidig til å endre det som ikke er bra i øyeblikket.

– Mitt privilegium er at oppgaven er helt konkret og øvelsen er lik for alle utfordringer. Dette handler om hvordan vi kan endre oss fra negativ til positiv ved å få hjernen og kroppen til å spille sammen på en lyst-drevet måte.

Vibeke hevder at å være for «snill» kan gi næring til offerrollen, som igjen gjør at det tar lengre tid før pasienten blir bedre.

– Å ikke være ærlig, eller å være «for snill», er jo det samme som å lure pasienten. En skjør pasient skal man selvsagt være oppmerksom på og være forsiktig med, og det er stor forskjell på hvor i sykdoms- eller bearbeidingsløpet pasienten er. Ettersom relasjonen styrkes, tilliten bygges opp og man kjenner pasientens grenser, kommer rommet for å være mer direkte. Her kommer også forventningsavklaringen inn – skuffelse og sinne handler i de aller fleste tilfellene om at forventningene ikke er innfridd. Man skal også være klar over at en pasient som har hatt smerter over lang tid, kan miste sin identitet dersom smertene forsvinner. I slike tilfeller kan det være nødvendig at fremgangen kommer gradvis, slik at pasienten blir fortrolig med sitt nye «jeg».

Vibeke Hammer tror også det kan være lurt å snakke med pasienten om andre løsninger som kan føre til målet – at man ikke er fastlåst i én tilnærming dersom man er åpen for at andre metoder også kan virke.

Refleksjonsspørsmål underveis

Undervisningsmetoden som Vibeke Hammer sikter til, handler mye om å gi pasienten nok informasjon til å ta kvalifiserte valg, men også å få pasienten til selv å reflektere over gode løsninger.

– Jeg legger vekt på spørsmål som bygger opp og avklarer, og synes de følgende er gode formuleringer som både får pasienten til å tenke, trekke frem det han eller hun har lykkes med og å ta ansvar:
– Hva har du fått til siden sist?
– Hva forventer du av denne timen?
– Hva skal du ha gjort til neste time?

Hvis fremgangen uteblir, er det min jobb som instruktør å belyse årsakene på en konstruktiv måte, og skape rom for pasienten til å velge bedre løsninger neste gang:

– Hva har du gjort som du tror kan ha forårsaket tilbakegangen?
– Hva er grunnen til at du gjør det som kroppen tydelig plages av?
– Hva tenker du å gjøre med dette fremover?

Og om pasienten ikke har tenkt å endre atferd, be vedkommende om å reflektere over hva konsekvensene blir. Hva betyr det for fremtiden om du fortsetter med en uheldig atferd?

Mer tverrfaglig samarbeid?

Hammer legger vekt på at god kommunikasjon mellom fysioterapeut og pasient handler om at fysioterapeuten har en indre trygghet på seg selv og sin faglighet, og også evnen til å være empatisk.

– Alle fysioterapeuter har ikke disse kvalitetene – og hvordan kvalitetene oppleves, både av en selv og pasienten, kan variere fra pasient til pasient. Dette kan være avhengig av personlig kjemi og pasientens sympatier og antipatier. Kanskje vil det være lurt om helsevesenet i større grad begynner å organisere seg mer i team, der fagpersonene kan få støtte av samtalerapeuter til å håndtere pasientsamtalene. På den måten kan pasienten ivaretas bedre, og fagpersonene får jobbe mer konkret med faget sitt, avslutter Vibeke Hammer.

Spesialistsenter

INNEN MUSKEL OG SKJELETT

HVORFOR HENVISE TIL OSS?

Vi har som målsetting å være en støttespiller for både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved å være en intermediær «second opinion»-instans når det er behov for mere spesifikk diagnostikk og skreddersydd avansert behandling hos noen som jobber med dette hele tiden med utstyr og rutiner som gjør det mulig. Vi skal alltid sende epikrise tilbake og anbefale pasienten etterbehandling hos henviser når det er mulig.

Vi har allerede et slikt samarbeid med en rekke aktører i primærhelsetjenesten som fastleger, fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer, osteopater og naprapater rundt i landet.

Spesialisthelsetjenesten har ofte lange køer og er opptatt med den operative og røntgenveilede behandlingen eller pasienter med langt mere komplekse rehabiliteringsmessige behov. På grunn av det har de heller ikke stort volum av de mere kompliserte vanlige muskelskjelettlidelsene sammenlignet med behovet i befolkningen. Vi har også samarbeid med og mottar henvisninger fra sykehusspesialister som fysikalskmedisinere, ortopeder, nevrokirurger og radiologer. Noen av våre regionale sentre har også fysikalskmedisinere og ortopeder som medarbeidere. Vi har også sentre som har fungert som utdanningssentre og medarbeidere som har drevet utdanning av annet helsepersonell av alle kategorier innen vårt fagområde i mange år.

Ved å henvise din pasient til ditt nærmeste regionale spesialistsenter, så skal din pasient få time raskt hos en med rett kompetanse, en utfyllende og nøyaktig rapport fortrinnsvis elektronisk og om nødvendig hjelp til spesialisert behandling om dette ikke kan utføres på din egen klinikk.

Om spesialisten du henviste til, ser det nødvendig å igangsette behandlingstiltak, skal det være med intensjon om å støtte opp under allerede utført behandling og legge til rette for videre behandling hos henviser eller egen fast behandler. Alle pasienter skal henvises tilbake med en utfyllende epikrise og et anbefalt etterbehandlingsregime tilsvarende etter kirurgi.

<https://rssmsk.no/>



AlfaCare

Klinikkutstyr
Trening og rehabilitering
Ortoser
Medisinsk forbruksmateriell
m.m

Du finner alt du trenger
til din praksis på:

www.alfacare.no

Ledende leverandør av klinikkutstyr
og produkter til forebygging og
lindring av muskel- og leddplager
og idrettsskader.

Logg inn for å se din pris. Hvis du ikke er registrert som kunde hos
oss kan du ringe oss på 35 02 95 95 eller sende en mail til post@alfacare.no
så sørger vi for at du blir registrert med riktige rabatter.

Ttool Universal IASTM tool

Ttool er et IASTM-verktøy (instrument assisted soft tissue mobilization) utviklet for å myke opp sammenvoksninger og arrvev, og øke den lokale blodtilførselen.

Hvorfor er Ttool et godt verktøy for deg?

- Den har et unikt ergonomisk design som maksimerer overflatekontakt.
- Flate og avrundede overflater gjør det enkelt å gi kompresjon.
- Konstruksjonen eliminerer behovet for flere verktøy.
- Produktet optimaliserer bløtvevskontakt.
- Overflatebandet slik at du ikke mister grepet på verktøyet.



NYHET!

Vi arrangerer også kurs i IASTM!



AlfaCare Massasjesalve

AlfaCare massasjesalve nøytral er
velegnet til blant annet sportsmassasje.
Salven brukes som friksjonsnedsettende
middel ved massasje.
Finnes også med peppermynteolje.

**Ring oss gjerne på telefon 35 02 95 95 eller send en mail til post@alfacare.no
for mer informasjon og tilbud.**

www.alfacare.no, post@alfacare.no, tlf: 35 02 95 95

AlfaCare

Can Shoulder Arthroscopy Work? (CSAW)

Dette spørsmålet stilte Beard og kolleger i sin CSAW trial (1), og er et betimelig spørsmål i disse tider når stadig flere studier sidestiller effekten av reell kirurgi og sham kirurgi (2-6)



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

Det har versert rykter om CSAW trial i noen år nå, og på tampen av 2017 ble det omsider publisert. Det er ingen underdrivelse å si at dette er et av de viktigste bidragene til økt forståelse om hvordan vi skal tilnærme oss subacromielle plager. I studiet ble pasienter med subacromielle plager randomisert til tre ulike grupper. Gruppe én fikk en subacromiell dekompresjon med bursektomi, acromionreseksjon og løsning av det coracoacromiale ligamentet. Gruppe to fikk sham behandling. Altså fikk de samme pre- og postoperative behandling som gruppe én, men under selve operasjonen ble det kun gjort en artroskopi og ingen operativ prosedyre. Begge gruppene ble fulgt opp med postoperativ fysioterapi som besto av råd og veiledning og en til fire rutinekonsultasjoner. Gruppe tre fikk ingen behandling ut over en oppfølgende samtale med en skulderspesialist etter tre måneder.

Med tanke på resultatene fra lignende sham studier de seneste årene ville jeg blitt overrasket dersom det hadde vært stor forskjell mellom gruppe én og to. Det var det heller ikke.

Nok en gang bekrefter forskning av høy kvalitet at subacromiell dekompresjon ser ut til å være unødvendig for majoriteten av pasienter med subacromielle plager. At dekompresjon ikke gir effekt ut over placebo, stiller også spørsmålsteget ved impingementmodellen som har blitt brukt som forklaringsmodell for subacromielle plager de siste to tiårene. For hvordan kan pasienter bli like

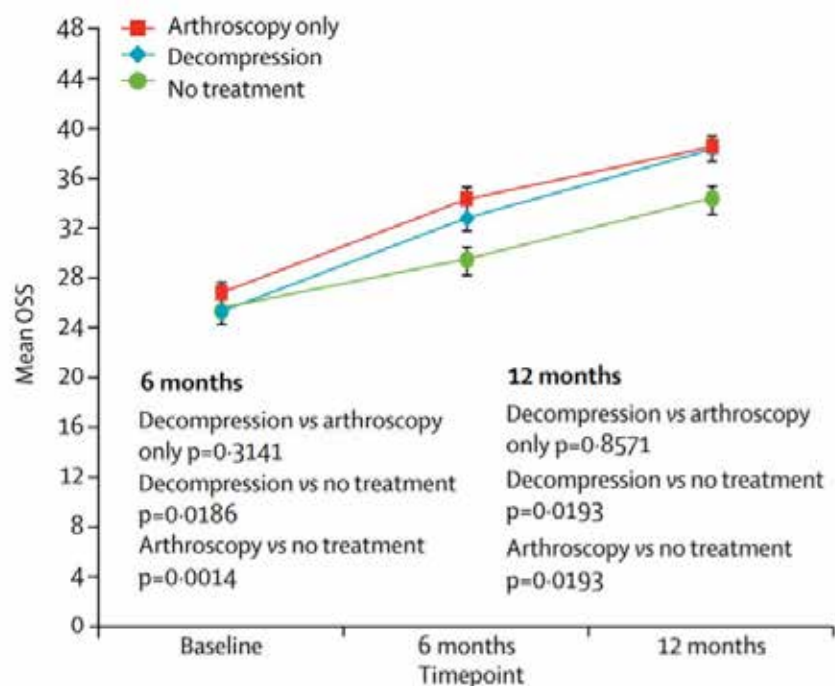
gode av shamkirurgi som dekompresjon dersom årsaken til plagene er for trange forhold subacromielt? Impingementmodellen har blitt kritisert av flere de seneste årene, særlig med tanke på hvilke forventninger pasienter får til trening som behandling (7-9). Det gir lite mening å trene skulderen smertefri dersom årsaken er en mekanisk inneklemming av strukturer, og akkurat denne problemstillingen ble belyst elegant gjennom Cuff og Littlewood sin kvalitative studie fra 2017 (8). Ketola og kolleger (10) viste også at det ikke ser ut til at pasienter som ikke lykkes konservativt, lykkes kirurgisk, og summen av all denne kunnskapen bør tilsi at vi informerer pasientene våre bedre om hva som kan forventes ved kirurgi. Klarer vi å knytte dette opp mot at de fleste ser ut til å bli bedre av trening (11-14), kan vi skape et vesentlig bedre utgangspunkt for å lykkes med behandlingen vår av pasienter med subacromielle plager.

Det kanskje mest interessante med CSAW trial er at de inkluderte en gruppe som ikke mottok behandling overhodet, og at forskjellen mellom de tre gruppene ikke var klinisk signifikant. Høgskolelektor Daniel Major ved HiOA stilte det betimelige spørsmålet.

«Overbehandler vi en selvløsende tilstand?»

Det er en overveiende sannsynlighet for at svaret på dette spørsmålet er ja. Likevel er det jo slik at gruppen som ikke fikk behandling, sannsynligvis sitter igjen med noe likevel. De er jo blitt undersøkt og fulgt opp etter tre måneder. At de da har fått en diagnose som regnes som ufarlig nok til at de har blitt plassert i en «no treatment group», sier noe om alvorlighetsgraden, og bare tryggingen gjennom en undersøkelse, en oppfølging og et implisitt inntrykk av at dette ikke er alvorlig, kan forklare hvorfor de opplever tilnærmet lik bedring som intervensjonsgruppen. Louis Gifford har uttalt at «reassurance is potentially a bloody effective painkiller», og dersom vi klarer å trygge pasientene våre på at dette er en selvløsende tilstand med god prognose, har vi sannsynligvis levert en meget effektiv intervensjon. Klarer vi samtidig å gi dem gode strategier for smertemestring og et håndterbart egentreningsprogram for skuldrene der de opplever at de mestrer gjennomføringen, har vi levert ytterligere en effektiv behandlingsmetode som skaper hjelp til selvhjelp. Dette vil skape pasienter med en større tro på at det de gjør selv fungerer for dem og kan spare samfunnet for store kostnader





Alle gruppene hadde forbedring fra baseline ved både 6 og 12 måneder, men det var ingen signifikant forskjell mellom de tre gruppene (1).

knyttet til behandling – både konservativt og kirurgisk.

Pasienter med subacromielle plager vil fortsatt oppsøke hjelp hos oss, og vi må ta ansvaret for å gi dem mest og best kunnskap om tilstanden på alvor. Slik det ser ut nå, er det ikke behov for å behandle disse pasientene ut over råd og veiledning, og eventuelt med trening som et positivt tilskudd. Det er allerede et problem i dagens samfunn med overdiagnostisering og overbehandling, og faremomentet med dette er at vi kan skape et større problem enn nødvendig og på sikt kanskje skape flere pasienter enn vi hjelper. I dagens samfunn virker det å være en generelt lav toleranse for smerte og et ønske om raske behandlingsresultater. Det er derfor ingen enkel oppgave å levere et behandlingsprodukt som baserer seg på råd, veiledning og trening, da pasientenes forventning til behandling kan være noe helt annet. Det handler om å gi dem god nok informasjon om tilstanden, trygge dem på prognosen, understreke at dette er noe de kan løse på egenhånd og gi gode strategier til selvhjelp – både for smertemestring og med trening. At pasienter har en annen forventning

til hva behandlingen skal være enn det vi nå vet er evidensbasert, er vår oppgave å endre på. Dag for dag. Pasient for pasient.

1. Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper C, Merritt N, Shirkey BA, Donovan JL, Gwilym S, Savulescu J et al: Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. The Lancet 2017
2. Schrøder CP, Skare Ø, Reikerås O, et al: Sham surgery versus labral repair or biceps tenodesis for type II SLAP lesions of the shoulder: a three-armed randomised clinical trial Br J Sports Med 2017
3. Ketola S, Lehtinen J, Rousi T, Nissinen M, Huhtala H, Arnala I.: Which patients do not recover from shoulder impingement syndrome, either with operative treatment or with nonoperative treatment?: Subgroup analysis involving 140 patients at 2 and 5 years in a randomized study. Acta Orthopaedica 2015
4. Shi LL, Edwards TB.: The Role of Acromioplasty for Management of Rotator Cuff Problems: Where Is the Evidence? Advances in Orthopedics. 2012

5. Kukkonen, J., Kauko, T., Joukainen, A. et al.: The effect of waiting time on operatively treated non-traumatic rotator cuff tears Eur Orthop Traumatol 2013
6. Kise, N. Et al: Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up BMJ 2016
7. McFarland, E.G., et al.: Impingement is not impingement: the case for calling it "Rotator Cuff Disease". Muscles Ligaments Tendons J, 2013. 3(3): p. 196-200.
8. Cuff, A., et al.: Subacromial impingement syndrome – What does this mean to and for the patient? A qualitative study. Musculoskeletal Science and Practice, 2018. 33: p. 24-28.
9. Ketola, S., et al.: Arthroscopic decompression not recommended in the treatment of rotator cuff tendinopathy: a final review of a randomised controlled trial at a minimum follow-up of ten years. Bone Joint J, 2017. 99-B(6): p. 799-805.
10. Ketola, S., et al.: Which patients do not recover from shoulder impingement syndrome, either with operative treatment or with nonoperative treatment? Acta Orthop, 2015. 86(6): p. 641-6.
11. Dorrestijn, O., et al.: Conservative or surgical treatment for subacromial impingement syndrome? A systematic review. J Shoulder Elbow Surg, 2009. 18(4): p. 652-60.
12. Saltychev, M., et al.: Conservative treatment or surgery for shoulder impingement: systematic review and meta-analysis. Disabil Rehabil, 2014.
13. Haahr, J.P., et al.: Exercises may be as efficient as subacromial decompression in patients with subacromial stage II impingement: 4-8-years' follow-up in a prospective, randomized study. Scand J Rheumatol, 2006. 35(3): p. 224-8.
14. Haahr, J.P., et al.: Exercises versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement: a randomised, controlled study in 90 cases with a one year follow up. Ann Rheum Dis, 2005. 64(5): p. 760-4.



Mitt møte med morgendagens fysioterapeuter

Saxion University of Applied Sciences, Enschede, Nederland, 21. november 2018



FINN-TORE CAMACHO BJØRNSAND, FYSIOTERAPEUT OG HINTSA PERFORMANCE COACH

Tirsdag 21. november fikk jeg gleden av å reise tilbake til Nederland, nærmere bestemt Saxion, på vegne av PFF for å snakke med morgendagens fysioterapeuter.

Kl. 10 tirsdag morgen møtte det opp 40 håpefulle norske fysioterapistudenter fra både 2. og 3. klasse for å høre hva PFF som et forbund kunne tilby dem, og hva som venter dem etter endt studie. En livlig gjeng med mange gode spørsmål men med overraskende få planer for hva som venter dem når de stolt kan smykke seg med tittelen, FYSIOTERAPEUT.

Som student husker jeg hvordan det klødde i fingrene etter å komme ut og praktisere. Ikke minst så husker jeg hvordan jeg hele tiden dag-drømte om å starte egen klinikk.

Foredraget startet med at jeg pre-

senterte for dem vårt eminente forbund og alle kurs og spesialiseringer vi tilbyr. Dette var noe som vekket stor interesse for studentene, da alle hadde noen tanker om hvilken retning de ønsket å spesialisere seg for innen fysioterapi.

Senere sto muskel og skjelett-kongressen for tur, her var målet mitt å få dem til å forstå at dette er «go to» kongressen for 2018, og ikke minst prøve å få dem til å se verdien av nettverksbygging.

Til slutt var det tid for å fortelle min historie, hvordan jeg som ble forsknet i utdanningen min, gikk over til å starte egen klinikk. Her var målet mitt å inspirere studentene til å forstå «om du vil så kan du». Jeg gikk selv på Saxion og kunne relatere meg til hvordan miljøet der fort kan bli at mange tror det er «VM i fysio».

Fordelen med det fantastiske faget vårt er at man aldri er ferdig utlært, det finnes så enormt mange retninger man kan gå, og med masse ny forskning som stadig publiseres,

må man for å overleve hele tiden oppdatere seg faglig.

Jeg åpnet meg opp og fortalte om mine «set backs» og at det ikke finnes noe som heter «å feile», men at man må se på alt som verdifull læring. Om det er det å stryke på eksamen, eller om det er det å møte på annen motgang i livet, så er det ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det som vil avgjøre utfallet av situasjonen.

Først etter å snakket litt fagpolitikk og litt om retningen jeg valgte å gå så begynte et par å trekke på smilebåndet og fortalte at de også gikk med en drøm om å starte opp for seg selv. Overraskende mange åpnet seg opp og fortalte at de ikke så for seg å jobbe kommunalt men å jobbe på en klinikk, enten med eller uten tilskudd, der de kunne styre egen hverdag og se en stor variasjon av pasienter.

Så da er det bare å glede oss til denne motiverte gjengen er ferdig utdannet og ønsker å være en del av PFF.

Ønsker du å tilby produkter fra

BAUERFEIND®

til dine pasienter?

Ta kontakt med oss for mer informasjon på
bauerfeind@demp.as

For faglig veiledning om produkter og indikasjoner,
kontakt vår fysioterapeut på telefon 470 29850.

www.bauerfeind.no

Om skulderens kabler, hengebroer og «lævd liv»

Den smertevitenskapelige bølgen har skylt innover fysioterapien. Noen mener pendelen har svingt for langt [1], mens andre vil hevde at klinikere som mener de kan palpere fylldighetsgrad av rotatorcuffen, står fast i det 20. århundret. Den svært kompetente psykomotoriske fysioterapeuten Lene Hubak Fleischer snakker ofte om «lævd liv» og hvordan vi må se pasienten for mer enn (skulder)smerten. Vi må også se «det levde livet» med denne skulderen. Denne teksten omhandler det diffuse skillet mellom mekanikk og mentalitet.



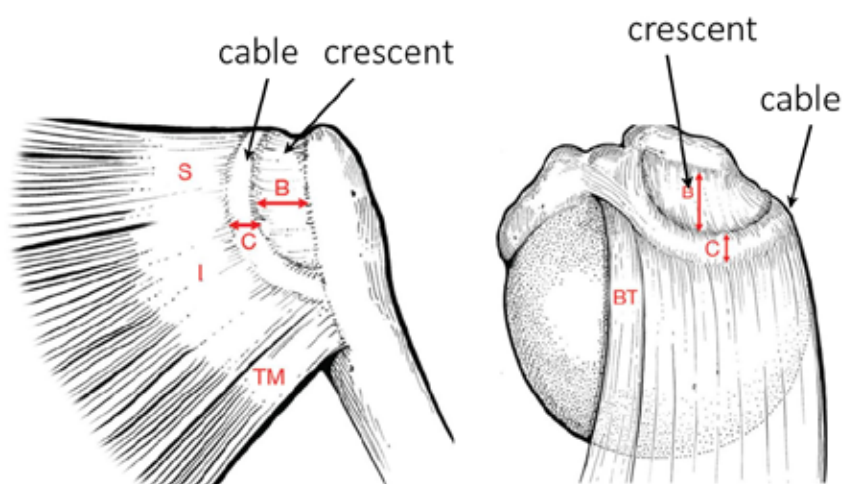
AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

I forrige blad (Fysioterapeuten nr. 4, 2017) skrev jeg om hvordan cuffrupturer utvikler seg over tid. Vi vet at svært mange får – eller har – rupturer i én eller flere sener i rotatorcuffen, også blant asymptotiske personer i bakgrunnsbefolkningen [2-4]. Vi vet også at det er til dels sterk uenighet om hvordan disse bør behandles, og hvilket grunnlag pasienten eventuelt bør opereres på [5,6]. Som klinikere i førstelinjen har man en stor utfordring i diagnostikken, undersøkelsen og behandlingen av pasienter med cuffskader. Forvirringen blir ikke mindre av at det publiseres studier som peker i retning av at psykososiale faktorer har større innvirkning på smerteopplevelsen enn de biomekaniske forholdene i skulderen [7,8].

Er vi i ferd med å bevege oss vekk fra det biopsykososiale paradigmet, og heller se pasienten som et psykososialt økosystem med lett biologisk krydder?

Meningsløs mekanikk?

I motsetning til radiologen som kan skrive ned funnene på et stykke papir og sende denne beskrivelsen inn i det uendelige helsesystemet,



står vi som klinikere ofte i den utakknemlige situasjonen at vi skal forklare pasienten hva disse funnene faktisk betyr. Med kunnskap kommer makt, men i denne bransjen fostrer kunnskap også usikkerhet [9]. Vår viten omkring psykososiale faktorer og myriaden av 'funn' hos asymptotiske gjør at vi i stadig mindre grad kan være skråsikre ovenfor pasientene. En kollega ga meg for en stund tilbake et råd som på tross av at det ble fortalt med en humoristisk tone, har et alvorlig opphav:

«Hvis du finner en skikkelig ruptur i supraspinatus på venstre side, og denne skulderen er vond, så må du for all del ikke sjekke høyre.» (Underforstått at du raskt vil finne

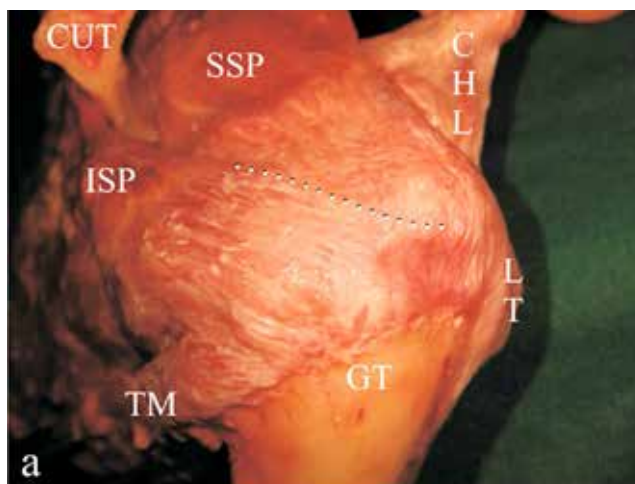
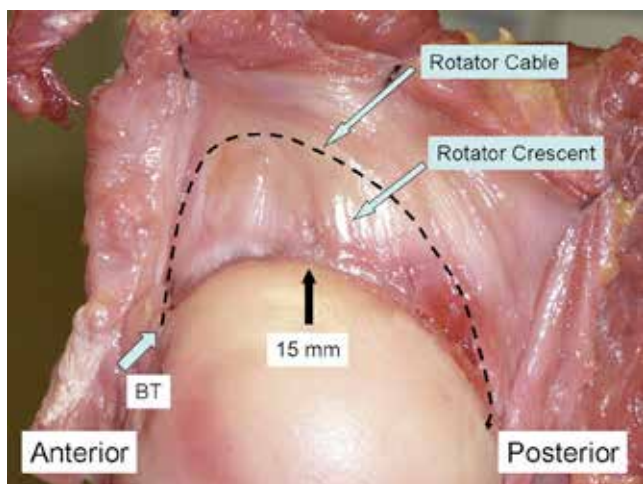
en ruptur i kontralaterale skulder, på tross av fraværet av symptomer).

Men hvorfor er det slik at noen pasienter kan ha tilsynelatende store rupturer i rotatorcuffen og ha tilnærmet sømløs skulderfunksjon, mens andre rapporterer betydelige smerter og funksjonsnedsettelse med hva som ser ut til å være relativt små skader?

Ligger hele forklaringen i 'lævd liv', eller kan man fortsatt søke enkelte svar i mekanikken?

Hengebrohypotesen

Transversalt orienterte fibre som løper perpendikulært til rotatorcuffen og fungerer som en forsterkning av denne, ble først beskrevet histologisk



Når man ser på studier hvor forskerne har dissekert kadavre, ser man at rotatorcuffen har overlappende fibre og ikke er like organisert som den fremstår i anatomiske atlas.

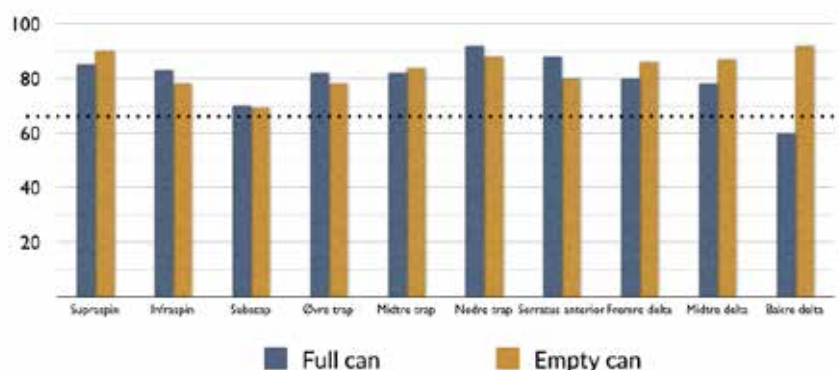
i 1990 [10], og senere artroskopisk [11]. Forsterkningen fikk navnet rotator kabelen, og man har antatt at dennes funksjon er å fordele stresset gjennom rotatorcuffen. Ved disseksjon ser man at rotatorcuffen ikke er nøyssommelig plasserte fibre med klare avgrensninger som man har lært i anatomiske atlas, men snarere et sammensurium av overlappende fibre uten konkrete og konsekvente forløp [12] (se bilde 1-2). Ved disseksjon finner man fibre fra subscapularis som overlapper sammen med ligamentum transversum over bicepsfuren og fester seg på bakre fasett av tuberculum majus. Motsatt finner man fibre fra infraspinatus helt anteriort i skul-

deren. Dette gjør myten om isolert cufftesting til en av de mest seiglivede mytene i skulderforståelsen. Når man ser hvordan fibrene i skulderen overlapper samt forekomsten av individuelle variasjoner gjør at det fremstår utopisk at man kan ved hjelp av spesifikke vinklinger være i stand til å isolere strukturer. Det viste for eksempel Boettcher i 2009, hvor man ved EMG målinger undersøkte hvordan empty og full can isolerer supraspinatus – noe testene i alle år har hevdet. Under målingen fant man like høy aktivitet i 8 og 9 muskler ved testing av full og empty can, respektivt [13] (se bilde 3). Når fibre overlapper og rotatorkabelen fordeler kreftene gjennom rotator-

cuffen, vil vår forståelse av muskulaturens funksjon nødvendigvis også måtte revurderes.

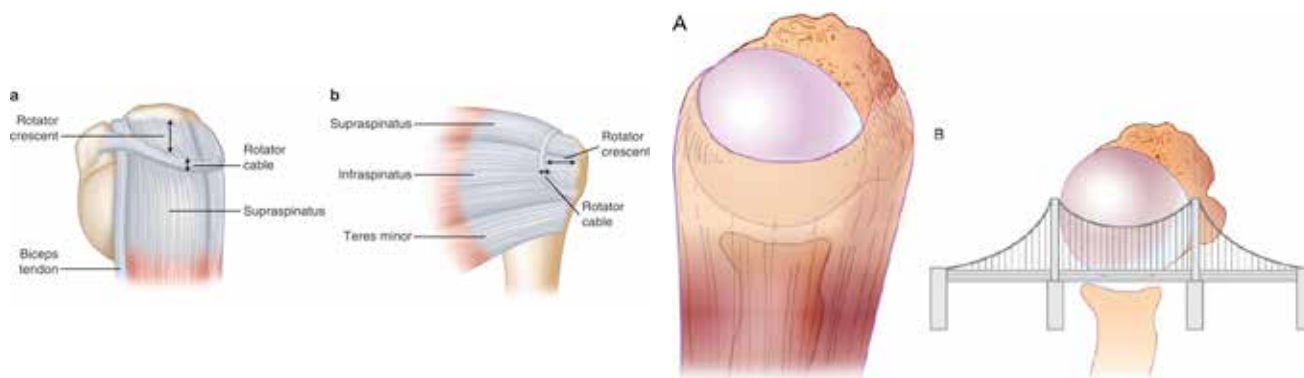
Rotatorkabelen kan ses fra forskjellige vinkler, og ved å se hvordan rotatorcuffen omkranser caput humeri ovenfra, forklarte Burkhart dette som en hengebro (se bilde 4-5). Man beskriver da området distalt for kabelen som 'halvmånen' eller 'rotator crescent'. Rent anatomisk mener enkelte forskere at rotatorcuffens oppbygning, med kabelen som en forsterkning og knutepunkt mellom supraspinatus-, infraspinatus og teres minorsenene, kan forklare hvordan noen pasienter med tilsynelatende relativt store cuffrupturer kan bevare god skulderfunksjon. Det er viktig å påpeke at på tross av at det ikke er klar assosiasjon mellom størrelse på rupturen og smerteintensitet [8], så viser samme studie at det er klar sammenheng mellom størrelsen på rupturen og forekomst av smerte. Med andre ord, desto større rupturen er, desto større er sannsynligheten for at pasienten rapporterer smerte [8]. Moosmeyer viste også ved 8 års oppfølging av ikke-opererte pasienter at de med størst progresjon av rupturen i løpet av oppfølgingsperioden rapporterte dårligere funksjon og høyere smerte [14].

Tar man disse studiene inn i betraktningen rundt rotatorkabelen, så kan



Boettcher, C.E., et al.: The 'empty can' and 'full can' tests do not selectively activate supraspinatus. J Sci Med Sport, 2009, 12(4): p. 435-9.

I 2009 viste Boettcher i EMG målinger at Full can og Empty can testen aktiverer 8 og 9 muskler like mye, respektivt. Det er med andre ord ikke tester som isolerer supraspinatus.



Burkhart forklarte anatomen i rotatorcuffen som en hengebro, hvor rotorkabelen er en forsterkning som løper perpendikulært til cuffen.

man spekulere i om hvorvidt små og mellomstore rupturer beliggende distalt mot festet ikke rammer forsterkningen i cuffen (rotator kabelen). Dette vil karakteriseres som en 'crescent tear', som altså da rammer halvmånen beliggende distalt ned mot senefestet. Desto større og mer omfattende rupturen blir, desto større er sjansen for at kabelen også affiseres, og dermed påvirker skulderfunksjonen i negativ retning. Samtidig kan man ha tilsynelatende små rupturer med store funksjonelle begrensninger, og man kan da spekulere i hvor denne rupturen er lokalisert og om integriteten i kabelen er komprimert. Noen få studier støtter denne hypotesen ved at man oftere ser intakt kabel på ultralyd ved asymptomatiske rupturer, samt en tendens til ikke å kunne visualisere kabelen ved store rupturer (se bilde 6-7) [12,15].

Klinisk verdi

Det må understrekes at vår viten om rotorkabelen, dens funksjon og ikke minst relevanse i vårt daglige virke er begrenset. På tross av at den ble beskrevet for over tjue

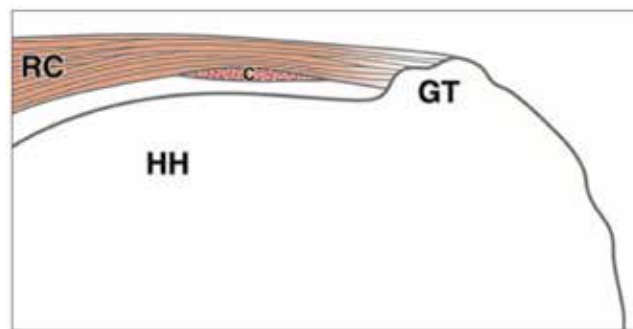
år siden, er vår forståelse fortsatt for dårlig. Per i dag er diskusjonen rundt hypotesen om 'cable and crescents' mer en akademisk kuriositet. Det kan allikevel være interessant for skulderinteresserte klinikere at det per i dag foreligger biomekaniske hypoteser til hvordan enkelte pasienter tilsynelatende kan ha små rupturer med store funksjonelle begrensninger og vice versa. Så må fremtidige studier vise om denne hypotesen holder vann.

1. Hancock, M.J., et al.: Discussion paper: what happened to the 'bio' in the bio-psycho-social model of low back pain? Eur Spine J, 2011. 20(12): p. 2105-10.
2. Minagawa, H., et al.: Prevalence of symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears in the general population: From mass-screening in one village. J Orthop, 2013. 10(1): p. 8-12.
3. Keener, J.D., et al.: A prospective evaluation of survivorship of asymptomatic degenerative rotator cuff tears. J Bone Joint Surg Am, 2015. 97(2): p. 89-98.
4. Yamaguchi, K., et al.: Natural history of asymptomatic rotator cuff tears: a longitudinal analysis of asymptomatic tears detected sonographically. J Shoulder Elbow Surg, 2001. 10(3): p. 199-203.
5. Dunn, W.R., et al.: Variation in orthopaedic surgeons' perceptions about the indications for rotator cuff surgery. J Bone Joint Surg Am, 2005. 87(9): p. 1978-84.
6. Thorpe, A., et al.: Rotator cuff disease:

- opinion regarding surgical criteria and likely outcome. ANZ J Surg, 2017. 87(4): p. 291-295.
7. Chester, R., et al.: Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. Br J Sports Med, 2016.
 8. Wylie, J.D., et al.: Mental Health Has a Stronger Association with Patient-Reported Shoulder Pain and Function Than Tear Size in Patients with Full-Thickness Rotator Cuff Tears. J Bone Joint Surg Am, 2016. 98(4): p. 251-6.
 9. Simpkin, A.L., et al.: Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? N Engl J Med, 2016. 375(18): p. 1713-1715.
 10. Clark, J., et al.: The relationship of the glenohumeral joint capsule to the rotator cuff. Clin Orthop Relat Res, 1990(254): p. 29-34.
 11. Burkhart, S.S., et al.: The rotator crescent and rotator cable: an anatomic description of the shoulder's "suspension bridge". Arthroscopy, 1993. 9(6): p. 611-6.
 12. Rahu, M., et al.: Rotator cuff tendon connections with the rotator cable. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2016.
 13. Boettcher, C.E., et al.: The 'empty can' and 'full can' tests do not selectively activate supraspinatus. J Sci Med Sport, 2009. 12(4): p. 435-9.
 14. Moosmayer, S., et al.: The natural course of nonoperatively treated rotator cuff tears: an 8.8-year follow-up of tear anatomy and clinical outcome in 49 patients. J Shoulder Elbow Surg, 2017. 26(4): p. 627-634.
 15. Bureau, N.J., et al.: Sonographic Visualization of the Rotator Cable in Patients With Symptomatic Full-Thickness Rotator Cuff Tears: Correlation With Tear Size, Muscular Fatty Infiltration and Atrophy, and Functional Outcome. J Ultrasound Med, 2016. 35(9): p. 1899-905.



Fig. 3—31-year-old man without shoulder symptoms. Ultrasound image in longitudinal plane relative to supraspinatus tendon (SST) shows rotator cable (arrows) in short axis over humeral head. GT = greater tuberosity.



Rotorkabelen fremstår på ultralyd som en hyperekoisk forsterkning, beliggende ned mot cortex. Se for øvrig også illustrasjon.

SonoMSK Oslo 2018

Interessegruppen for Ultralyd i Privat Praksis (UIPP) har gleden av å invitere til Skandinavisk kongress i MSK ultralyd i Oslo 7. september til 8. september 2018. Kongressen er i samarbeid med Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF) og Foreningen for Ultralyd i Allmennpraksis (FUA).

**LEVON N. NAZARIAN MD**

Vi har vært så heldige å få booket headliner dr Levon N. Nazarian som er en svært erfaren radiolog med muskel og skjelett som spesialfelt og meget lang erfaring fra klinisk praksis og som internasjonal foreleser.

Kurset gir tellende poeng fra følgende forbund:**LEGEFORENINGEN:**

Kurset er søkt godkjent hos Legeforeningens Spesialistkomitèer for Allmennleger, Fysikalsk medisin, Ortopedi og Revmatologi.

PRIVATPRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUTERS FORBUND (PFF):

Deltakelse ved kongressen gir 14 timer som faglig vedlikehold av tittel eller som relevante kurstimer for å søke om spesialisering som Spesialist i Muskel og Skjelett Ultralydd – MPFF. Deltakelse ved kongressen gir 14 timer som faglig vedlikehold av tittel som Spesialist i Muskel og Skjelett Fysioterapi -MPFF.

NORGES NAPRAPAT FORBUND:

Deltakelse ved Ultralydkongressen 2018 gir 6 poeng i Nnf's poengsystem.

NORSK KIROPRAKTORFORENING:

Norsk Kiropraktorforening gir 14 godkjente kurstimer i henhold til NKF sitt krav om obligatorisk etterutdanning.

NORSK OSTEOPATFORBUND:

Norsk Osteopatforbund godkjenner ultralyd kongressen med 12 timer i NOF's registreringssystem for faglig oppdatering.

Nytt år, nye muligheter!

Julehøytiden er over, og for mange av oss starter det nye året med litt dårlig samvittighet og nyttårsforsetter om å bli en sunnere utgave av seg selv. Den store slankesesongen er i gang der vi skal forbrenne nytelsene fra desember måned, og treningssentrene bugner av nyopprettede medlemskap. Tidligere undersøkelser viser at slanking og fokus på å forbedre helsen er de vanligste forsettene når vi går inn i et nytt år (1).

Men hvor stor skade utgjør utskielene i høytiden? Hvilke myter relatert til inntak av mat og alkohol kan bekreftes eller avkreftes?



AV ANDREA NÆSS
M.S.C. HUMAN ERNÆRING

Vektøkning

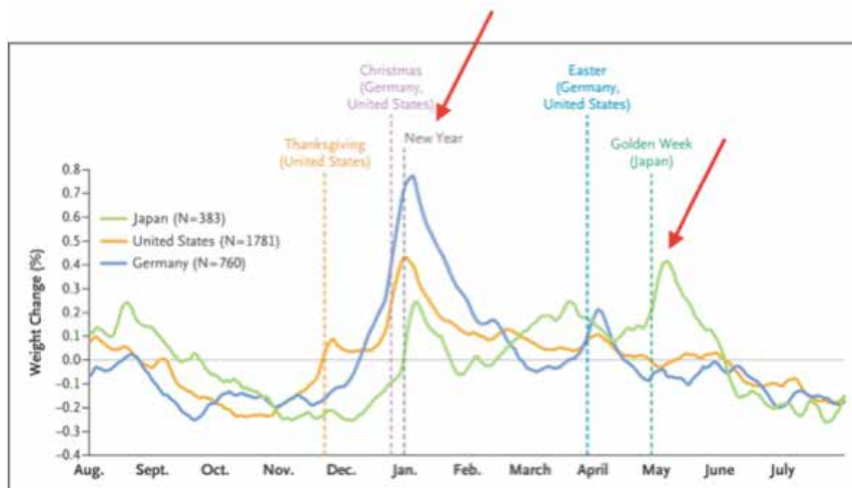
Julen er en høytid hvor tradisjonsrike måltider står i fokus. Samtidig som kaloririk mat og drikke er lettere tilgjengelig, har aktivitetsnivået en tendens til å falle. Likevel er det mulig å holde vekten stabil da et slikt inntak over kort tid kan «utlignes» med et litt lavere matinntak i perioden etter jul og nyttår. Rent fysiologisk er det vanskelig å legge på seg av én julemiddag eller et juleselskap. En skal også spise veldig mye for å oppnå en vektoppgang på selv bare én kilo fettmasse på en uke. En kilo fettmasse er enkelt estimert til ca. 7500 kilokalorier (2). Dette regnestykket må utlignes med forbruk gjennom fysisk aktivitet og hvilestoffskifte, altså den energien vi forbruker ved hvile til å utføre livsnødvendige prosesser i kroppen som å få hjertet til å slå, lungene til å puste og holde kroppstemperaturen stabil. Men, problemstillingen blir at høytidens utskielser ikke lenger begrenser seg til kun én uke, men gjerne store deler av desember måned da det er høysesong for julebord og selskaper. Dette er nok til å skape konsekvenser.

En av de mest kjente amerikanske studiene som har undersøkt denne problemstillingen, hevder at halvparten av den årlige vektøkning-

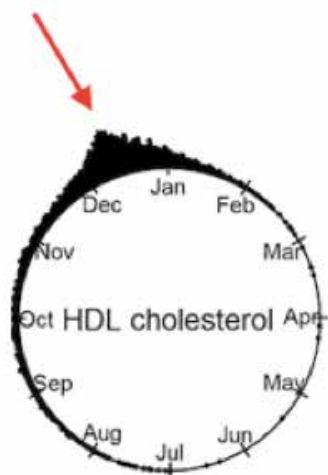


gen nettopp skjer i perioden rundt høsten og vinterens høytider (3). Undersøkelsen observerte vektoppgang i løpet av en 12 måneders periode på befolkningen i USA, Tyskland og Japan, og funnene

viser at den største vektoppgangen skjer rundt jul, Thanksgiving og den tradisjonelle høytiden «den gyldne uke» i Japan (figur 1). I Norge er det begrenset data på området, men en studie utført i Tromsø kan også



(Figur 1: New England Journal of Medicine, 375;12. sept. 2016).



(Figur 2: Seasonal variation in cardiovascular disease risk factors in a subarctic population: the Tromsø Study 1979-2008).



bevise sesongvariasjoner i vekt (4). Mer interessant er økningen av kolesterol (fettstoffet HDL) i desember måned som kan ha vært forårsaket av et høyere alkoholinntak i julen (figur 2).

Alkohol og inntak av fettrik mat

Høy konsentrasjon av etanol som akeviitt har blitt foreslått å ha en «forbedrende effekt» på fordøyelsen av tunge julemåltider i den allmenne befolkning. De få studiene som har undersøkt denne effekten, avslår en slik teori (5,6). Ifølge en studie utført i Tyskland konkluderte de med at sterk alkohol ikke forbedrer tømningstiden fra magesekk. Denne konklusjonen støttes av en av de mest relevante studiene med tanke på alkohol og fordøyelse, der fordøyelsen viste seg å gå saktere ved inntak av alkohol sammenlignet med alkoholfri drikke. Mer spesifikt viste resultatene at tømmingen av mageinnholdet hadde en gjennomsnittlig halveringstid på 6 timer med inntak av vann og te, sammenlignet mot over 9 timer med inntak av snaps og vin. Alkohol bidrar derfor ikke til å «løse opp» fettrike måltider slik som mange kanskje anslår.

Konsekvenser av unormalt alkoholinntak rundt høytider

Et forhøyet alkoholinntak over en kort periode kan ha en negativ effekt på leveren (7). Når man drikker vil kroppen alltid prioritere å forbrenne alkoholen først, og dermed reduseres forbrenningen av andre

makronæringsstoffer som fett og karbohydrater. Når forbruket av fett svekkes, øker produksjonen av fett i leveren (fettsyresyntesen), og dette gir økt mengde fettstoffer både inne i levercellene og i blodbanen. Dette kan føre til hypertriglyseridemi, altså forhøyede fettverdier som sirkulerer rundt i blodet, og denne tilstanden regnes som en risikofaktor for hjerte- og karsykdom. I tillegg kreves mye oksygen i prosessen med å bryte ned alkohol. Dette kan forårsake oksygenmangel i levercellene som hemmer leverens funksjon. Jo høyere alkoholinntak, jo mer arbeid på leveren. I Norge har vi en uønsket drikkekultur sammenlignet med mange andre europeiske land, og denne adferden er veldig synlig rundt ferier og høytider. Vi drikker sjeldnere men mye når vi først inntar alkohol, og dette kan være mer uhensiktsmessig enn et hyppigere men mer moderat inntak.



Holiday Heart Syndrome (HHS)

Dette faguttrykket oppsto sent på 70-tallet da forskeren Philip Ettinger observerte negative funn knyttet til hjerte og kar etter mye og hyppig alkoholinntak blant friske mennesker uten hjertesykdom (8). Tilstander som arytmi (hjerterytmeforstyrrelser) og da spesielt arterieflimmer ble knyttet til et stort inntak av alkohol over en kort periode. Slik unormal rytme av hjerteslag kan forårsake pustevansker, forhøyet blodtrykk og i verste fall øke risikoen for hjerteinfarkt og plutselig død.

1) Tilgjengelig på: <https://www.theguardian.com/science/2006/dec/29/psychology.uknews>

2) Hall K. Waht is the Required Energy Deficit per unit Weight Loss. Int J Obes (Lond). 2008; 32(3): 573-576.

3) The New England Journal of Medicine. Weight Gain over the Holidays in three Countries. 2016: 375;12.

4) Hopstock L, Barnett A, Bønaa K, Mannsverk J, Njølstad I, Wilsaard T. Seasonal variation in cardiovascular disease risk factors in a subarctic population: the Tromsø Study 1979-2008.

5) Franke A, Harder H, Orth A, Zitzmann S, Singer M. Postprandial Walking but not Consumption of Alcoholic Digestifs or Espresso Accelerates Gastric Emptying in Healthy Volunteers. 2008 Vol.17 No 1, 27-31.

6) British Journal of medicine. Heinrich H, et al. Effect on gastric function and symptoms of drinking wine, black tea, or schnapps with a Swiss cheese fondue: randomised controlled crossover trial. 2010; 341:6731.

7) Ross A, Caballero B, Cousins R. Modern Nutrition in Health and Disease. 2012

8) Tonelo D, Providência R, Gonçalves L. Holiday Heart Syndrome Revisited after 34 Years. 2013; 101(2): 183-189.

Hva er viktigst?

☐ forskning

☒ tro

Misoppfatninger skaper nye utfordringer

De siste årene har vi i stadig større grad blitt bevisstgjort rundt betydningen vitenskapen har for vår forståelse av faget. Vår kulturelle bagasje, vår faglige integritet, vår profesjonelle identitet og vår daglige kliniske praksis blir satt på prøve. Profesjonen bevisstgjøres på hvor mange ubesvarte spørsmål som fortsatt finnes, og kanskje enda viktigere blir vi klar over spørsmål vi ikke engang visste vi hadde. Men i takt med den vitenskapelige utviklingen og betydningen denne usikkerheten har for oss som klinikere, så dukker nye spørsmål opp: hvordan har fokuset på vitenskapelig etterrettelighet påvirket pasientenes tiltro til systemet? To ferske studier belyser pasienters oppsiktsvekkende misoppfatninger om korsryggs- og nakkesmerter.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Tidligere har jeg skrevet om «Tenesenens notoriske uforutsigbarhet» (Fysioterapi i Privat Praksis nr. 1, 2017) og «Selvsikkerhetens luftslott» (Fysioterapi i Privat Praksis nr. 3, 2017). Begge disse artiklene

beskriver et fag i endring, hvor forskningen river teppet under vår etablerte forståelse og vedtatte sannheter. I sosiale medier og på konferanser forstår man raskt hvordan fagutøvere opplever en identitetsberøvelse, og at mange sliter med å navigere rundt i det nye 'vitenskapelige farvannet'. Men i våre profesjonsspesifikke diskusjoner om identitet ser det ut til at vi ofte glemmer endemålet med det

hele: pasienten på behandlingsrommet. Hvordan opplever pasientene selv denne utviklingen, og hvordan påvirker det deres forhold til behandling i helsevesenet?

Det er godt kjent at forskningen innenfor muskelskjelettplager i utgangspunktet er underdimensjonert og -finansiert [1]. Forskningen innenfor vårt fagfelt har vært dominert av kvantitativ forskning,

TABLE 1. Survey instrument designed to assess patient understanding regarding lumbar spondylosis

1. Would you be willing to undergo surgery if your MRI reports abnormalities, even if you do not have any symptoms?
A) Yes or B) No
2. Would you be willing to undergo surgery if your x-ray reports abnormalities, even if you do not have any symptoms?
A) Yes or B) No
3. Which is more effective to treat back pain (not leg pain)?
A) Back surgeries or B) Physical therapy
4. Which has more risk?
A) Back injections or B) Back surgeries
5. What is your highest level of education?
A) High school or B) College or C) Graduate/professional school
6. Have you undergone spine (back or neck) surgery?
A) Yes or B) No

Franz et al benyttet dette spørreskjemaet for å kartlegge pasientenes oppfatninger

og med begrensede midler har det vært lite fokus på kvalitativ metode. Noen studier har vist tydelig hvordan helsepersonellens kommunikasjon påvirker pasienters oppfatning av sin tilstand [2-6]. Et sitat som har dukket opp i kjølvannet av disse er:

«Enhver kliniker pasienten har sett før deg er et potensielt gult flagg.»

Slike utbasuneringer er åpenbart provokative, men i lys av studiene

som har blitt gjort, har de et reelt opphav som må tas på alvor.

Skaper helsehjelpen uhelse?

Det har etter hvert blitt godt kjent at stort sett alle har 'funn' på diverse skanninger, selv om de ikke har smerter [7-12]. Det som kanskje er mindre kjent er at (tidlig) billeddiagnostikk har en såkalt 'iatrogen effekt' [13,14]. Iatrogen effekt er definert som en (følge)skade påført av helsepersonell/helsevesen. Med andre ord er

det tegn på at helsehjelpen i noen tilfeller faktisk virker mot sin hensikt og skaper en negativ spiral [15,16]. Med den ovenstående litteraturen som bakteppe, er det to interessante studier fra 2015 og 2017 som danner grunnlaget for dagens artikkel.

Misoppfatninger: korsrygg

I 2015 publiserte Franz og forfattere en studie på korsrygg [17]. Her ble alle pasienter som var henvist til én av forfatterne (nevrokirurg) mellom juni 2012 og april 2013 bedt om å fylle ut et spørreskjema vedr. deres oppfatninger om korsryggen (se bilde 1). Det vises til den vedlagte infografikken og diagrammene (se bilde 2 og tabell 1). 121 pasienter leverte tilbake spørreskjemaene, og man observerte følgende trender: 52% av pasientene sier de ville blitt operert i korsryggen basert på abnormaliteter på MR, selv om de ikke hadde symptomer. 41% av de spurte svarte ja på det samme spørsmålet vedrørende vanlig røntgenbilder. 61% av pasientene mener fysioterapi er mer effektivt enn kirurgi for å behandle korsryggssmerter (uten bensmerter). 17% mente at epidural injeksjon var mer risikofyllt enn ryggoperasjon. I diskusjonskapitlet utdyper forskerne hvordan den voksende litteraturen på forventninger og (mis)oppfatninger påvirker kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. De peker videre på diskrepansen mellom anbefalinger av billeddiagnostikk i kliniske retningslinjer, med forventningene og tiltroen pasientene har til avanserte bildeundersøkelser [18].

Misoppfatninger: nakke

Franz sin pilotstudie åpnet opp for mange flere spørsmål og belyste tydelig hvordan misoppfatninger florerer innen muskelskjeletthelse. Studien illustrerer også tydelig kommunikasjonsutfordringene vi alle står overfor hver dag i klinikken. To år senere, på tampen av 2017, publiserer den norske nevrokirurgen Clemens Weber med forfattere en oppfølging til Franz sin studie [19]. Her tar man utgangspunkt i funnene fra korsryggen og gjentar metoden for nakkesmerter. Man gjør noen små forandringer i spørreskjemaet (se bilde 3) og går noe lenger i metoden ved å inkludere

Table 1 Questionnaire for patients with cervical spondylosis

1. What is your gender?	☐ Female ☐ Male
2. What is your age?	_____ years
3. Have you been operated in the spine before?	☐ Yes, in the neck ☐ Yes, in the back ☐ No
4. Have you received conservative treatment for your neck condition (physical therapy, pain medication, etc.)?	☐ Yes ☐ No
5. What do you think is more important in the decision making process?	☐ Results from Magnetic Resonance Imaging ☐ Case history and results from consultation/clinical examination
6. Would you be willing to undergo surgery if your MRI reports abnormalities, even if you do not have any or very little symptoms?	☐ Yes ☐ No
7. Which do you think is more effective in the treatment of neck pain (not arm pain)?	☐ Neck surgery ☐ Physical therapy ☐ Injections

Weber et al benyttet dette spørreskjemaet for å kartlegge pasientenes oppfatninger

HELSEFORSTÅELSE

MISOPPFATNING OM RYGG



Franz, E.W., et al. Patient misconceptions concerning lumbar spondylosis diagnosis and treatment. *J Neurosurg Spine*, 2015. 22(5): p. 496-502.

Infografikk basert på Franz et al (2015)

to forskjellige sentre; nevrokirurgisk avdeling ved Stavanger universitetssykehus (som forfatterne beskriver som en mindre kirurgisk avdeling hvor man opererer omkring 250

nakkepasienter på degenerativ basis årlig), og avdelingen for nevrokirurgi ved Technical University of Munich i Tyskland (som defineres som en 'high-volume' enhet, hvor man opere-

rer over 4000 pasienter årlig, av disse omkring 300 nakkepasienter på degenerativ basis). Det vises til infografikk (se bilde 4). De vesentligste funnene fra Franz reproduseres i Webers studie

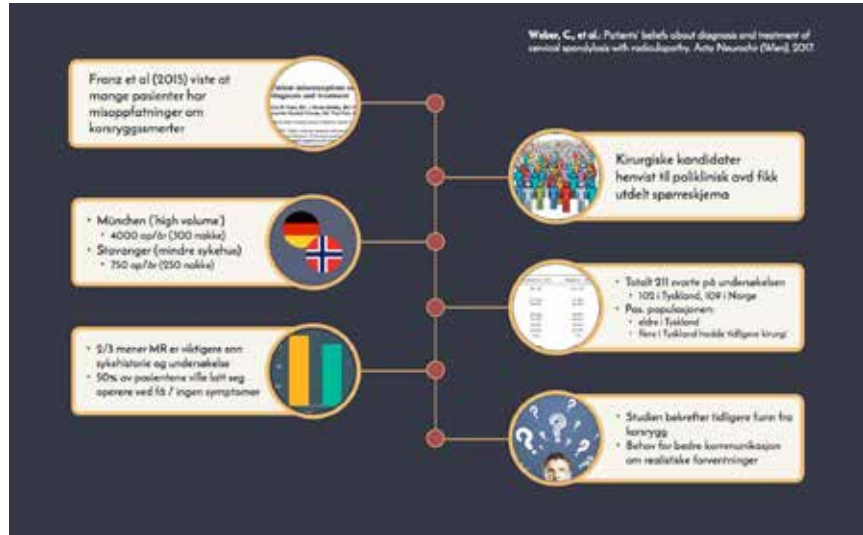


Fordelingen av svar på tre sentrale spørsmål Franz et al (2015) stilte

på nakke: omkring 50% av pasientene rapporterer at de ville undergått kirurgi basert på funn på MR, selv uten symptomer. Det kanskje viktigste funnet var befolkningens tiltro til billediagnostikk i beslutningstakingen. I Norge svarer nesten 80% at MR er viktigere sykehistorie og klinisk undersøkelse (se bilde 5). Dette står i sterk kontrast til muskelskjeletthelsens 'barnelærdom' i at >80% av diagnosen ligger i en god anamnese og undersøkelse. Helsepersonell flest anerkjenner billediagnostikkens usikkerhet og begrensning.

Oppsummering

De to studiene med pasientdata fra USA, Norge og Tyskland viser oppsiktsvekkende fellestrekk i pasienters misoppfatninger rundt vanlige, smertefulle tilstander i befolkningen. Disse studiene skaper derfor enda et lag av kompleksitet i muskelskjeletthelsen og belyser den enorme folkehelseutfordringen vi står overfor. Weber og forfattere konkluderer i sin artikkel at det er ikke bare kirurgers ansvar å øke kunnskapen i denne pasientpopulasjonen, men at det kreves bredere innsats også fra førstelinjen i kiropraktorer, fastleger, fysioterapeuter og manuellterapeuter. I en tid hvor overdiagnostisering, overmedikalisering og 'too-much-medicine' er satt på agendaen [20], så er det åpenbart at vi trenger en tydeligere front for å avdekke og ikke minst endre disse misoppfatningene i samfunnet. Ikke minst er det viktig

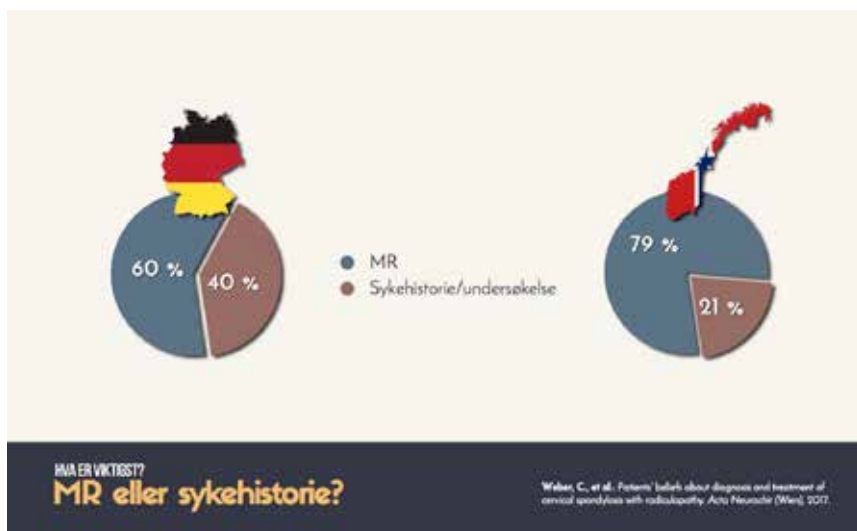


Infografikk basert på Weber et al (2017)

at fysioterapeuten som leser dette anerkjenner relevansen i slike studier, og ikke skyver ansvaret fra seg ved å peke på at andre aktører må gjøre denne jobben. Fysioterapeuter er antageligvis den yrkesgruppen som har lengst og mest omfattende kontakt med pasientene gjennom ofte lange behandlingsforløp, og følgelig har de en naturlig rolle i å redusere de iatrogen effektene nevnt ovenfor og på denne måten også skape en bedre kontekst rundt ikke-invasiv behandling.

1. Lærum, E., et al.: Et muskel- og skjelettrekenskap - Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. Muskel og Skjelett Tiåret, FORMI, 2013.
2. Darlow, B., et al.: Cross-sectional survey of attitudes and beliefs about back pain in New Zealand. BMJ Open, 2014. 4(5): p. e004725.
3. Darlow, B., et al.: Acute low back pain management in general practice: uncertainty and conflicting

- certainties. Fam Pract, 2014. 31(6): p. 723-32.
4. Darlow, B., et al.: Easy to Harm, Hard to Heal: Patient Views About the Back. Spine (Phila Pa 1976), 2015. 40(11): p. 842-50.
5. Darlow, B., et al.: The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. Ann Fam Med, 2013. 11(6): p. 527-34.
6. Cuff, A., et al.: Subacromial impingement syndrome - What does this mean to and for the patient? A qualitative study. Musculoskeletal Science and Practice, 2018. 33: p. 24-28.
7. Brinjikji, W., et al.: Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. AJNR Am J Neuroradiol, 2014.
8. Nakashima, H., et al.: Abnormal Findings on Magnetic Resonance Images of the Cervical Spines in 1,211 Asymptomatic Subjects. Spine (Phila Pa 1976), 2015.
9. Girish, G., et al.: Ultrasound of the shoulder: asymptomatic findings in men. AJR Am J Roentgenol, 2011. 197(4): p. W713-9.
10. Schwartzberg, R., et al.: High Prevalence of Superior Labral Tears Diagnosed by MRI in Middle-Aged Patients With Asymptomatic Shoulders. Orthop J Sports Med, 2016. 4(1): p. 2325967115623212.
11. Register, B., et al.: Prevalence of abnormal hip findings in asymptomatic participants: a prospective, blinded study. Am J Sports Med, 2012. 40(12): p. 2720-4.
12. Guermazi, A., et al.: Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). BMJ, 2012. 345: p. e5339.
13. Webster, B.S., et al.: Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. Spine (Phila Pa 1976), 2013. 38(22): p. 1939-46.
14. Webster, B.S., et al.: Relationship of early magnetic resonance imaging for work-related acute low back pain with disability and medical utilization outcomes. J Occup Environ Med, 2010. 52(9): p. 900-7.
15. Loeser, J.D., et al.: Disability in the chronic low back pain patient may be iatrogenic. Pain Forum, 4(2), 114-133., 1995.
16. Jevne, J.: Where is the care in healthcare? How health systems are feeding their own negative spiral of cost and disability. Br J Sports Med, 2016. 50(13): p. 774-5.
17. Franz, E.W., et al.: Patient misconceptions concerning lumbar spondylosis diagnosis and treatment. J Neurosurg Spine, 2015. 22(5): p. 496-502.
18. Phelan, E.A., et al.: Helping patients decide about back surgery: a randomized trial of an interactive video program. Spine (Phila Pa 1976), 2001. 26(2): p. 206-11; discussion 212.
19. Weber, C., et al.: Patients' beliefs about diagnosis and treatment of cervical spondylosis with radiculopathy. Acta Neurochir (Wien), 2017.
20. Glasziou, P., et al.: Too much medicine; too little care. Bmj, 2013. 347(jul02 2): p. f4247-f4247.



Nesten 80% av de spurte nordmennene mente at MR var viktigere enn sykehistorie og klinisk undersøkelse

Tester og kriterier for retur til idrett etter fremre korsbåndssrekonstruksjon



AV KEVIN NORDANGER MARTIN
FYSIOTERAPEUT

Består du visse tester og kriterier før retur til idrett, er det beviselig mindre sannsynlighet for at du skader deg igjen.

De fleste som ryker korsbåndet, har et ønske om å drive med idrett igjen. Helst skal skadefraværet være så kort som mulig, og risikoen for ny skade lav. Men fremre korsbåndsskader er alvorlige og fører til lange skadeavbrekk. De kan bety slutten for en fremtidig idrettskarriere og gi økt risiko for utvikling av artrose. Særlig hvis man har tilleggsskader på menisk eller brusk.[1] Korsbåndsskadene er vanligst i vridningsidretter som fotball, basketball, håndball og alpint. [2]

Mange må legge idretten på hylla

En studie fra 2014 viste at rundt 81 % av korsbåndssopererte drev med noen form for idrett igjen, mens 65 % drev med idrett på samme nivå som før. Omtrent halvparten kom tilbake til idrett på konkurransenivå. [3] Årsaken til at man ikke returnerer til sitt tidligere aktivitetsnivå er sammensatte, men det er flere faktorer som kjennetegner de som faktisk klarer det:

- Høy motivasjon
- Liten frykt for å skade seg igjen
- Mentalt klar
- Positiv oppfattelse av egen knefunksjon. [3, 4]

Korsbåndet ryker ofte igjen

Det er ganske urovekkende å tenke på at rundt 1 av 3 utøvere under 20 år ryker korsbåndet sitt igjen. [5] Nye korsbåndsskader skjer oftest i løpet av de to første årene etter man har



returnert til idrett. [6] Skaden kan føre til at man slutter med idrett, får nedsatt muskelstyrke, funksjonelle begrensninger og artrose på sikt. [1,6] Nettopp derfor er det så viktig at vi unngår enda en korsbåndsskade. Forskning har vist at man har en betydelig lavere risiko for å pådra seg en ny korsbåndsskade hvis man består tester og kriterier før retur til idrett. [7, 8] Grindem og kollegaer fant at man kunne redusere risikoen for ny skade med hele 84 %. [7] Dette er informasjon som skal kommuniseres til våre pasienter.

Et minstekrav bør være at man består og oppfyller disse:

Tid

Man bør vente minst 9 måneder med å returnere til vridningsidrett etter korsbåndssrekonstruksjon. For hver ekstra måned med rehabilitering etter operasjon, reduseres skaderisikoen med 51% inntil det har gått 9 måneder. [7] I den samme studien så man at alle som returnerte til idrett ved fem måneder eller tidligere, røk korsbåndet igjen. [7]

Muskelstyrke

Å gjenvinne muskelstyrke i quadriceps- og hamstringsmuskulaturen

er viktig for god funksjon etter fremre korsbåndsskade. [9] Man bør tilstrebe lik styrke, men ikke tillate mer enn 10 % sideforskjell. Dette måles med en isokinetisk styrketest i Biodex [10] som i dag regnes som gullstandarden for å måle muskelstyrke objektivt. Det utføres fem repetisjoner med maksimal innsats i en bevegelsesbane fra 90 grader fleksjon til full ekstensjon i kneet.

Biodex.

Redusert styrke i quadriceps i forhold til motsatt side gjør at man har mindre kontroll på kneet i landinger, [11] noe som kan øke risikoen for en ny korsbåndsskade. [12] I tillegg er nedsatt styrke i quadriceps en risikofaktor for utviklingen av artrose på sikt. [13] Styrken bør derfor testes grundig, og ikke neglisjeres.

Hinketester

Testene bør utføres seks måneder etter rekonstruksjon og før en eventuell avgjørelse om retur til idrett. Hinketester som utføres på ett ben, seks måneder etter operasjon, har vist seg å kunne forutsi om utfallet av operasjonen vil være vellykket ett år etter rekonstruksjon. [14] Samtidig vil testene gi verdifull informasjon om bevegelses kvalitet og om



utøveren har tillit til kneet sitt. Hinketestene har vist seg å være både reliable og valide for å måle kneets dynamiske stabilitet. [15] Testene er harde. Jeg anbefaler alle å prøve dem selv, slik at man får en idé om hva utøveren går igjennom.

Fire hinketester utføres hver gang. Tre av testene måler hoppdistanse og knekontroll, mens den siste måler hvor raskt du kan hinke 6 meter. Både frisk og operert side skal testes og sammenlignes. Her vurderes sideforskjellen i prosent, og man ønsker heller ikke her mer enn 10 % forskjell. Hinketestene kan for eksempel filmes for å vurdere kvaliteten på hopp og landinger.

Testresultater motiverer. De bekrefter når ting går bra og gir kanskje utøveren ekstra insentiv til å ta rehabiliteringen på alvor om de får en dårlig skår.

Det mentale teller. Er utøveren klar? Det anbefales å bruke validerte spørreskjemaer for å kartlegge utøverens vurdering av sin egen knefunksjon.

For alle spørreskjemaene beregnes en skår som sammenlignes med en maksimalskår. For eksempel:

1. The International Knee Documentation Subjective Knee Form (IKDC)[16]
2. The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)[17]
3. ACL-Return to Sport after Injury Inventory (ACL-RSI)[18]

Ikke ta unødvendig risiko!

Kneet skal tåle tøffe fysiske påkjenninger. Det å bestå tester og kriterier før retur til idrett bør bli en obligatorisk del av rehabiliteringen etter en korsbåndsskade. Da reduserer du risikoen for ny skade og øker sannsynligheten for et godt resultat.

1. Oiestad, B.E., et al., Knee osteoarthritis after anterior cruciate ligament injury: a systematic review. *Am J Sports Med*, 2009. 37(7): p. 1434-43.
2. Haim, A., et al., [Anterior cruciate ligament injuries]. *Harefuah*, 2006. 145(3): p. 208-14, 244-5.
3. Ardern, C.L., et al., Fifty-five per cent return to competitive sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: an updated systematic review and meta-analysis including aspects of physical functioning and contextual factors. *Br J Sports Med*, 2014. 48(21): p. 1543-52.
4. Ardern, C.L., et al., Sports participation 2 years after anterior cruciate ligament reconstruction in athletes who had not returned to sport at 1 year: a prospective follow-up of physical function and psychological factors in 122 athletes. *Am J Sports Med*, 2015. 43(4): p. 848-56.
5. Dekker, T.J., et al., Return to Sport After Pediatric Anterior Cruciate Ligament Reconstruction and Its Effect on Subsequent Anterior Cruciate Ligament Injury. *J Bone Joint Surg Am*, 2017. 99(11): p. 897-904.
6. Paterno, M.V., et al., Incidence of Second ACL Injuries 2 Years After Primary ACL Reconstruction and Return to Sport. *Am J Sports*



Med, 2014. 42(7): p. 1567-73.

7. Grindem, H., et al., Simple decision rules can reduce reinjury risk by 84% after ACL reconstruction: the Delaware-Oslo ACL cohort study. *Br J Sports Med*, 2016. 50(13): p. 804-8.

8. Kyritsis, P., et al., Likelihood of ACL graft rupture: not meeting six clinical discharge criteria before return to sport is associated with a four times greater risk of rupture. *Br J Sports Med*, 2016. 50(15): p. 946-51.

9. Risberg, M.A., et al., Neuromuscular training versus strength training during first 6 months after anterior cruciate ligament reconstruction: a randomized clinical trial. *Phys Ther*, 2007. 87(6): p. 737-50.

10. Moisala, A.S., et al., Muscle strength evaluations after ACL reconstruction. *Int J Sports Med*, 2007. 28(10): p. 868-72.

11. Palmieri-Smith, R.M. and L.K. Lepley, Quadriceps Strength Asymmetry After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Alters Knee Joint Biomechanics and Functional Performance at Time of Return to Activity. *Am J Sports Med*, 2015. 43(7): p. 1662-9.

12. Paterno, M.V., et al., Biomechanical measures during landing and postural stability predict second anterior cruciate ligament injury after anterior cruciate ligament reconstruction and return to sport. *Am J Sports Med*, 2010. 38(10): p. 1968-78.

13. Oiestad, B.E., et al., Knee extensor muscle weakness is a risk factor for development of knee osteoarthritis. A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*, 2015. 23(2): p. 171-7.

14. Logerstedt, D., et al., Single-legged hop tests as predictors of self-reported knee function after anterior cruciate ligament reconstruction: the Delaware-Oslo ACL cohort study. *Am J Sports Med*, 2012. 40(10): p. 2348-56.

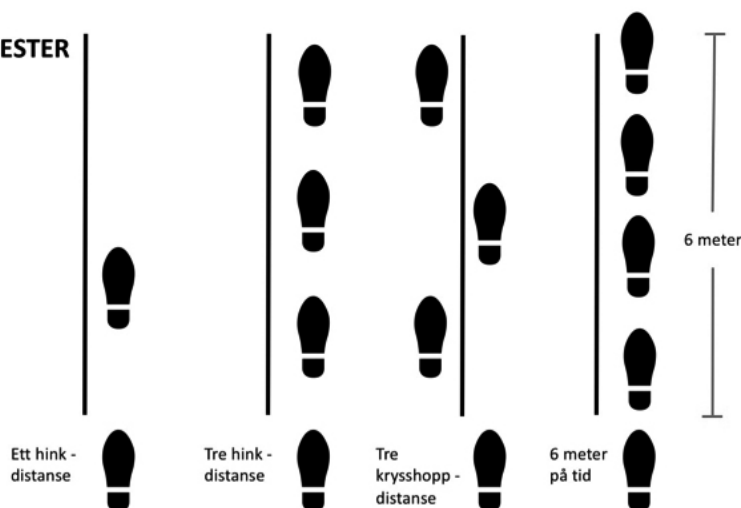
15. Reid, A., et al., Hop testing provides a reliable and valid outcome measure during rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction. *Phys Ther*, 2007. 87(3): p. 337-49.

16. Irrgang, J.J., et al., Development and validation of the international knee documentation committee subjective knee form. *Am J Sports Med*, 2001. 29(5): p. 600-13.

17. Roos, E.M., et al., Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)--development of a self-administered outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther*, 1998. 28(2): p. 88-96.

18. Webster, K.E., J.A. Feller, and C. Lambros, Development and preliminary validation of a scale to measure the psychological impact of returning to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Phys Ther Sport*, 2008. 9(1): p. 9-15.

HINKETESTER



Spesifikke korsryggssmerter: spondylartropati (del 2)

Omkring 90% av pasienter med korsryggssmerter får diagnosen uspesifikke korsryggssmerter. Rent statistisk vil man derfor sjelden forvente å finne spesifikke årsaker til smertene, og dette kan skade den kliniske resonneringen når vår erfaring og forutinntatthet overser viktige differensialdiagnoser. Denne artikkelen drøfter spondylartropatier og deres rolle i klinisk fysioterapipraksis.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Denne artikkelen er en fortsettelse av Del I som ble publisert i Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 5, 2017. Forrige artikkel drøftet relevanse, epidemiologi, nomenklatur og klassifikasjon. Den tidligere artikkelen anses derfor som nødvendig bakgrunnsinformasjon for å få utbytte av den aktuelle.

Artiklene har til formål å opplyse klinikerne omkring én av de viktigste spesifikke årsakene til korsryggssmerter. Dette er ikke 'hverdagspasienten', og prevalensen av aksiale spondylartropatier er som kjent lav [1,2]. Allikevel vet man at en stor del av pasienter med korsryggs-

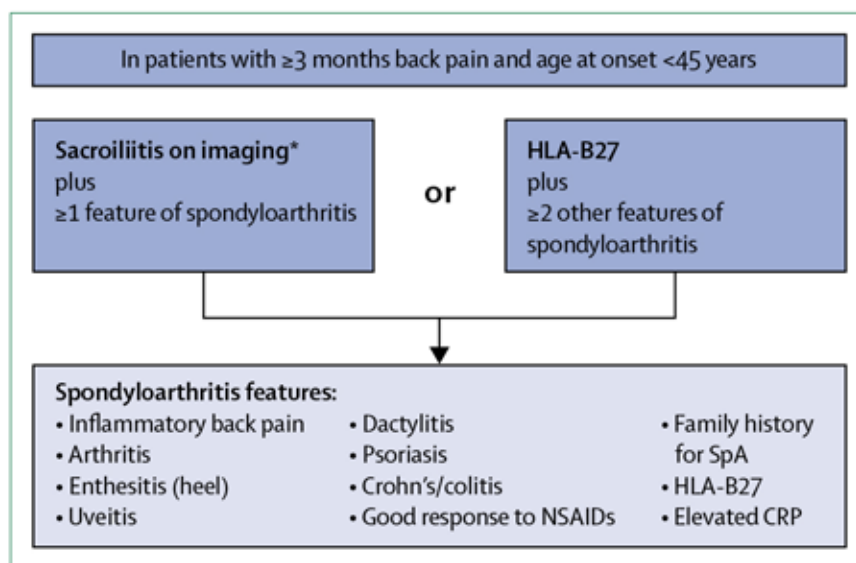


smerter aldri oppsøker helsehjelp for plagene sine. Følgelig har man også estimert at i befolkningen som faktisk søker hjelp, er det en overrepresentasjon av pasienter med spondylartropati [3]. Her mente man at opptil 5% av korsryggsrelaterte besøk kunne være av inflammatorisk opphav. Det tilsvarer altså 1 av 20 pasienter med korsryggssmerter. Ved å øke årvåkenheten sin overfor denne pasientkategorien kan man nok raskt stå i fare for overdiagnostisering og –behandling [4], og som kliniker balanserer man her

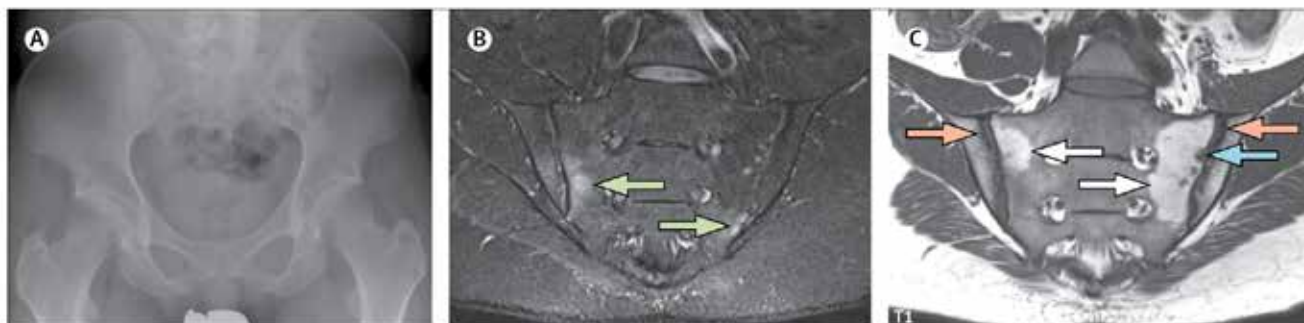
på en knivsegg i en tid hvor 'Too Much Medicine' er i fokus, og man forsøker å redusere de skadelige effektene av dårlig helsehjelp [5,6]. Klinisk resonnering rundt diagnostikken av pasienter med mistenkt spondylartropati bør balanseres med kunnskap om epidemiologi og kliniske karakteristika.

Diagnosestillelse

I utgangspunktet er det ikke fysioterapeuter som skal stille diagnosen. Da fysioterapeuter (ekskludert manuellterapeuter) heller ikke har henvis-



ASAS kriteriene. Første gang publisert i 2009. Det er ventet at disse vil oppdateres fortløpende med bakgrunn i ny viten og aktuell forskning.



Billediagnostiske vurderinger av et IS-ledd hos en 25 årig mann med inflammatorisk ryggsmerte. Legg merke til at funnene er distinkt forskjellige på en STIR sekvens (bilde B) og T1-vektning (bilde C). B viser benmargsødem mens C (hvite piler) viser 'fatty lesions'.

ningsrett til spesialisthelsetjenesten, vil det alltid være nødvendig med god dialog med pasientens fastlege ved mistanke om inflammatorisk ryggsmerte. Etter at henvisningskravet bortfalt 01.01.18, vil det i enda flere tilfeller være relevant at fysioterapeuter gjør en selvstendig vurdering av disse pasientene og dermed også øker sin kompetanse på dette området. Fysioterapeuter i førstelinjen har ofte langvarig kontakt med pasientene og er derfor også i stor grad der hvor mistanken bør dannes, og man bør iverksette tiltak for videre utredning (se senere).

Klassifikasjonskriteriene (bilde 1) ble publisert i 2009 [7]. Det er en pågående diskusjon om hvorvidt klassifikasjonskriteriene skal opp-

dateres/endres, spesielt for å øke spesifisiteten [8-10]. Ser man over kriteriene ser man at mange av funnene slettes ikke er patognomiske for spondylartropati. Klassifiseringen har blitt utviklet i et fravær av en ekte gullstandard innen revmatologien, og man må derfor også vurdere bruken i denne konteksten. Legg merke til at ASAS kriteriene har to forskjellige 'armer' som utgår fra en felles inngang: (1) korsryggsmerter >3mnd, (2) debut før fylte 45 år. Den 'kliniske armen' baserer seg på vevstype HLA-B27 som er assosiert med spondylartropatiene. Det er allikevel høy forekomst av denne vevstypen i bakgrunnsbefolkningen, og kriteriene sier derfor at pasienten bør ha to eller flere funn fra listen over ekstraspinal funn.

Den billediagnostiske armen baserer seg på funn enten på konvensjonelle røntgenbilder eller MR. Røntgen regnes som første undersøkelse og hovedfokus er å undersøke bekkenledd, som typisk er første sted hvor sykdommen manifesterer seg [11]. Selv ved tidlig sykdom vil en del pasienter ha definitive funn på konvensjonelle røntgenbilder og gjøre øvrige billediagnostiske undersøkelser overflødige [1]. Allikevel, med MR teknologi har man øynet nytt håp for å gjøre tidlige diagnoser, da det har vært godt kjent at det kan ta flere år fra sykdommen opptre til funnene er synlige på røntgen [12]. MR henvisningen bør inneholde tydelig kliniske opplysninger som understreker mistanke om spondylartropati, for å

Table 1 Clinical characteristics of the three main studies compared in this report, showing similarities and differences observed between the two axSpA subtypes

	Local cohort ¹⁴		National cohort ¹⁵		Worldwide study ¹⁴	
	nr-axSpA (n=44)	AS (n=56)	nr-axSpA (n=226)	AS (n=236)	nr-axSpA (n=157)	AS (n=178)
Mean age	39.1±9.8	41.2±10.9	36.1±10.6	35.6±10.2	37.4±11.8	41.5±11.6
HLA-B27 pos. (%)	86.4	89.1	74.4	82.2	74.8	81.5
Male (%)	31.8	76	42.9	64.0	48.3	72.5
Peripheral arthritis (%)	18.2	17.9	18.2	14.4	54.4	53.9
Enthesitis (%)	2.3	1.8	24.8	20.8	—	—
Uveitis (%)	6.8	5.4	2.2	1.7	—	—
Psoriasis (%)	9.1	10.7	5.3	8.1	—	—
IBD (%)	6.8	5.4	0.9	1.7	—	—
Mean BASDAI	3.6±1.7	4.2±2.2	3.9±2.0	4.0±2.1	6.5±1.5	6.4±1.6
Mean BASFI	2.4±2.1	3.2±2.4	2.5±2.1	3.1±2.5	4.9±2.3	5.7±2.2
Mean BASMI	—	—	1.1±1.3	2.0±1.8	3.2±1.5	4.4±1.7
Mean CRP (mg/L)	5.7±6.5	11.6±12.6	10.9±18.7	14.8±16.0	11.9 (0.1,156.2)	14.3 (0.1, 174.8)
Patient's global	4.0±2.7	4.6±2.7	4.9±2.5	5.0±2.5	—	—
NRS pain	4.0±2.1	4.7±2.7	4.8±2.5	5.0±2.5	—	—
Inflamed spinal lesions/patient (%)	9.1	46.4	—	—	—	—

AS, ankylosing spondylitis; BASDAI, Bath AS disease activity index; BASFI, Bath AS function index; BASMI, Bath AS mobility index; CRP, C reactive protein; HLA, human leucocyte antigen; IBD, inflammatory bowel disease; nr-axSpA, non-radiographic axial spondyloarthritis; NRS, numeric rating scale.

Oversikt over pasienter med AS og nr-axSpA og forekomsten av ekstraspinal funn.

være sikker på at MR undersøkelsen utføres etter gjeldende retningslinjer (bl.a. STIR sekvens [13,14]) – se for øvrig bilde 2.

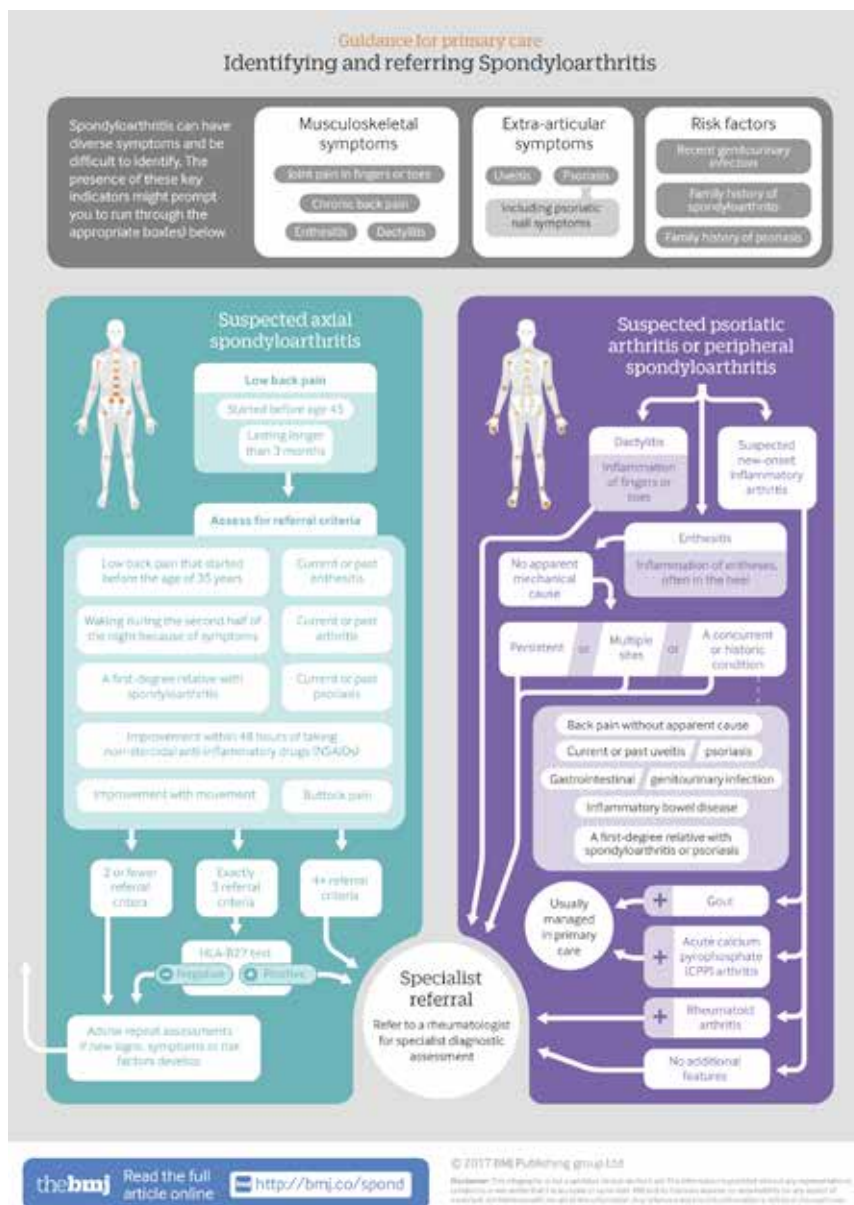
Sykehistorie og klinisk undersøkelse

Det må understrekes at diagnostiseringen av disse pasientene er notorisk vanskelig, og i mange tilfeller skiller ikke pasientene seg nevneverdig fra pasienter med ikke-spesifikke ryggsmarter. 'Inflammatory back pain' (IBP) har i mange år vært en hjørnestein i diagnostiseringen av pasienter med spondylartropati. IBP er definert som morgenstivhet >30 minutter, forverrende symptomer ved hvile og lindring i lett/moderat aktivitet. Smerter sent om natten er også et tegn som ofte regnes under IBP. Populasjonsstudier har derimot vist at IBP også forekommer hos mange pasienter med ikke-spesifikke ryggsmarter [15]. Forekomsten av øvrige ekstraspinale funn – perifer artritt, enthesitt, uveitt, psoriasis, inflammatorisk tarmsykdom – forekommer i mindre grad med en gjennomsnittlig prevalens på <10% [16] (se bilde 3).

Objektivt finnes ingen klare tester eller retningslinjer som vil gi et definitivt svar hos pasienter med mistenkt spondylartropati. Det anbefales derfor å gjøre en generell klinisk undersøkelse med inspeksjon, mobilitetstesting, styrketesting, funksjonsprøver og nevrologisk undersøkelse. Av spesielle tester nevnes ofte Schobers test og thorax ekspansjonstest, men disse har begrenset klinisk verdi isolert sett. Utover ryggsmarter rapporterer ca. 20% av pasientene med SpA også skulder- og/eller hoftesmerter [17], og det noteres rapporter i litteraturen hvor noen pasienter oppfatter skulder- eller hoftesmerter som det dominerende i sykdomsbildet [18]. Dette understreker igjen behovet for en helhetlig undersøkelse av column også ved ekstremitetsmerter.

Behandling

Pasienter med etablert sykdom hører under revmatologisk regi. Det er med andre ord revmatologen som iverksetter medisinsk behandling



En infografikk laget av British Medical Journal til førstelinjen

og følger opp pasientene. Førstelinjebehandling er NSAIDs og det foreligger ikke dokumentasjon på at effekten er bedre ved spesielle typer NSAIDs [1,19]. Langvarig NSAIDs bruk har vært en bekymring i lang tid, men det foreligger ikke sikre tall på pasienter med SpA. Generelt må pasientene allikevel informeres om den generelle risikoøkningen langvarig NSAIDs bruk har [19,20]. Tradisjonelle revmatiske medisiner, så kalte 'Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs' (DMARDs) har begrenset relevanse på axiale presentasjoner, men kan ha god effekt på perifere manifestasjoner [21]. Biologisk behandling har revolusjonert behandlingen [22], der

hvor man så tidligere at tradisjonelle DMARDs hadde begrenset effekt.

Når det gjelder direkte, pragmatisk fysioterapeutisk oppfølging av disse pasientene finnes ingen konkrete retningslinjer av høy kvalitet. Det er allikevel konsensus rundt at pasienten bør være fysisk aktiv, og det er også god dokumentasjon for at pasienters funksjon bedres gjennom regelmessig trening [23,24]. Treningen bør være rettet mot funksjonelle begrensninger den aktuelle pasienten har og søke etter å gi pasienten mestringsstrategier og verktøy til selvhjelp for å håndtere tilstanden best mulig parallelt med øvrig medisinsk/revmatisk oppfølging.

Pasienten bør oppfordres til jevnlig og variert fysisk aktivitet, inkl. styrketrening.

Oppsummering

Gjennom to artikler har jeg forsøkt å oppdatere leseren på én av de spesifikke årsakene til korsryggsmerter; spondylatropati. Dette er en kompleks sykdomsgruppe som muligens ses hyppigere i klinisk fysioterapi praksis enn vi tror. Leseren anbefales å holde seg oppdatert på kliniske karakteristika og antatt nye klassifikasjonskriterier som vil dukke opp fortløpende. Avslutningsvis henviser jeg til infografikken laget for BMJ som er ment å assistere førstelinjen i beslutningstakingen (se bilde 4). Det antageligvis viktigste man som fysioterapeut kan gjøre for denne gruppen (udiagnostiserte) pasienter er å fatte mistanke for underliggende spesifikk diagnose, iverksette henvisningstiltak og sørge for at pasienten får adekvat medisinsk oppfølging.

1. Sieper, J., et al.: Axial spondyloarthritis. The Lancet, 2017. 390(10089): p. 73-84.
2. Bakland, G., et al.: Epidemiology of spondyloarthritis: a review. Curr Rheumatol Rep, 2013. 15(9): p. 351.
3. Brandt, H.C., et al.: Performance of referral recommendations in patients with chronic back pain and suspected axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis, 2007. 66(11): p. 1479-84.
4. Glasziou, P., et al.: Too much medicine; too little care. Bmj, 2013. 347(jul02 2): p. f4247-f4247.
5. Moynihan, R.: Preventing overdiagnosis: the myth, the music, and the medical meeting. Bmj, 2015. 350: p. h1370.
6. Rosenberg, A., et al.: Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. JAMA Intern Med, 2015. 175(12): p. 1913-20.
7. Rudwaleit, M., et al.: The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis, 2009. 68(6): p. 777-83.
8. van der Linden, S., et al.: The ASAS Criteria for Axial Spondyloarthritis: Strengths, Weaknesses, and Proposals for a Way Forward. Curr Rheumatol Rep, 2015. 17(9): p. 62.
9. Robinson, P.C., et al.: Axial spondyloarthritis: a new disease entity, not necessarily early ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis, 2013. 72(2): p. 162-4.
10. Sieper, J., et al.: Review: Nonradiographic axial spondyloarthritis: new definition of an old disease? Arthritis Rheum, 2013. 65(3): p. 543-51.
11. Baraliakos, X., et al.: Imaging in the diagnosis and management of axial spondyloarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2016. 30(4): p. 608-623.
12. Poddubnyy, D., et al.: Rates and predictors of radiographic sacroiliitis progression over 2 years in patients with axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis, 2011. 70(8): p. 1369-74.
13. Garg, N., et al.: The concept of spondyloarthritis: Where are we now? Best Pract Res Clin Rheumatol, 2014. 28(5): p. 663-672.
14. Braun, J., et al.: Assessment of spinal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2014. 28(6): p. 875-87.
15. Arnbak, B., et al.: The discriminative value of inflammatory back pain in patients with persistent low back pain. Scand J Rheumatol, 2016. 45(4): p. 321-8.
16. Baraliakos, X., et al.: Non-radiographic axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis: what are the similarities and differences? RMD Open, 2015. 1(Suppl 1): p. e000053.
17. Braun, J., et al.: Ankylosing spondylitis. Lancet, 2007. 369(9570): p. 1379-90.
18. Jordan, C.L., et al.: Differential diagnosis and management of ankylosing spondylitis masked as adhesive capsulitis: a resident's case problem. J Orthop Sports Phys Ther, 2012. 42(10): p. 842-52.
19. Song, I.H., et al.: Benefits and risks of ankylosing spondylitis treatment with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Arthritis Rheum, 2008. 58(4): p. 929-38.
20. Coxib, et al.: Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet, 2013. 382(9894): p. 769-79.
21. Ward, M.M., et al.: American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. Arthritis Rheumatol, 2016. 68(2): p. 282-98.
22. Callhoff, J., et al.: Efficacy of TNFalpha blockers in patients with ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. Ann Rheum Dis, 2014.
23. O'Dwyer, T., et al.: Physical activity in spondyloarthritis: a systematic review. Rheumatol Int, 2015. 35(3): p. 393-404.
24. Martins, N.A., et al.: Exercise and ankylosing spondylitis with New York modified criteria: a systematic review of controlled trials with meta-analysis. Acta Reumatol Port, 2014. 39(4): p. 298-308.

Sjekk ut vår nye nettside:
www.fysioterapi.org



Opptrening etter en akutt muskelskade: har det noe å si om man begynner med en gang eller om man venter litt?

Muskelskader er svært vanlig i idrett, og et sentralt spørsmål er når man skal begynne opptreningen etter skade. Ny forskning viser at tidlig opptrening gir betydelig bedre resultater, sammenlignet med om man venter litt.



AV KEVIN NORDANGER MARTIN
FYSIOTERAPEUT

Utøvere i idretter med raske akselerasjoner, som fotball og friidrett, er spesielt utsatt for muskelskader. De står for rundt 31 % av alle skader i fotball på elitenivå [1] og er den aller vanligste skaden i friidrett. [2, 3]

Disse skadene er ofte alvorlige og i noen tilfeller karrierebegrensende. Har man skadet seg en gang før, er sannsynligheten større for at man skader seg igjen. [4]

Fysioterapeuter anbefaler gjerne tidlig opptrening, men når er det hensiktsmessig å begynne? Bør vi begynne med en gang, eller er det bedre at vi venter litt?

En studie som nylig ble publisert i det anerkjente tidsskriftet The New England Journal of Medicine, undersøkte om tidlig eller «forsinket» rehabilitering hadde noe å si for tiden det tok å returnere til idrett etter akutt muskelskade. [5] Bayer og kollegaer gjennomførte en randomisert kontrollstudie med 50 utøvere på amatørnivå som nylig hadde pådratt seg en akutt skade i lår eller legg. Disse ble tilfeldig fordelt i to grupper for tidlig opptrening (to dager etter skade) eller «forsinket» opptrening (ni dager etter skade). Rehabiliteringsprogrammet var delt opp i fire faser. De første fire ukene besto av tøyning og isometrisk

trening. Deretter gradvis tøffere trening i form av styrketrening, sprint og hopp trening. Begge gruppene utførte det samme rehabiliteringsprogrammet, eneste forskjellen var når de begynte opptreningen. Alle ble fulgt opp over 12 måneder, og hovedutfallsmålet var tiden det tok å returnere til full idrettsdeltagelse. For å returnere til idrett måtte man klare å gjøre alle rehabiliteringsøvelsene, samt diverse hopp- og løpstester uten å rapportere smerte.

Raskere retur til idrett med tidlig opptrening

De som startet opptrening etter to dager, kom hele tre uker raskere tilbake i idrett (62 dager versus 83 dager) sammenlignet med de som startet opptreningen senere. Det ble kun rapportert en ny skade i studien (vedkommende befant seg i

gruppen for tidlig opptrening). Altså ingen statistisk signifikant forskjell i skaderisiko mellom gruppene. Denne studien fremhever viktigheten av tidlig mekanisk belastning etter skade for å redusere de negative effektene av immobilisering på muskel- eller seneapparat.

Om jeg skal kritisere noe ved studien, må det være tiden det tok å returnere til idrett og rehabiliteringsprotokollen. 62 og 83 dager er i det lengste laget, selv for amatørutøvere. Likevel ble det kun rapportert en ny skade i løpet av 12 måneder. Forskning på hamstringsskader viser nemlig at mange skader seg igjen, og at 50 % av disse skadene skjer i løpet av de første 25 dagene etter retur til idrett. [6] Dette unngikk man her.

Eksempler øvelser brukt i uke 2-4 i studiet:



Statisk tøyning med rett ben. Uke 1.



Isometrisk aktivering av hamstring. I studiet lå man på magen og brukte strikk for å gi motstand. Uke 2-4.



Bilaterale isometriske seteløft. Sett hælene i bakken for å aktivere hamstring i større grad. Uke 2-4.



Progresdieres til unilaterale isometriske seteløft. Uke 2-4.

Jeg mener det kan ha vært uheldig at rehabiliteringen var tidsbasert de fire første ukene. Utøverne tøyde og gjorde isometriske øvelser uten mulighet for å gå videre til neste fase i rehabiliteringen. Det er fullt mulig at de hadde kommet enda raskere tilbake til idrett uten økt risiko for ny skade, hvis rehabiliteringen hadde vært strukturert annerledes. Det blir bare spekulasjon. Det vi trygt kan si er at det er

bedre å begynne med opptrening tidlig, istedenfor å vente. Man har ingen tid å miste!

Referanser

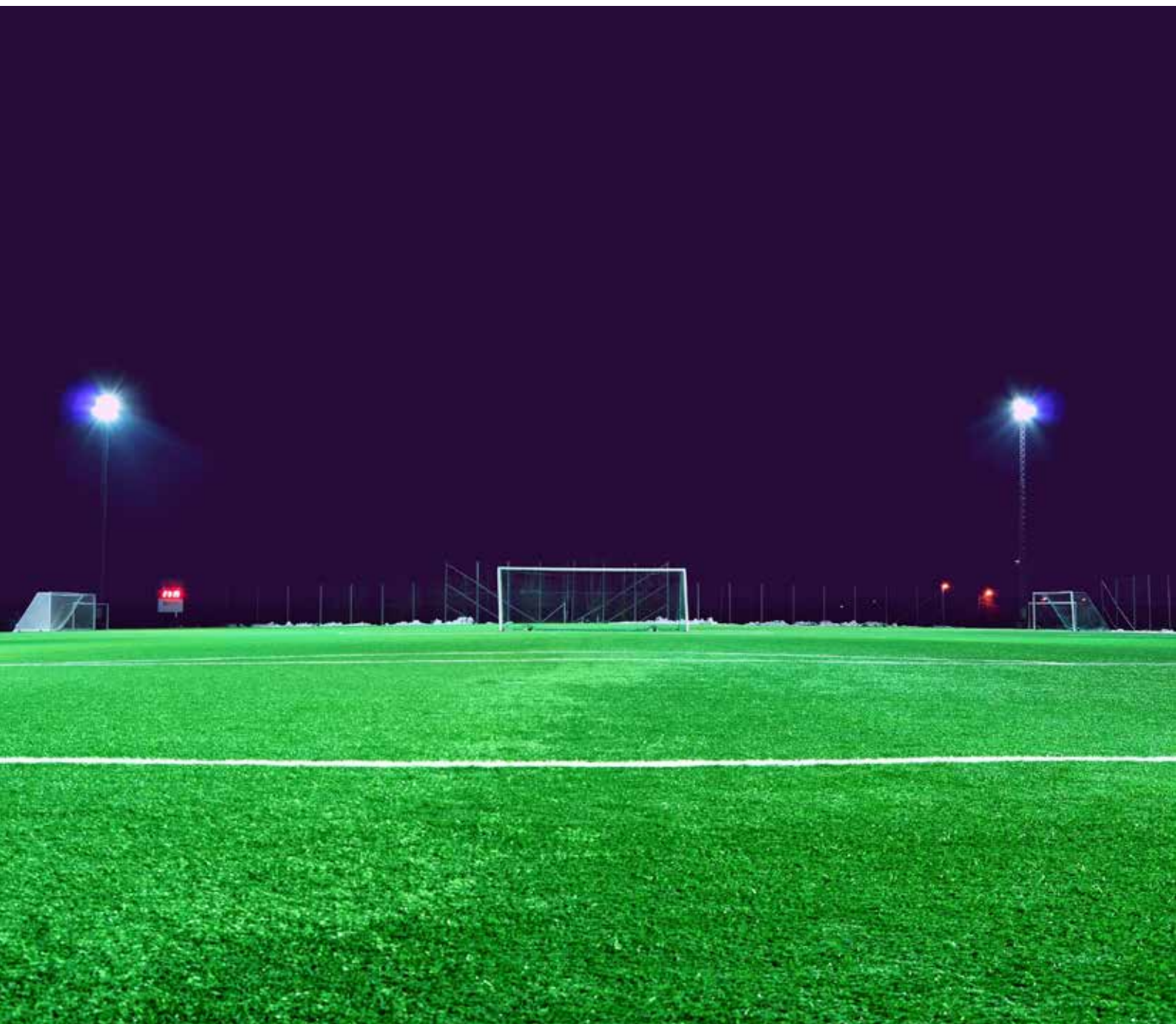
1. Ekstrand, J., M. Hagglund, and M. Walden, Epidemiology of muscle injuries in professional football (soccer). *Am J Sports Med*, 2011. 39(6): p. 1226-32.
2. Alonso, J.M., et al., Sports injuries surveillance during the 2007 IAAF World Athletics Championships. *Clin J Sport Med*, 2009. 19(1): p. 26-32.
3. Malliaropoulos, N., et al., Reinjury after acute posterior thigh muscle injuries in elite

track and field athletes. *Am J Sports Med*, 2011. 39(2): p. 304-10.

4. Freckleton, G. and T. Pizzari, Risk factors for hamstring muscle strain injury in sport: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 2013. 47(6): p. 351-8.

5. Bayer, M.L., et al., Early versus Delayed Rehabilitation after Acute Muscle Injury. *N Engl J Med*, 2017. 377(13): p. 1300-1301.

6. Wangensteen, A., et al., Hamstring Reinjuries Occur at the Same Location and Early After Return to Sport: A Descriptive Study of MRI-Confirmed Reinjuries. *Am J Sports Med*, 2016. 44(8): p. 2112-21.





Explain Pain

13 – 14 April 2018 | Norway | Lillestrøm | Tim Beames

In a world experiencing an epidemic of chronic pain and increasing evidence of the failure of synthetic drugs; simple but extremely powerful educational tools can effectively target the natural pain treatment systems within us all.

Knowledge is power. In the new series of *Explain Pain* courses delivered by the NOI teams around the world, cutting edge pain sciences are made accessible and understandable for all. Participants will be taken through the latest knowledge of tissue, nerve, brain and stress effects on pain and movement.

Explaining modern neuroscience to patients is an evidence based strategy which can change pain and stress behaviours. Explaining pain is a two way process – the pain patterns, metaphors and stories from the patient's viewpoint need reasoned analysis and are critical to meeting sufferers at their story.

We know more about pain in the last ten years than in the thousand years before and we are increasingly providing answers to "why do I hurt the way I do" and "what can I do about it". The knowledge is applicable to the young and the old, from back pain to hemiplegia, general aching to the complexities of phantom pain and complex regional pain syndrome.

Decades of research and clinical experience have now been synthesised in the next step of the Explain Pain revolution – *The Protectometer*. A handbook for patients, the *Protectometer* allows a person and their clinician to map out their pain experience, understand all the many factors that affect it, and develop a tailored therapeutic education and treatment programme.

This therapy works – there are no side effects, it is available around the clock, it continues to improve and you can share it with others. These are exciting days for neuroscience, but it must be made exciting for sufferers as well.

Don't miss this unique opportunity. NOI *Explain Pain* courses are fun, intellectually stimulating, based on evidence, always challenging, and with the introduction of the *Protectometer*, you will come away with the most impressive therapeutic tool set ever.

COURSE AIMS

1. Provide current knowledge about pain and stress biology, in a healthy group learning environment
2. Deliver a health education framework based on conceptual change theory and practice
3. Position Explain Pain as an evidence based fundamental core of pain treatment
4. Introduce Explain Pain narratives and the clinical reasoning process for targeted delivery
5. Teach novel, reasoned educational and multimodal treatment strategies based on the *Protectometer*
6. Inspire and engender realistic hope for health care providers, their patients and all stakeholders for improved pain treatment outcomes

INSTRUCTOR

Tim Beames MSc BSc MCSP, UK



Tim lives in London where he works in private practice and is co-founder of Pain and Performance, an organisation which focuses on the treatment of complex and persistent pain states and the provision of pain education for both the patient and health professional. Tim is the principal instructor for NOI UK and teaches the Mobilisation of the Nervous System, Neurodynamics and the Neuromatrix, Explain Pain and Graded Motor Imagery courses throughout the UK, Europe and Australia. He is also co-author of the Graded Motor Imagery Handbook along with Lorimer Moseley, David Butler and Tom Giles.

REGISTRATION

Contact: Linda Linge

Email: linda@romerike-fysioterapi.no

COURSE VENUE

Romerike Helsebygg, Dampsagveien 2a, 2000 Lillestrøm.

TIMETABLE

Day 1: 08.30 Registration | 09.00 – 17.00 Lectures

Day 2: 09.00 – 16.30 Lectures

REFRESHMENTS

Teas and coffees will be provided. There are shops and cafes nearby for lunch or feel free to bring your own

RESOURCES

Explain Pain

For pain sufferers, their clinicians and anyone interested in pain.

Medium level science.



Explain Pain handbook: Protectometer

For pain sufferers to use on their own or with clinicians.

Hardly any science.



Explain Pain Supercharged

For clinicians and interested pain sufferers.

Lots of science.



www.noiukshop.com

Historien bak dagens ultralydutdanning i PFF



AV KJETIL NORD-VARHAUG
LEDER AV SPESIALIST-
KOMITEEN FOR MUSKEL OG
SKJELLETT ULTRALYD

Først ble grunnutdanningen etablert i 2010

Styret i PFF vedtok i oktober 2010 at videreutdanning i ultralyddiagnostikk skulle være en forbundsegen utdanning basert på en dansk modell med 3 moduler à 2 lange undervisningsdager fordelt over 7 mnd. Danske Fysioterapeuters forbund hadde da i flere år utdannet sine medlemmer i denne diagnostikkformen, og PFF-styret ønsket også at denne diagnostikkformen skulle bli tilgjengelig for norske fysioterapeuter i privat praksis. Etter fullført 3 basic modulkurs kan studentene søke om å få gå opp til eksamen ca. 1 år etter avsluttet siste kurs.

De første årene etter 2010 arrangerte PFF følgende moduler:

- Modul 1 – Kne, ankel og fot, 18 timer
- Modul 2 – Skulder, albue og hånd, 18 timer
- Modul 3 – Hofte, lysk, rygg og mage 18 timer
- Basic eksamen, 2 timer

3 år etter ble viderekommande utdanning etablert i 2013

De første årene etter etableringen arrangerte PFF advanced moduler i samarbeid med danske kollegaer uten at dette var en del av vår formelle videreutdanning. Dette var et tilbud til de som hadde tatt basic modul 1-3 og som ønsket mer kunnskap. I 2013 bygget Spesialistkomiteen i Muskel og Skjelett Ultralyd i PFF en egen advanced rekke. Det unike med advanced kursene var pasientundersøkelser i små grupper under veiledning samt mer undervisning i patologi, da basic kursene stort sett tok for seg grunnleggende ferdigheter og scanning og gjenkjennelse av normal anatomi. I tillegg kunne

man med denne modellen dele opp kroppen i mindre enheter og på den måten sikre mer fordypning i det enkelte temaet.

Advanced rekken ble bygget opp på følgende måte fra 2013:

Modul 4. - Ankel/fot	14 timer
Modul 5 - Kne	14 timer
Modul 6 - Skulder	14 timer
Modul 7 - Albue	14 timer
Modul 8 - Håndledd/hånd	14 timer
Modul 9 - Hofte	14 timer
Advanced eksamen	4 timer

Systematisk arbeid og vilje til samarbeid åpnet nye dører i 2015

Etter flere år med ultralydkurs som har vært åpne for alt helsepersonell så tok FUA (Foreningen for Ultralyd i Allmennpraksis) kontakt i 2015 for å innlede et samarbeid som sikret deres medlemmer tellende poeng ved deltakelse på muskel og skjelett ultralyd kurs. De hadde ikke et eget kurstilbud innen MSK ultralyd, og PFF-styret så en unik mulighet til å utvide og forbedre samarbeidet fysioterapeutene har sammen med allmennlegene i sin daglige praksis. Ved å delta på kurs sammen øker den gjensidige kunnskapen og respekten mellom yrkesgruppene. Dette førte til at PFF og FUA i 2015 innledet et samarbeid om arrangement og markedsføring av kursene. FUA fikk ansvaret for å søke spesialistkomiteene i Den Norske Legeforening på vegne av Allmennlegene, Fysikalsk Medisinerne, Ortopedene og Revmatologene.

Følgende godkjenning for basic kursene ble gitt i 2015. (merk at man i legeforeningen må søke for hvert kurs som arrangeres).

- Komiteen i allmennmedisin har godkjent Basic kursene med 20 poeng som emnekurs/klinisk i ultralyddiagnostikk til videre- og etterutdanningen.
- Komiteen i ortopedisk kirurgi godkjenner Basic kursene med 16 timer som valgfritt kurs for leger i

spesialisering og spesialistenes etterutdanning.

- Fysikalsk medisin og rehabilitering: Basic kursene godkjennes med 16 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialistenes etterutdanning.
- Revmatologi: Basic kursene godkjennes med 16 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialistenes etterutdanning.

Advanced kursene søkes fortløpende godkjent for de 4 aktuelle spesialitetene i legeforeningen.

Godkjenning av Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund

- Basic kursene gir godkjent 18 timer undervisning i forbindelse med tittelen Spesialist i Muskel og Skjelett Ultralyd.
- Advanced kursene gir godkjent 14 timer undervisning i forbindelse med tittelen Spesialist i Muskel og Skjelett Ultralyd.
- Kurstimene er godkjent som faglig oppdatering i forbindelse med vedlikehold av tittelen Spesialist i Muskel og Skjelett Fysioterapi med henholdsvis 14 og 18 timer.

Godkjenning Norges Naprapatforbund

Norges Naprapatforbund godkjenner enkelte kurs med 6 poeng (for 2 dager) i sitt poengsystem for videreutdanning. Du kan se hvilke kurs dette gjelder i deres kurskalender her: www.naprapat.org/kurs/poenggivende-kurs

Målsetning med utdanningen:

Privatpraktiserende fysioterapeuters forbund (PFF) har satt seg som mål å være ledende på å tilby kurs som er aktuelle for de som jobber i privat praksis. Etableringen av en videreutdanning i diagnostisk ultralyd under forbundets kurstilbud er et steg i riktig retning og vil være starten på en større satsning på dette området.

Ultralyd er på full fart inn i primærhelsetjenesten grunnet bedre

kursmuligheter og reduserte priser på diagnostisk utstyr, og er av mange sett på som en metode for å skille seg fra mengden. Men også fysioterapeuter med kommunal avtale fatter interesse for UL, og ser mulighetene.

Undervisningen i ultralyd legges sentralt til Oslo for å sikre god tilgjengelighet for hele landet og forutsigbare driftsvilkår. Kursene er som regel fra fredag morgen til lørdag kveld. For medlemmene i PFF og FUA vil kursavgiften rabatteres slik det gjøres også for forbundets andre kursrekker. Medlemmer fra andre forbund eller fysioterapeuter uten forbundstilknytning samt annet helsepersonell er også velkomne på kursene, da vi mener at det er en styrke for faggruppene å møtes på denne måten og utveksle kunnskap og erfaring og bryte ned fordommer om hverandres utdanning og yrke.

Hva kreves for å bli god i diagnostisk ultralyd?

For å kunne bli god i bruken av ultralyd forventes det gode allmennkunnskaper innen anatomi og patologi. Gode kunnskaper innen klinisk undersøkelse er også en basisferdighet som er nødvendig for å kunne benytte ultralyd som et diagnostisk hjelpemiddel. Grunnen til at eksamen ikke er lagt til siste undervisningsmodul, men til et visst antall måneder etter siste kursmodul, er at ultralyd er noe man må jobbe mye med for å bli god. Etter gjennomført kursrekke har man grunnlaget for å bruke ultralyd på klinikken, men fortsatt en lang vei å gå før man er god. Ved å praktisere bruken av ultralyd i sin daglige praksis i flere måneder, bør man i løpet av denne perioden utvikle teknikk og kunnskapen som er tilstrekkelig til å kunne bevise disse ferdighetene ved å gå opp til eksamen og til å kunne benytte dette diagnostiske verktøyet på en trygg og nyttig måte.

Eksamen på basic nivå

Eksamen etter basic kursene består av en pasient kasus hvor kandidaten tar opp anamnese og gjør relevante kliniske undersøkelser. Dette følges opp av en ultralydundersøkelse hvor man ønsker å bekrefte eller avkrefte

klinisk mistanke om eventuell patologi. Avslutningsvis skal kandidaten forfatte en epikrise basert på gjennomført undersøkelse, både klinisk og sonografisk. Eksamen vurderes til bestått/ikke bestått. Sensorene for eksamen vil bestå av både fysioterapeut og legespesialist for å kvalitetssikre både eksamen og utdanningen.

Eksamen på advanced nivå

Advanced eksamen gjennomføres ved at man stiller med egen "pasient/demo" som vil benyttes under eksamineringen. Det vil være en praktisk, teoretisk og muntlig eksamensform der kandidaten må vise til svært god kunnskap om ultralyd og være erfaren og trygg i sine undersøkelser.

Det trekkes oppgave som man blir eksaminert i, og nivået som kreves er høyt for å bestå.

Man kan velge å gå opp til eksamen i overekstremitet, underekstremitet eller begge deler. Dette er for å imøtekomme spesialiseringen vi ser i mange praksiser der klinikker deler inn behandlerne i under eller over-ex team. Eksamen må være bestått før man kan søke om å bli godkjent som spesialist i muskel- og skjelett ultralyd.

Det vil fremgå på spesialistgodkjenningen hvilke kvalifikasjoner man er eksaminert i. Samlet eksamenstid er ca. 2 timer.

Fokus på Intro-kurset:

(Alle basic kursene innledes med en intro del slik at man kan ta basic kursene i vilkårlig rekkefølge)

- Å kunne mestre ultralydskanningsapparatet teknisk sett
- Danne seg en forståelse av teknologien bak ultralydbildene
- Å kunne identifisere normale anatomiske strukturer i forskjellige deler av kroppen
- Å kunne utføre min. 5 skanninger/proeksjoner (supervisert) i hver av de regioner som gjennomgås.

Fokus på Basic - Modul 1, 2 og 3

(modulene kan tas i vilkårlig rekkefølge)

- Å kunne identifisere normale anatomiske strukturer i de aktuelle kroppsdelene
- Å kunne påvise og beskrive spesifikke ultralydskanninger
- Å kunne identifisere og diagnostisere relevante funn, som

understøtter den kliniske undersøkelsen

- Å kunne utføre i alt min. 100 skanninger/proeksjoner selvstendig. Skanningene/proeksjonene gjennomgås først, deretter jobber man med disse i grupper på 3 (evt. 2) under supervisjon, og til sist skal de godkjennes.

Fokus på Advanced –

Modul 4, 5, 6, 7, 8 og 9

(forutsetter gjennomført Modul 1, 2 og 3)

(advanced modulene kan tas i vilkårlig rekkefølge etter fullført basic modulene)

- Korrelasjon mellom klinisk undersøkelse og ultralydskanning
- Å kunne vurdere og konkludere på funnene i klinisk undersøkelse og ultralydskanning
- Å kunne beskrive relevante funn skriftlig til andre faggrupper.
- Å benytte ultralydskanningen som et pedagogisk redskap i forbindelse med trening og behandling
- Store deler av kurset jobber man med pasient-caser, samt også reelle pasienter

Fokus på temamodulene 10 og 11

Metoder, prosedyrer og diagnostikk av spesielle skader.

Passer for de med mye erfaring med ultralyd. Mye av kursene er teori, men det vil bli mulighet for en del hands-on skanning og trening på metoder.

Gjennombruddet med Fysiofondet i 2017

Etter å ha jobbet systematisk siden 2009 med å etablere og bygge ut en spesialistutdanning i diagnostisk ultralydskanning, vedtok Fysiofondet at PFF skal motta økonomisk støtte for å gjennomføre og videreutvikle kursene fra og med 2018.

Dette anses som et betydelig gjennombrudd for utdanningen til PFF, og gir oss en unik mulighet til å tilby gode kurs og kunne utvikle våre kurs og spesialistordning også i årene som kommer. Generalsekretær Henning Jensen har skrevet en utfyllende og velformulert artikkel for de som ønsker å lese mer om hva Fysiofond-godkjenningen medfører i praksis både for PFF som forbund, spesialistkomiteen i ultralyd og for våre medlemmer som ønsker å ta denne utdanningen.

PFF tildelt 1 million fra Fysiofondet

Endelig har det lyktes PFF å få tildelt midler fra Fysiofondet til sin etterutdanningsvirksomhet – i første omgang til videreutdanningen i ultralydskanning. PFF søkte første gang Fysiofondet om midler i 2001, og har gjentatt dette i flere omganger. Etter at PFF fikk gjennomslag for deltakelse i takstforhandlingene, ble det også åpnet for at PFF og NMF skulle være få et styremedlem med personlig vara i Fysiofondet. Resultatet av arbeidet med å få innpass i Fysiofondet har således nå resultert i en tildeling på godt 1 million kr. for 2018.

Styret i PFF er glade for at denne tildelingen endelig har kommet, og vil nå kunne få en bedre økonomisk basis for å tilby medlemmene etterutdanning av høy kvalitet. Til nå har tillitsvalgte i PFF jobbet nesten gratis for å kunne ha et adekvat etterutdanningstilbud til medlemmene, dette har naturligvis vært en begrensende faktor for aktiviteten innen dette området.

For 2018 er PFF tildelt støtte til videreutdanningen i ultralydskanning og til 0,1 stilling til å utvikle spesialistordningen, til sammen kr. 1 038 000.

Fondets økonomi

Fysiofondet tildeles midler med hjemmel i folketryktdloven. Fra 2006 overføres et kronebeløp som reguleres ved de årlige takstforhandlingene. I perioden 1. juli 2017-30. juni 2018 fikk fondet tilført 32,2 mill. kr. I tillegg til tildelingene fra Folketrygden har Fysiofondet inntekter fra verdipapirer. Fysiofondets portefølje hadde en markedsverdi på mer enn 270 millioner ved årsskiftet 2016/2017.

I 2017 er det så langt tildelt midler for mer enn 36 mill. kroner

Fondets formål

Fondets formål er å yte:

1. Støtte til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, herunder av pedagogisk karakter.
2. Støtte/stipend til utdanning av instruktører i forbindelse med

denne etter- og videreutdanningsvirksomhet.

3. Eventuelle reisestipend, arbeidstipend og forskningsstipend i den utstrekning det kan styrke etter- og videreutdanningen.
4. Støtte til andre formål som har sammenheng med fysioterapeuters etter- og videreutdanning.

Hvem kan få støtte

Fondet yter støtte til fysioterapeuter med norsk autorisasjon som praktiserer i Norge.

Tildelingene til fysioterapiorganisasjonene for 2018

- For 2018 har fondets styre gitt tilsagn om følgende tildelinger for 2018 til organisasjonene:
- Inntil kr 7 millioner for 2018 til NFF som en del av rammefinansieringen for perioden 2018 – 20.
- Inntil kr 705 000 for 2018 til NMF som en del av rammefinansieringen for perioden 2018 – 20.
- Inntil kr 1 038 000 for 2018 til PFF som en del av rammefinansieringen for perioden 2018 – 20.

Støtte til fysioterapeuter

Fysiofondet deler også ut støtte til fysioterapeuter som ønsker å ta etter- og videreutdanning.

Generelt gjelder at søkere på alle stipendene må ha norsk autorisasjon som fysioterapeut og daglig virke i Norge. Det er ikke et krav at den som søker skal tilhøre en av fysioterapiorganisasjonene.

For å oppfylle formålet sitt lyser fondet ut følgende stipender:

Reisestipend kan søkes fortløpende. Det skal stimulere til faglig ajourføring og internasjonal faglig kontakt som kommer det norske fysioterapi-miljøet til gode.

Søknaden sendes etter avsluttet reise, og senest 3 måneder etter at tiltaket er avsluttet. Kurs som avvikles over tid eller deles opp i del 1 og del 2, skal søkes om samlet etter siste del eller når kursbevis er

mottatt. Ved nettbaserte studier som krever reise til f.eks. oppstartsamling, skal det søkes etter avlagt eksamen.

Det kan søkes reisestipend i forbindelse med følgende tiltak som skal ha minst 2 dagers varighet:

- Etterutdanning arrangert av Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
- Etterutdanning arrangert av kursarrangører som høyskoler, universitet, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og andre helsefaglige organisasjoner.
- Utdanninger av kortere varighet som gir uttelling i det norske utdanningssystemet med mindre enn 30 studiepoeng.
- Deltakelse på internasjonal kongress/konferanse som er relevant for fysioterapeuter.

Det kan gis stipend til én utdanning/kurs/seminar pr. år og i tillegg en internasjonal kongress/konferanse pr. år.

Beregning av tilskudd

Stipend gis på grunnlag av dokumenterte reiseutgifter etter rimeligste reisemåte. Når det er absolutt nødvendig å bruke egen bil, blir en sats på kr 1,50 pr. km. lagt til grunn. Maksimalt tilskudd til reiseutgifter er kr 10 000.

Tilskudd til oppholdsutgifter kan innvilges med inntil kr 200 pr. døgn ved privat opphold og inntil kr 800 pr. døgn ved opphold etter regning, maksimum kr 6 000.

Minste utbetaling er kr 1 000 og største utbetaling kr 16 000 i reise- og oppholdsutgifter for samme tiltak.

Utdanningsstipend har søknadsfrist 15. mars og 15. september.

Utdanningsstipend skal gi mulighet til kompetanseheving på høyere utdanningsnivå og stimulere fysioterapeuter til kvalitet, evaluering og dokumentasjon i fagutøvelsen.

Stipendet beregnes med inntil kr 200 pr studiepoeng.

Det er nå også mulig å søke om støtte til Veiledet praksis. Formålet med veiledet praksis må være å oppnå spesialistkompetanse i henhold til Norsk Fysioterapeutforbunds spesialistordning eller tilsvarende, samt takstkompetanse i henhold til Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

Stipendet er et tilskudd til dekning av utgifter knyttet direkte til utdanningen. Det omfatter ikke dekning av tappt inntekt, og kan ikke benyttes til dekning av generelle abonnementer (telefon, Internett, bomring m.v.). Det kan heller ikke benyttes til kjøp/leie av PC og annet utstyr, eller til kurs, kongresser og lignende som ikke er obligatorisk del av utdanningen.

Oppholdsutgifter beregnes med inntil kr 200 pr. døgn ved privat opphold og inntil kr 400 pr. døgn ved opphold etter regning.

Stipend til forskningsprosjekt har søknadsfrist 1. mars og 1. september. Stipend til forskningsprosjekt skal bidra til forskning og utvikling av ny fysioterapifaglig kunnskap gjennom å utvikle, forbedre eller evaluere eksisterende undersøkelses-, behandlings- og forebyggingsprosedyrer og -metoder. Det kan søkes om forskningsprosjekt på maksimalt ett årsverk.

Prosjektet søkes om midler til må være klinisk relevant, kunne styrke praksisfeltet og etter- og/eller videreutdanningen.

Søker må ha doktorgrad

Stipend til kvalitetssikringsprosjekt har søknadsfrist 1. mars og 1. september.

Stipend til kvalitetssikringsprosjekt skal brukes til kvalitetssikring av fysioterapeuters virksomhet ved systematisk arbeid med forbedring av ulike dimensjoner av kvalitet i fagutøvelsen. Målet for det enkelte prosjekt er av avgjørende betydning for om det skal klassifiseres som forskning eller kvalitetssikring

Formålet for prosjektet er av avgjørende betydning for om det skal klassifiseres som forskning eller kvalitetssikring. Kvalitetssi-

kringsprosjekter stiller bl.a. spørsmål om praksis tilfredsstillende krav til kvalitet og om endring vil gi forbedring.

Stipend til formidlingsprosjekt har søknadsfrist 1. mars og 1. september

Stipend til formidlingsprosjekt skal brukes til å formidle resultater og erfaringer fra fagutvikling og praksis av god kvalitet og av betydning for faget, slik at fysioterapeuter på ulike måter kan gjøre seg nytte av og bygge videre på hverandres kunnskap. Formidlingsarbeid kan også bidra til å øke kunnskap om fysioterapi hos myndigheter, pasienter og tverrfaglige samarbeidspartnere.

Fysiofondet har særlig fokus på fysioterapi i primærhelsetjenesten. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for gode, helhetlige pasientforløp fra akutt fase til re-/habilitering, inkludert brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid, vektlegges.

Prosjekt som gjennomføres i, eller er forankret i, primærhelsetjenesten vil bli prioritert når søknader ellers stiller likt i vurderingene.

Hva kan det søkes stipend til formidlingsprosjekt til

Fysioterapeuter som ønsker å skrive artikkel for å formidle kunnskap og erfaringer fra klinisk praksis, prosjektarbeid eller forskning, kan søke om stipend til formidlingsprosjekt. Det kan søkes om støtte til å skrive artikler basert på gjennomført prosjekt, kasusrapport eller systematisk oversikt.

Selve gjennomføringen av prosjektet eller arbeidet skal være avsluttet. Datamaterialet skal være analysert og hovedresultatene foreligge.

Formidlingen skal kunne styrke praksisfeltet samt etter- og/eller videreutdanningen.

Stipend til arbeid med prosjektbeskrivelse – søknadsfrist 1. mars og 1. september

Stipend til arbeid med prosjektbeskrivelse skal brukes til å styrke fysioterapeuters konkurranseposisjon ved søknader om midler til finansiering av forskningsprosjekter

hos andre finansieringskilder enn Fysiofondet. Stipend til arbeid med prosjektbeskrivelse kan også brukes til prosjekter som senere inngår i søknad til Fysiofondet fra Miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi.

Miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi

– søknadsfrist 1. september

Miljø for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi kan søke om støtte til doktorgrads- og post-doktor prosjekter. Målet med tildelingen er styrking av fysioterapeuters kompetanse på doktorgradsnivå eller post-doktornivå.

Miljø for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi som kan søke er:

- Universiteter, vitenskapelige høyskoler og høyskoler akkreditert på institusjonsnivå av NOKUT
- Forskningsinstitutter underlagt Retningslinjer for statlig basisfinansiering av Forskningsinstitutter (jf Forskningsrådet)
- Helseforetak/sykehus med lov-pålagte oppgaver innen forsknings- og utviklingsoppgaver
- Forskningsinstitusjoner i samarbeid med kommunehelsetjenesten

Utfyllende informasjon

Du kan finne utfyllende informasjon om de forskjellige stipendkategoriene på Fysiofondets webside: <http://fysiofondet.no/Stipendkategorier>.

De stipendkategorier som til enhver tid er søkbare finnes under utlysninger i Fysiofondets søknadsportal(<https://soknadsportal.fysiofondet.no/fysio/#home>)

Fysiofondet oppfordrer alle søkere til å lese utlysningen nøye og sette av god tid til å fylle ut søknad. Sekretariatet i Fysiofondet opplyser at søkere erfaringsmessig ofte ikke har satt seg grundig nok inn i kriteriene for utlysningen, heller ikke har satt av nok tid til selve søknadsprosessen. Denne «jobben» bør ikke gjøres i pausen mellom to pasientbehandlinger.

FORSKNINGSKURS

Ved Svein Friis, Per Grønaas Farup, Alice Kvåle

Dato:

Del 1: Fredag 5. oktober og lørdag 6. oktober 2018

Del 2: Fredag 19 oktober og lørdag 20. oktober 2018

Sted:

Romerike helsebygg, inngang A, 2000 Lillestrøm

Kursavgift: PFF-medlem: 5900, Andre: 6900

Mer opplysninger opp forelesere og detaljert program kommer.

Kursplasser tilgjengelig: 25

Påmelding: www.fysioterapi.org/kurs.

Påmelding gjelder samlet kurs.

Avbestillingsfrist: 5. september 2018

Ved avbestilling etter denne dato, må kursavgiften betales i sin helhet.

Påmelding etter denne dato belastes med 10% tillegg i kursavgiften

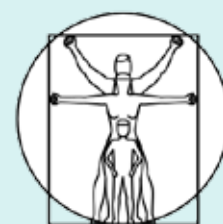
Vi ønsker dere alle velkommen!

Er du interessert i styrearbeid?

Eller kjenner du noen som kunne passet til oppgaven?

PFF er alltid på utkikk etter dyktige folk som kan jobbe for forbundet vårt og påvirke fysioterapiens retning inn i fremtiden! Ta kontakt med oss, og vi vil informere deg om alt du trenger å vite!

pff@fysioterapi.org /32 89 37 19 /www.fysioterapi.org



PFF

16-17.

MARS
2018



Muskel- og skjelettkongressen 2018

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund, PFF inviterer til Muskel- og skjelettkongressen 2018 i Oslo 16.-17. mars på Hotel Bristol.

PÅMELDINGSFRIST: 16.02.2018

STED: OSLO

Legg til i kalender

04-04.

MAI
2018



Undersøkelse og behandling av kjeveleddsplager

PÅMELDINGSFRIST: 04.04.2018

STED: LILLESTRØM

Legg til i kalender

13-14.

APRIL
2018



Explain Pain med Tim Beames

PÅMELDINGSFRIST: 13.03.2018

STED: ROMERIKE HELSEBYGG, DAMPSAGVEIEN 2A, LILLESTRØM

Legg til i kalender

KURS 2018

DATO	TEMA	STED
Fredag 13. og lørdag 14. april 9.00-17.00 og 9.00-16.30	Explain Pain Tim Beames MSc,BSc,MCSP	Lillestrøm
Fredag 4. mai 2018 13.00-16.00	Undersøkelse og behandling av kjeveleddsplager Manuellterapeut Elisabeth Julsvoll	Lillestrøm
Fredag 7. og lørdag 8. september 2018 9.00 – 17.00 og 9.00-16.30	Mobilisation of the Neuro Immune System Tim Beames	Lillestrøm
5. og 6. oktober del 1 19 og 20 oktober del 2	Forskningskurs; Svein Friis, Per Farup, Alice Kvåle	
Fredag 23. og lørdag 24. november 9.00-17.00 og 9.00-16.30	Graded Motor Imagery	Lillestrøm Tim Beames
Dato ikke satt	Drift av privat praksis Finn Tore Bjørnsand	

Er det kurs du ønsker deg? Ta kontakt med Linda Linge på linda@fysioterapi.org

Se nærmere opplysninger på de forskjellige kursinvitasjonene

OBS! Alle kurs har påmeldingsfrist fire uker før kursdato om ikke annet er oppgitt.

Ved avbestilling senere enn fire uker før kursstart må kursavgiften betales.

Påmelding senere enn fire uker før kursstart belastes med 10% ekstra på kursavgiften.

KURSKALENDER ULTRALYD

DATO	TEMA	STED
13-14.april 2018	ADVANCED - Modul 9 - Hofte	Oslo
04-05. mai 2018	BASIC - Modul 2– Skulder, albue og hånd	Oslo
07-08.september 2018	ULTRALYDKONGRESS 2018 - med fokus på muskel og skjelett	
27-28 oktober 2018	ADVANCED 4 – Ankel/fot	Oslo
09-10. november 2018	BASIC – Modul 1 – Kne, ankel og fot	Oslo

Se også: <http://www.ultralydscanning.no/kurskalender.html>

Se kurskalender på www.fysioterapi.org – Hemsedal og Aalborg kurs. Påmelding: mf@arkadensfysioterapi.dk

OVERSIKT OVER OMI-KURS: se ominorden.com

Kontaktperson for kurs i Oslo/ Østlandet: Tom Røsand, mob: +47-93048330.

Kontaktperson for kurs andre steder: Are Ingemann, tlf.jobb: +47-73572335 / +47-90969336.



Fremtiden er bærbar!

Ultralydrevolusjonen er her, og den er høyteknologisk og brukervennlig. Velger du bærbar, har du fordelene med deg over alt og apparatet tar mindre plass på kontoret. Still bedre diagnoser og få mer fornøyde pasienter.



Nyhet!



Dreibar og høyoppløst medisinsk skjerm – overlegen bildekvalitet!

7 kilo og størrelse som en laptop – i høyeste grad portabelt.

MyLab™ Gamma – bærbar maskin fra verdensledende Esaote.

Ikke la størrelsen eller formatet lure deg – dette apparatet er fullspekket med funksjonaliteter for MSK, et felt Esaote har konsentrert seg spesielt om de siste årene. Leveres med verktøy som programmer for nål/injeksjon og spesialisert MSK-software.

Bygge kvaliteten med et chassis i magnesium og aluminium gir en klar følelse av kvalitet, og brukervennligheten er overlegen med dreibar høyoppløst skjerm, få knapper, mange tilkoplingsmuligheter og touchpanel. Den er dessuten tilnærmet lydløs (kun 38 dB).

Ved å kjøpe eller leie apparat fra adCARE får du vårt opplæringsprogram med på kjøpet. Våre spesialister har bakgrunn fra MSK slik at du har god brukerstøtte.

Stativ/tilkoblinger

- 1 stk robust høydejusterbar tralle
- 2 stk probetilkoblinger
- Hyller for printer og dokumenter
- Batteri

Programvare

- Komplette software inkludert X-view, M-View
- Software tilpasset MSK
- Forhåndsinnstilte pre-sets for MSK
- Sensitiv fargedoppler
- Powerdoppler, pulsed wave
- B-Steer for nålvisualisering
- Dual-B
- Compound imaging, trapezoid
- 250 GB harddisk

Standard utstyr

- 2 usb-innganger
- HDMI, 14" medisinsk LCD-skjerm
- 12" touchskjerm
- Standby
- Norsk tastatur



Tralle medfølger.

Et vell av prober er også tilgjengelig.

MyLab™ Six

Samme gode funksjonaliteter, men stasjonær og større skjerm.

Har du litt mindre behov for en bærbar enhet? Da velger du denne, uten at du trenger å gå på kompromiss med funksjonalitet. Apparatet har samme funksjoner som MyLab™ Gamma, men er fastmontert på tralle.

