NR. 2-18 – ÅRG. 27

FYSIOTERAPI

I PRIVAT PRAKSIS

Finn-Tore – ny leder

Hofteimpingement: Operasjon eller ikke?

Belastningsskader

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.org
e-post: pff@fysioterapi.org

Sekretariatet
Leder: Christin Foss
pff@fysioterapi.org
Generalsekretær: Henning Jensen
gensekr@fysioterapi.org
Studentkontakt: Marius Solstrand
marius@iliaden.no

Ansvarlig utgiver: Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund.
Redaktør: Nina Erga Skjeseth,
red@fysioterapi.org,
tlf: 975 92 998

Redaksjon: Hilde Stette, 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.
Annonsesalg: 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 50

www.fysioterapi.org

twitter
www.twitter.com/fysioterapi

facebook
www.facebook.com/fysioterapi

LEDER

Takk for tilliten!

Det er med skrekkblandet fryd jeg nå tar over jobben som redaktør for både websiden og fagbladet til PFF. Skrekk fordi jeg overtar etter en redaktør som har utført denne jobben på en mesterlig måte, og derfor gjør dette til et hoppe-etter-Wirkola-oppdrag. Fryd fordi jeg ser på dette som en fin utfordring og gleder meg til å ta fatt på arbeidsoppgavene. Med meg på laget har jeg en gjeng jeg kjenner godt og har jobbet med i flere år, og nettopp det gjør det hele litt mindre skummelt. Jeg er ganske trygg på at fagbladet fortsatt vil holde et høyt nivå – det er vel begrenset hvor galt dette kan gå?

Da jeg ble spurt om jeg ville ta over som redaktør etter Hilde (Stette), trengte jeg ikke veldig lang betenkningstid. Hilde har på mange måter vært min mentor i fysiolivet, selv om det aldri har vært noe bevisst valg fra noens side. Min første jobb som fysioterapeut etter turnus var under vingene av Ingrid (Granøien) og Hilde i Delta Aktivt i Ålesund. Da jeg var ferdig med master i idrettsfysioterapi ved NIH i Oslo, klarte Hilde å overbevise meg om at Drammen Sportsklinikk var en bra plass å være – noe hun fikk rett i. Hilde fikk meg også inn som journalist i Fysioterapi i Privat Praksis i 2014, og nå sitter jeg altså her som ny redaktør. Takk til Hilde som har banet vei og alltid har hatt troen på meg!

Når man skifter beite og kommer til en ny arbeidsplass, er det alltid spennende å møte nye kollegaer. Selv har jeg alltid trivdes bra der jeg har jobbet, og jeg har ofte tenkt at det sikkert ikke vil bli like bra på det nye stedet som på det gamle. Men gang på gang har jeg kommet til steder med bra folk og et positivt og inkluderende miljø. Mitt inntrykk er at fysioterapeuter og andre terapeuter er over snittet ålreite mennesker, noe som gjør at arbeidsmiljøet blir bra uansett hvor man havner. En fysioterapeut jobber tett med mennesker, og man blir god på å se og tolke andre, kommunisere og være empatisk. Dette tar vi med oss inn i møtet med personer som ikke er våre pasienter eller utøvere, og det tror jeg er noe av grunnen til de gode fysioterapimiljøene rundt omkring. Vi er rett og slett hel ved!

Denne utgaven av Fysioterapi i Privat Praksis publiseres for første gang kun digitalt. Vi oppfordrer derfor alle til å spre nettugaven til venner og kollegaer, slik at fagbladet når ut til så mange som mulig.

Kos deg med bladet og nyt den deilige våren!

Redaktør
Nina Erga Skjeseth

Neste utgivelse: juni 2018

INNHOLD

4 Den motiverte pasienten

6 Belastningsskader
– Er årsaken for lite, for mye eller for rask økning?

8 Finn-Tore Bjørnsand – ny leder i PFF
– Make Physiotherapy great again!

10 Kirurgi sammenlignet med placebooperasjon ved langvarige laterale albuesmerter

12 Hva skal du IKKE gjøre ved tendinopatier i underekstremitetene?

14 Godt fundamentert

18 Behandlingsalternativer for skuldersmerter gir rødt lys

22 Kostholdets betydning for psyksisk helse

24 Beslutningstaking: cuffruptur

27 PFFs tillitsvalgte og ansatte 2018/2019

28 Slik unngår du de mest vanlige løpeskadene

32 ASRM – Athlete self report measure

35 Hofteimpingement: operasjon eller ikke?

38 Kurs

SENTRALSTYRET:

LEDER:	Finn-Tore C. Bjørnsand	finn-tore.bjornsand@fysioterapi.org
NESTLEDER:	Linda Linge	linda.linge@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Trude Andersen	trude.andersen@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Svein Erik Sandlien	svein-erik.sandlien@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Silje Holstad	silje.holstad@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Trond Dalaker	trond.dalaker@fysioterapi.org
VARAMEDLEMMER:	David Aronsen	david@trimmen.no
VALGKOMITÉ:	Vidar Heggen	viheggen@online.no
	Christin Foss	pff@fysioterapi.org
FONDSSTYRE:	Trude Andersen	trude.andresen@fysioterapi.org
	Christer Nordby	christer@cnfysio.no
	Daniel Ask	danask@online.no

SPESIALISTRÅD
Atle Vervik
Linda Linge
Kjetil Nord-Varhaug

KURSKOMITE
Linda Linge
Svein Erik Sandlien

FAGPOLITISK RÅD
Henning Jensen

MARKEDSFØRING
Tor Aage Berg
Web-redaktør: Nina Erga Skjeseth

ETISK RÅD
Ivaretas av styret

FORSIKRINGSSAMARBEID
IF, Tlf.: 02400

RETTHJELP
Trude Andersen
Kristian Moum

REDAKSJONSKOMITE
Redaktør/journalist:
Nina Erga Skjeseth
Journalister:
Hilde Stette
Lars Martin Fischer
Stian Christophersen
Jørgen Jevne
Kevin Nordanger Martin
Andrea Næss
Ingvild Amble Eriksen
Annonser: Christin Foss

Den motiverte pasienten

Som terapeuter er vi ofte avhengige av å få pasienten med på laget. I mange tilfeller skal pasienten gjøre en egeninnsats i form av trening eller øvelser. Ofte trenger vi også tilbakemeldinger underveis for å foredle og tilpasse behandlingsopplegget. Samtidig er det ikke uvanlig å oppleve at pasienten ikke får til å gjennomføre det vi avtaler, eller at han ikke investerer tilstrekkelig i samarbeidet, utover å møte opp til timene.

AV ANDREAS LYCKE
FYSIOTERAPEUT

I denne artikkelen får du noen strategier for et fruktbart samarbeid, og verktøy for å hjelpe pasienten med gjennomføringen av for eksempel et egentreningsopplegg.

Få pasienten med på laget
Som fagperson har du en formening om hva pasienten bør gjøre for å bli bedre. Med forankring i forskning og klinisk erfaring ser du for deg øvelser som skal gjennomføres med en bestemt dosering, intensitet og hyppighet. I mange tilfeller er det imidlertid ikke nok med god instruksjon og overbevisende forklaringer av hvor viktig egentreningen er for å bli bedre.

I motiverende intervju, en metode som har vist god effekt for endring av helseatferd (1), trer du ut av ekspertrollen, og fungerer i stedet som en guide eller sparringpartner for pasienten. I stedet for å fortelle pasienten hva han skal eller bør gjøre, utforsker du hva pasienten tenker, slik at dere sammen kan lage et øvelsesopplegg som er gjennomførbart. Pasientens opplevelse av autonomi, at han selv velger hva han skal gjøre, er avgjørende for god måloppnåelse (2).

I tillegg er det viktig at pasienten har tilstrekkelig tro på å lykkes med gjennomføringen. God mestringsforventning (self-efficacy) kan gjøre at pasienten lettere kommer i gang, prøver hardere og fortsetter tross tilbakeslag (3).

Bruk av åpne spørsmål er ditt viktigste verktøy for å involvere pasienten i utformingen av et gjennomførbart øvelsesopplegg. I denne sammenhengen innebærer det at du kartlegger hvilke rammer øvelsesopplegget må passe inn i før du lager innholdet. Pasienten er ekspert i eget liv, og kan fortelle deg om sine preferanser og om hva han har tro på få til.

Hvor?
Er det enklest å gjøre det hjemme, på klinikken, ute eller på jobben?

Når?
Hvilke tidspunkter i løpet av uken passer det best å gjøre øvelsene? Kan øvelsene hektes på etablerte rutiner, som annen trening eller faste gjøremål i hverdagen?

Hvor lenge hver gang?
Hvor lang tid har du til rådighet hver gang?

Hva har fungert før?
Hvilke erfaringer har du med å trene? Hva har fungert for å få til treningen tidligere?

Hva liker du?
Kan øvelsesopplegget integreres i lystbetonte aktiviteter eller gjøres morsommere f.eks ved bruk av musikk eller ved å trene sammen med andre?

Sørg for at planen er realistisk
Når hverdagen kommer, kan ofte uforutsette hendelser, som syke barn eller overtid på jobben, ødelegge for selv de beste intensjoner om å trene. I tillegg er det viktig å forberede pasienten på mulige negative reaksjoner, som økte smerter i forbindelse med trening.

Studier viser at bruken av handlingsregler (implementeringsintensjoner) er effektivt for å øke måloppnåelsen (5). Dette er planer som følger formelen «når eller hvis X oppstår, så gjør jeg Y». Slike planer kan brukes til å gi pasienten strategier for hva han gjør når han møter normale og forventede utfordringer.

Fremfor å gi gode råd i blinde, spør du pasienten hva som kan komme til å hindre ham i å få gjennomført treningsopplegget. Sammen lager dere relevante når så-planer. La pasienten selv komme med forslag til løsninger.

Når jeg har lite tid, gjør jeg disse 3 øvelsene som tar kun 10 minutter. Hvis jeg får mer vondt, gjør jeg et lettere eller kortere program.

Når pasientens preferanser er ivaretatt og mulige barrierer er kartlagt, må det faglig optimale øvelsesopplegget noen ganger justeres nærmere det som er gjennomførbart i pasientens liv. Det kan være smertefullt å avvike fra det faglig korrekte, men selv det beste treningsopplegget gir tross alt dårlig effekt hvis det blir liggende i skuffen.

Skap forpliktelse, engasjement og læring
Når dere er enige om en gjennomførbar plan for treningen, kan det være lurt å definere det hele som et eksperiment, der hensikten er å finne ut hva som fungerer og hva som ikke gjør det. Hvis første versjon av treningsopplegget ikke fungerer helt som ønsket, gir det verdifull læring og nyttige erfaringer dere kan bygge videre på.

Du kan gi pasienten en aktiv rolle i videreutviklingen av øvelsesopplegget ved å gi ham kriterier å evaluere treningen i forhold til. En pasient som opplever at hans innspill har stor verdi, vil ofte engasjere seg mer og ta større ansvar for å gjennomføre. I evalueringen av hvordan øvelsene fungerer, er pasientens erfaringer like viktige som din fagekspertise.

Smerte/funksjon
Opplever du umiddelbar bedring eller forverring i forbindelse med trening?

Trivsel
Hvordan trives du med treningen? Opplever du gevinster som glede, velvære eller mer energi?

Fremgang
Er det noe som går bedre eller lettere når du har trent noen ganger, enn det gjorde i starten? Hvordan er utviklingen over tid?

Gjennomføring
Hvor mange ganger får du trent? Hvilke strategier bruker du for å få gjennomført i henhold til planen? Hva kommer i veien når det ikke blir noe av?

Skriftliggjøring, i form av et lite erfaringsnotat etter hver økt, er lurt for å huske tilbake i tid. Når pasienten registrerer hva han gjennomfører og hvordan det fungerer, vil han lære mer underveis og legge bedre merke til hva han får til. Avtaler du at han skal rapportere hva han får gjort til deg, skaper du også en ekstra forpliktelse. De færreste liker å komme til ny time uten å ha gjennomført noe av det dere har avtalt. Slik selvmonitorering, at pasienten registrerer hva han gjør, er en av de mest effektive metoder for å holde fokus og lykkes med endringer (6).

Forklar viktigheten av å føre en oversikt, og spør om pasienten har forslag til hvordan det kan gjøres. Noen liker penn og papir, mens andre foretrekker å bruke PC eller mobil. Poenget er at pasienten kommer til oppfølgingstimer med en oversikt over antall økter og sekken full av nyttige erfaringer som han vil dele med deg.

En viktig del av evalueringen er å synliggjøre hva som fungerer. Når du stiller spørsmål om hva han har fått til, og hvordan han klarte det i praksis, hjelper du pasienten å øke sin egen tro på at dette er noe han kan få til også i fortsettelsen. Hvis han ser seg selv som kompetent, er sjansen stor for at han lykkes bedre med gjennomføringen over tid (2,4)

Hvis noe har vært vanskelig, kan dere sammen jobbe videre med nødvendige justeringer. Det kan være endring av treningsopplegget eller idemyldring om hva pasienten kan gjøre for å få gjennomført øvelsene ofte nok. Det er naturligvis intet nederlag om ikke alt har gått på skinner, fordi intensjonen fra starten av var å høste nyttige erfaringer.

Hvordan passer dette i din arbeidsdag?
Er du vant til travle dager der du hovedsakelig instruerer og avleverer informasjon, kan det være en utfordring å finne tid og ro til å stille spørsmål, lytte og reflektere sammen med pasienten. Det er likevel viktig å vite at din rolle kan være mye større enn å fortelle pasientene hva de bør gjøre. Kan du hjelpe pasienten å ta i bruk egne ressurser, og lykkes med det han gjør utenom timene hos deg, er belønningen pasienter som tar større ansvar og får gjort mer av det som skal til for å bli bedre. Kanskje kan du så frø som gjør at pasientene fortsetter å trene og ta ansvar for egen helse også etter avsluttet behandling. Og det er vel ganske verdifullt, eller hva?

Referanser
1. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice 2005; 55 (513): 305-312.
2. Ng YYJ, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, Deci EL, Ryan RM, Duda JL, Williams GC (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. Perspectives on Psychological Science, 7(4) 325–340
3. Ryan, R.M. (2014). The Oxford Handbook of Human Motivation (Oxford Library of Psychology). Oxford University Press.
4. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity, 22;9:78.
5. Gollwitzer PM, Sheeran P. (2006). Implementation Intentions and Goal Achievement: A Metaanalysis of Effects and Processes. Advances in Experimental Social Psychology Volume 38, 2006, Pages 69-119.
6. Andreas Lycke. (2018). Din vei, Teknikker for vellykket atferdsendring, s.62. Lyckelivet forlag.

Belastningsskader

– Er årsaken for lite, for mye eller for rask økning?

Belastningsskader rammer alt fra toppidrettsutøvere til mosjonister og resten av befolkningen. Disse skadene oppstår som følge av at vevet blir utsatt for gjentatte mikrotraumer og stor belastning over tid, uten tilstrekkelig restitusjonstid. Skadene utvikler seg som regel langsomt og har i tillegg lang tilhelingstid. Nyere kunnskap viser at gradvis progresjon i belastning er viktig i både forebygging og rehabilitering av belastningsskader.

AV NINA ERGA SKJESETH
FYSIOTERAPEUT

«For mye, for fort og for ofte» er ofte årsaken til at en idrettsutøver utvikler en belastningsskade. I den senere tid har man også sett at endringer i belastningssmønsteret har sammenheng med risiko for å bli skadet. Det betyr ikke at stor treningsmengde er en risikofaktor for skade, heller tvert i mot. Utøvere som tåler store treningsdoser er faktisk mindre skadet enn utøvere som trener mindre. Derimot har man sett at en rask og overdreven økning i treningsbelastning er årsaken til mange belastningsskader, noe som fremhever viktigheten av en hensiktsmessig progresjon i treningsbelastningen over tid (Gabbett, 2015).

Typiske belastningsskader i idrett
Forekomsten av belastningsskader i idrett har sammenheng med belastningssmønsteret utøverne blir utsatt for. Dette mønsteret er ofte gjentakende og/eller ensformig, som for eksempel kast i håndball, hopp i volleyball og løping i friidrett. Skadet vev har lavere toleranse for belastning enn friskt vev, og ulike vevstyper har ulik restitusjonstid og adapterer forskjellig til treningsbelastning.

Belastningsskader i knoklene handler hovedsakelig om stresstrakturer, som typisk rammer underekstremi-

tetene. Disse skadene er mest vanlig hos løpere som har et repetativt mønster med stor belastning på føtter, ankler og legger. Jenter rammes oftere enn gutter. De fleste stressfrakturene hos langdistanseløpere forekommer i femur og tibia, mens sprintere, hopputøvere og fotballspillere er mer utsatt for skader i foten, eksempelvis i naviculare og metatarser (Warden, 2014).

Senevevet er som vi vet, utsatt for overbelastning, og i idretten ser man flest utøvere med skader i knær (patellar tendinopati – Jumpers knee) og akilles. Skadene opptrer hyppig blant utøvere i hoppidretter, ballidrett og løping. I volleyball har man sett at utøvere med god spenst er mer utsatt for å utvikle Jumpers knee enn andre utøvere (Visnes, 2013). I klinikken ser man ofte også seneskader i skuldre, albuer og føtter, og disse skadene rammer både aktive og inaktive personer.

Muskelvevet blir også utsatt for overbelastning, da spesielt muskulatur i hofte, lår eller legger.
Av leddskader, er SLAP-skader i skulderen hos kastere og FAI eller labrum-skader hos fotball- eller hockeyspillere det mest vanlige. Blant unge håndballspillere ser man høyere forekomst av skulderskader hos jenter enn hos gutter, og bakspillere er spesielt utsatt (Asker, 2018).

Belastningsskader opptrer også i nervevev, bursaer og ligament, men ikke i like stor grad. Eksempler på slike skader kan være nervus ulnaris nevropati hos syklister, trochanterbursitt hos kappgjengere og skade på leddbånd i albuen hos kastere.

Behandling av belastningsskader
Fysiologisk adaptasjon til belastning er basis for all trening og rehabilitering. En belastningsskade restituerer langsomt, og behandlingen av disse skadene krever som regel strukturert trening over lang tid. Gradvis progresjon i belastning står derfor svært sentralt i rehabiliteringen. Restitusjonstiden etter belastning vil variere ut ifra både mengde og type belastning, samt trenings- og ernæringsstatus. Dette vil variere stort fra utøver til utøver, og det er derfor viktig å individualisere rehabiliteringen og legge opp en plan for den enkelte utøver. Det er nyttig å ta utgangspunkt i kunnskap om hvilke tiltak eller treningsmetoder som har effekt på ulike skader, men dette må alltid sees i sammenheng med totalbelastningen til utøveren eller pasienten.

Studier har vist at tung, langsom styrketrening har god effekt på skader i senevev (eks. patellar tendinopati), dersom det utføres i minimum 12 uker, med tre økter i uka og gradvis økning i belastning (Kongsgaard, 2009). Enkelte utøvere vil erfare at tilhelingstiden vil overstige tre måneder, dersom skadeforløpet er langvarig og omfattende. Her igjen vil faktorer som treningsstatus, tilleggsskader, totalbelastning og compliance i rehabiliteringen ha påvirkning på utfallet.

Belastningsstyring og gradvis progresjon
Når en utøver rammes av en belastningsskade, er det i første omgang viktig å få en oversikt over totalbelastningen til utøveren. De fleste utøvere må tas ut av kamp/konkurranse en periode for å redusere belastningen og gi rom for restitusjon. Enkelte vevstyper trenger fullstendig avlastning for å tilhele (eksempelvis høy-risiko stressfrakturer), mens andre skader kan tillate delvis avlastning. Noen skader får tilstrekkelig restitusjon ved å endre belastningsmønsteret i en periode. Det er derfor viktig å kartlegge hvilken type vev som er skadet, og hva som kreves for at den aktuelle skaden skal tilhele så raskt som mulig. Hovedregelen er at progresjonen i belastningen bør være kontrollert og gradvis, og dette bør styres av en fysioterapeut, fysisk trener eller andre kvalifiserte personer. Nye skader kan oppstå i tilbakeføringen etter den opprinnelige skaden, ved at man øker treningsmengden for raskt. Kommunikasjon mellom utøver/pasient og helsepersonell er essensielt for å sikre at rehabiliteringen gjennomføres så riktig som mulig.

Kilder:
1. Asker, M., Holm, L.W., Källberg, H., Waldén, M., Skillgate, E. (2018)
Female adolescent elite handball players are more susceptible to shoulder problems than their male counterparts. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. [Epub ahead of print]
2. Gabbett, T.J. (2016) The training-injury prevention paradox: should athletes be training smarter and harder? Br J Sports Med, 50(5):273-80.
3. Kongsgaard et al. (2009)
Corticosteroid injections, eccentric decline squat training and heavy slow resistance training in patellar tendinopathy. Scand J Med Sci Sports, 19(6):790-802.
4. Visnes, H., Aandahl, H.Å., Bahr, R. (2013)
Jumper's knee paradox--jumping ability is a risk factor for developing jumper's knee: a 5-year prospective study. Br J Sports Med, 47(8):503-7.
5. Warden, S.J., Davis, I.S., Davis, I.S. (2015)
Management and prevention of bone stress injuries in long-distance runners. JOSPT, 44(10):749-65.

Finn-Tore Bjørnsand – ny leder i PFF
– Make Physiotherapy great again!

Det ryster forbundets nye leder at det snakkes om at fysioterapifaget er døende. Og at nyutdannede fysioterapistudenter står uten jobb. Finn-Tores brennende engasjement er først og fremst for den unge generasjonen av fysioterapeuter i landet vårt, og som leder vil han gjøre mye for å samle denne gruppen og gjøre dem optimistiske igjen.

AV HILDE STETTE
FYSIOTERAPEUT

Finn-Tore Carlos Camacho Bjørnsand er 32 år og ble under årsmøtet i mars valgt til ny leder for Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF). Høflig, kreativ, serviceinnstilt og full av pågangsmot vil han gjøre PFF og fysioterapifaget attraktivt igjen.

Fremtidsskepsis blant unge

– Når jeg reiser rundt på fysioterapiutdanningene og holder foredrag for studenter og gryende fysioterapeuter, ser jeg at de allerede på et tidlig tidspunkt i sin utdanning og karriere sliter med en grunnleggende pessimisme for sitt eget fag og fremtidige arbeidsplass. I møtet med studentene hører Finn-Tore at det ofte blir plantet en fremtidsskepsis under utdanningen. Han mener at både skolene og NFF er med på å skape en holdning som ikke gagner yrket vårt. - Unge er strippet for selvtillit når de kommer ut, dette må vi gjøre noe med.

– Vi har aldri hatt større behov for tilgang til fysioterapi enn det vi har i dag. Folk lever lenger, og våre digitale vaner er med på å skape inaktivitets- og overvektsproblemer. Fysioterapeuter har det optimale utgangspunktet til å håndtere disse utfordringene, men må tørre å stole på egen kompetanse og evne til å skape sin egen hverdag.

Skapte sin egen arbeidsplass

Finn-Tore tok sin fysioterapiutdanning i Nederland og var ferdig autorisert i 2014. Han har også studert idrettsvitenskap. Han har alltid drømt om å bli fysioterapeut, og er lidenskapelig opptatt av faget sitt. Trening og behandling engasjerer ham veldig, men også ideen om det helhetlige i mennesket.

Som nyutdannet sendte han over 60 jobbsøknader, og da han kun fikk 4 negative svar, tok han saken i egne hender. Han leide seg et lokale i Oslo sentrum og startet det som i dag er Muskelklinikken i Oslo. Helt utenfor komfortsonen, og med liten erfaring fra privat drift og fysioterapi generelt, hoppet han i det, noe han ikke angrer på i dag.

Finn-Tore beskriver seg selv som «veldig høyre hjernehalvdel». Han

er kreativ og morsom, og elsker kontraster. -Både i yrket mitt og på det personlige plan jobber jeg mye med selvrefleksjon og målsetning. Han ønsker å være både profesjonell og medmenneskelig i tilnærmingen til sine pasienter, og mener at det holistiske ligger i grunnen for hele hans virke. Han vil representere den moderne fysioterapien, der evidens ligger i bunnen, og der man i behandlingen ser det store bildet og tar hensyn til kosthold, mental helse, biomekanikk, trening og generell helse. – Menneskelig kontakt og interaksjon er viktig, og «Hvorfor» er et viktig ord for meg, sier han.

En samlende leder

På spørsmålet om hvordan han er som leder, svarer han kontant: - Jeg er nonhierarkisk, og streber etter å være samlende. God, ærlig og høflig kommunikasjon er svært viktig. Interaksjon er avgjørende. For Finn-Tore ser ikke noen motsetning i å være ærlig og høflig, man kan være begge deler. Han bruker helt bevisst ikke setninger som -jeg kan ikke, jeg får ikke til, har ikke råd til. -Jeg liker ikke nei-ord, og valg av ord er for meg viktig i møtet med andre. Det er lett å være leder om kommunikasjonen holdes til sak og ikke person.

Finn-Tore ønsker å samle den nye generasjonen, men er samtidig svært opptatt av å lære av de gamle. -Vi er så mange, så forskjellige, både i erfaring, talenter, kunnskap, og i tilnærmingen til folk. Faget vårt er så bredt. Vi trenger alle disse ressursene for å skape et forbund som skal gagne vår yrkesgruppe i mange år fremover.

PFF – et attraktivt forbund

Jeg og resten av styret i PFF skal i tiden fremover jobbe målrettet for å øke medlemstallet, skape mer engasjement rundt forbundet, og gi medlemmene flere og viktige rettigheter. -Det skal lønne seg å være medlem i PFF, og det skal vi fortsette å jobbe med. For å få til dette mener Finn-Tore at engasjerte medlemmer er en nødvendighet. Han ønsker å ha en god kommunikasjon med medlemmene, for å finne ut hva de ønsker og trenger for å komme dit de ønsker, og han oppmuntrer til engasjement og idedugnad. Meld dere frivillig, og kommuniser deres behov til oss. Da lover vi å gjøre vårt ytterste for å hjelpe. Han ønsker også å jobbe videre med ideen om fritt fysioterapivalg, og at pengene skal følge pasienten.

Finn-Tore har ståltro på at den mest kursede yrkesgruppen i landet skal vokse, og hvis vår yrkesstolthet får blomstre, ja da er det ikke grenser for hvor bra Norges fremtidige fysioterapi vil komme til å se ut.

Redaksjonen har troen på deg, Finn-Tore, og ønsker deg lykke til som leder i PFF!

Sjekk ut vår nettside:
www.fysioterapi.org

Kirurgi sammenlignet med placebooperasjon ved langvarige laterale albuesmerter

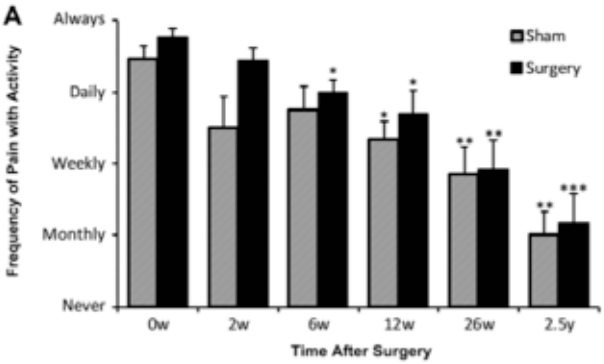
Placebooperasjoner har fått mye oppmerksomhet de siste årene, da en rekke studier har vist at de gir like gode resultater som reelle kirurgiske inngrep. Dette er nå vist i korsrygg (1), knær (2) og skulder (3,4), og er nå også vist ved tennisalbue (5). Kirurgi ved langvarige laterale albuesmerter er ikke like vanlig som menisk- eller acromionreseksjon, men også her ser man at det ikke er forskjell mellom placebo- og intervensjonsgruppen. Selv om denne konklusjonen ikke bør komme som en overraskelse, er det flere momenter i studien som er verdt å drøfte.

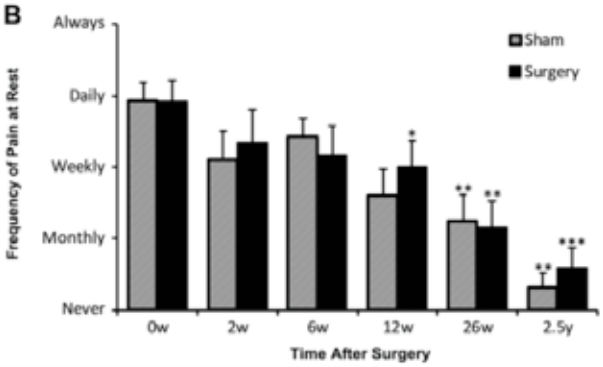
AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

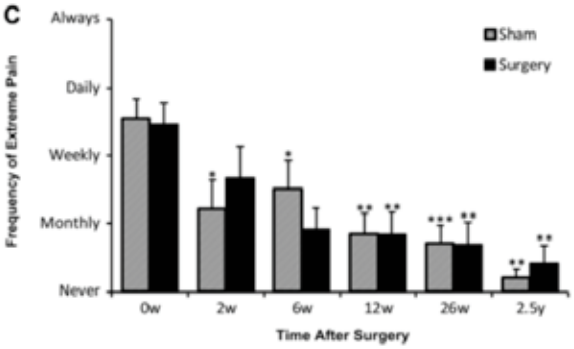
Tennisalbue, eller mer korrekt lateral epikodylalgi, refererer til affeksjon av extensorsenene som springer ut fra laterale epikondyl. Tilstanden knyttes til repetitiv belastning i håndleddsekstensjon og supinasjon av underarmen, og rammer 1-3% av befolkningen og det ser ut til at ca. 90% av pasientene blir bra i løpet av ett år (6). Plagene knyttes til tendinopatiske endringer i ECRB i utspringet fra laterale epikondyl.

Ved langvarige plager og mislykkede konservative tilnærminger fremsettes kirurgi som et alternativ. Kroslak og Murrel (5) ønsket å sammenligne eksisjon av den affiserte delen av extensor carpi radialis brevis (ECRB) med sham kirurgi, da dette er en av de hyppigste operasjonsteknikkene for langvarig tennisalbue.
På tross av at det rapporteres om meget god effekt ved kirurgiske inngrep for denne tilstanden (›75% oppgir liten eller ingen smerte ett år postoperativt), er eksisjon av den tendinopatiske delen av ECRB aldri sammenlignet med sham kirurgi.
Studien inkluderte pasienter som hadde vedvarende plager etter minimum 6 måneder med medisinsk behandling. Dette innebar blant annet fysioterapi, akupunktur, massasje, NSAIDs og injeksjonsterapi. De brukte over 6 år på å inkludere 26 pasienter og randomiserte 13 av disse til enten eksisjon eller sham. Det postoperative forløpet bestod av tøyning og egentrening fra uke to postoperativt til og med uke 12 postoperativt. Øvelsesutvalget var håndleddscurls, reverserte håndleddscurls pronasjon, supinasjon og bicepscurl. Disse øvelsene skulle gjøres daglig tre ganger per dag med ti repetisjoner per serie og med en gradvis økning i belastning fra ingen vekt til 2,5 kg. Pasientene ble fulgt opp med kliniske tester og spørreskjema i 6 måneder. Når siste pasient hadde avsluttet sitt forløp, ble alle deltakerne invitert tilbake for gjentatte kliniske tester og spørreskjema. 22 fylte ut spørreskjemaene og 11 gjennomførte også de kliniske testene. Resultatene illustreres i grafene under.

Vi ser ikke overraskende at begge gruppene opplevde reduserte smerter, men det som faktisk er overraskende er at shamgruppen rapporterte lavere smerte enn intervensjonsgruppen. Selv om studien lider under et lavt deltakerantall, ble det gjort en poweranalyse som anslo at det





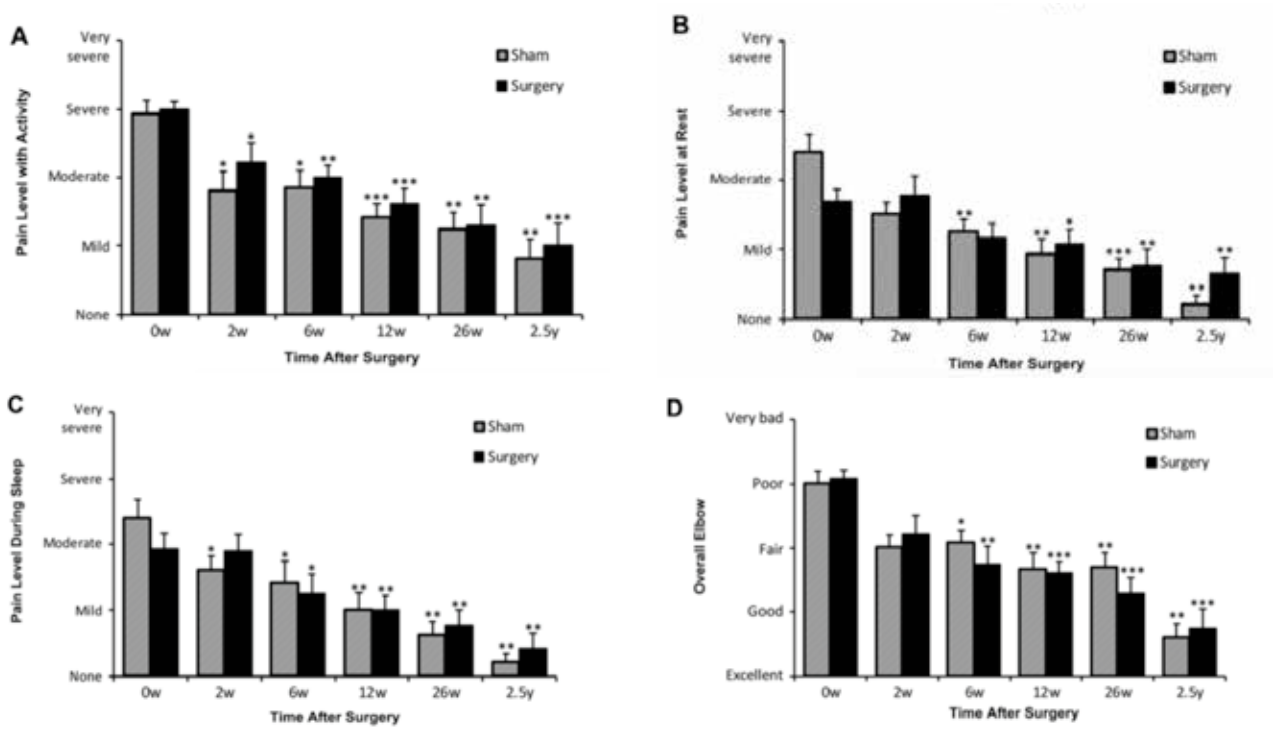


måtte over 6500 deltakere til for å oppnå en signifikant forskjell mellom gruppene. I snitt hadde deltakerne hatt smerter i fem år og feilet annen medisinsk behandling, så hvordan kan det ha seg at et snitt i huden gjorde dem så mye bedre både på kort og lang sikt? Begge gruppene fikk tre måneder postoperativ fysioterapi, men er det sannsynlig at et lavdosert, standardisert øvelsesregime over tolv uker har skapt denne bedringen? Forfatterne selv fremsetter denervasjon grunnet snittet, naturlig tilheling og Hawthorne-effekt som mulig forklaringer uten å trekke noen endelige konklusjoner.

Gitt det vi nå vet om hvordan pasienters forventninger og psykososiale faktorer assosieres med utfall (7-9), er det også nærliggende å tro at et kirurgisk inngrep skaper en ny forventning til bedring etter en lang periode med plager. Her peker forfatterne på et interessant moment; det var få pasienter som var villige til å la seg operere på når det var 50-50 om de ble operert eller ikke, hvilket gjorde det vanskelig å rekruttere nok pasienter til studien. Hva gjør det så med forventningene når det er femti prosent sannsynlighet for å bli narreoperert? Er det utelukkende ønsket og håpet om at man havnet i «rett» gruppe som skaper bedringen? Og ikke minst; hva gjør det med forventningene til bedring etter kirurgi når pasientene blir forklart at resultatene er like gode med placebokirurgi? Personlig opplever jeg at det kan være vanskelig å i det hele tatt bli trodd på dette når jeg legger frem de ulike alternativene for pasienter.

Om det nå er slik, at forventningene og håpet om bedring er det sentrale i prosessen, hva gjør vi som fysioterapeuter for å bygge opp disse forventningene til andre modaliteter enn kirurgi? Bygger vi godt nok oppunder at ›80% av laterale epikondylalgier blir bra av seg selv i løpet av ett år og at dette for det meste er en selvløsende tilstand? Bygger vi godt nok oppunder at belastning er den beste måten å behandle tendinopatier på (10)? At bevegelse er smertedempende (11, 12)? At kunnskap om hva som feiler dem og hva de selv kan gjøre med det er smertedempende (13)? Når selv den lille prosentandelen som ikke blir bra etter ett til to år, blir markant mye bedre av narrekirurgi – gir ikke det oss et vanvittig godt utgangspunkt for å skape bedring og endring på egenhånd?

1. Kroon F. et al: Two-year results of a randomized placebo-controlled trial of vertebroplasty for acute osteoporotic vertebral fractures. J Bone Miner Res. 2014
2. 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
3. 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
4. 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
5. Kroslak M, Murrel G: Surgical Treatment of Lateral Epicondylitis. A Prospective, Randomised, Double Blinded, Placebo Controlled Clinical Trial. Orthop J Sports Med. 2017
6. Coombes, B. et al: Management of Lateral Elbow Tendinopathy: One Size Does Not Fit All Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy 2015
7. Bialosky, J.E., et al.: Individual expectation: an overlooked, but pertinent, factor in the treatment of individuals experiencing musculoskeletal pain. Phys Ther, 2010. 90(9): p. 1345-55.
8. 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.
9. Dunn, W.R., et al.: Symptoms of pain do not correlate with rotator cuff tear severity: a cross-sectional study of 393 patients with a symptomatic atraumatic full-thickness rotator cuff tear. J Bone Joint Surg Am, 2014. 96(10): p. 793-800.
10. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-overuse-chronic-tendinopathy?source=machineLearning&search=lateral%20epicondylitis&selectedTitle=7~16&sectionRank=2&anchor=H23#H1
11. Naugle KM, Fillingim RB, Riley JL, A meta-analytic review of the hypoalgesic effects of exercise. J Pain. 13:1139-1150, 2012
12. Ellingson LD, Koltyn KF, Kim JS, Cook DB. Does exercise induce hypoalgesia through conditioned pain modulation? Psychophysiology. 51:267-276, 2014
13. Jones MD, Valenzuela T, Booth J, Taylor JL, Barry BK: Explicit education about exercise-induced hypoalgesia influences pain responses to acute exercise in healthy adults: A randomised controlled trial, Journal of Pain (2017)



Hva skal du IKKE gjøre ved tendinopatier i underekstremitetene?

Historisk sett har diskusjonene i medisinen og terapeutprofesjonen tatt utgangspunkt i hva som er det beste tiltaket for ulike tilstander. Dette har vist seg notorisk vanskelig å enes om, og mange etablerte fasiter utfordres når de testes vitenskapelig – så også for tendinopatier. Et interessant perspektiv er å snu på det og spørre seg hva det er vi ikke skal gjøre, og gjennom dette belyse hvilke tiltak vi faktisk står igjen med.

AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

Tendinopatier i underekstremitetene er vanlige tilstander hos både idrettsutøvere og i befolkningen for øvrig, og det er nå konsensus på at tendinopatier i all hovedsak behandles gjennom et belastningsregime. Hvordan dette best gjøres, og hvilke tilleggsterapier som kan gi en tilleggseffekt, er imidlertid uklart. Den anerkjente seneforskeren Jill Cook har laget en oversikt over ti behandlingstilnærminger som bør unngås (1), og kanskje er dette en måte å deduktivt komme frem til hva vi faktisk kan og bør gjøre med disse tilstandene.

1. Unngå komplett hvile
Komplett hvile svekker senens toleranse for belastning og vil også redusere senens stivhet i løpet av to uker. Muskelkraften vil også reduseres og dermed svekke kapasiteten i hele den kinetiske kjeden, hvilket vil gjøre rehabiliteringen vanskeligere og veien tilbake til idretten eller hverdagslivet lengre. Belastningsreduksjon er et viktig tiltak i oppstarten av behandling, men dette er ikke det samme som komplett hvile, og så snart smerten er stabil og tolerabel for pasienten, må belastningen på senevevet økes gradvis. Cook anbefaler én test for belastningskapasitet gjort daglig slik at pasienten selv kan vurdere fremgangen og øke eller redusere belastningen.

2. Unngå feil øvelsesutvalg
Å forstå hvordan ulike øvelser belaster senevev er viktig for å ha en hensiktsmessig progresjon i opptreningen. Belastningen på en sene øker drastisk ved raske bevegelser der senen virker som en springfjær, som ved løping, hopping og retningsforandringer. Rolige bevegelser vil dermed være å foretrekke, og selv øvelser med tunge vekter kan tolereres fint av senen så lenge bevegelsestempoet er lavt. Dette har åpnet døren for behandlingsprotokoller som HSR, som per i dag ser ut til å være en effektiv belastningsprotokoll ved tendinopatier i underekstremitetene (2). Når sener belastes i store utslag vil belastningen økes drastisk, og vi står i fare for å komprimere festet og eller utspringet over benete fremspring. Et godt eksempel på dette vil være tåhev gjort på flatt gulv kontra i trapp, der sistnevnte gjør at achillessenens feste komprimeres mot calcaneus. Både kompresjon og raske bevegelser må på sikt implementeres i opptreningen, men bør unngås i tidligere stadier av rehabiliteringen.

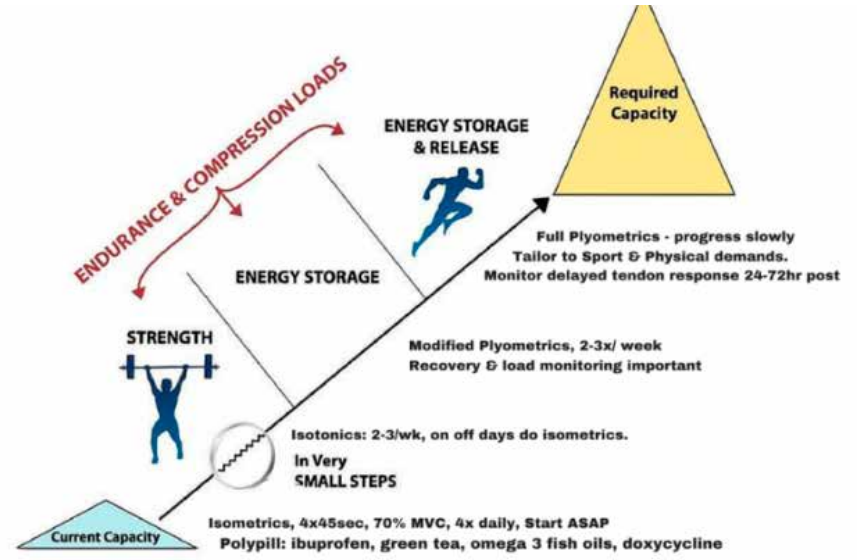
3. Ikke baser behandlingen på passive behandlingsmetoder
Passive behandlingsmetoder som massasje, nåler, trykkbølge, is og elektroterapi vil ikke påvirke senens

belastningskapasitet. I beste fall kan passive behandlingsmetoder endre smertebildet på kort sikt, men vil samtidig gjøre pasienten til en passiv mottaker av behandling når vi ønsker det motsatte – at pasienten selv skal utføre behandlingen og være en aktiv del av rehabiliteringen.

4. Unngå injeksjonsterapi
Ingen form for injeksjonsterapi rettet direkte mot senevevet har vist seg bedre enn placebo. Kortison bryter ned senevevet på cellenivå, og det er rapportert om dårligere utfall på lang sikt ved bruk av kortisoninjeksjoner kontra uten (3). På tross av at advokatene for disse terapiene hevder at behandlingen endrer senestrukturen til det bedre, er ikke denne potensielle endringen nødvendig. Sener tilpasser seg de tendinopatiske forandringene og har mer enn nok friskt kollagent vev til å tåle høy belastning. Injeksjonsterapi vil kunne endre smertebildet, og kan dermed være et alternativ når pasienten har feilet et langvarig og godt rehabiliteringsprogram.

5. Ikke ignorer smerten
Et sentralt spørsmål er ofte hvorvidt treningen skal være smertefull eller ikke. Når behandlingen av tendinopatier baserer seg på å belaste senen, er det sannsynlig at dette kan medføre smerte. Å akseptere smerte er imidlertid ikke det samme som å ignorere smerte – om dette overhodet er mulig – og det er derfor viktig at pasientene selv kan monitorere smerteresponsen sin det påfølgende døgnet etter trening. Ved overbelastning av senen øker gjerne smerten etter 24 timer, og er et signal om at belastningen må roes ned. Anbefalingen er at en økning på to eller mer på VAS (0-10) på den daglige belastningstesten (pkt. 1) krever en reduksjon i aktiviteter som overbelaster senen.

6. Unngå å tøye senen
Som nevnt under pkt. 2 er sener utsatt for kompresjon når de tøyes mot ytterstilling. Å tøye en tendinopatisk sene bidrar ikke til økt belastningskapasitet, men øker derimot kompresjonskreftene som virker på senen.



Figur fra Cook & Docking 2015 (3)

7. Ikke gjør tverrfriksjoner
Å tverrfriksjonere en irritabel sene kan irritere senevevet ytterligere, øke smerten og vil ikke øke senens belastningskapasitet. Som nevnt under pkt. 3 kan tverrfriksjoner gi en kortvarig smertelindring, men smerten vil raskt komme tilbake når pasienten går tilbake til å belaste den.

8. Unngå å bruke billedfunn for diagnose, prognose eller utfallsmål
Tendinopatiske forandringer forekommer hyppig i helt asymptomatiske sener og må derfor tolkes med forsiktighet som diagnoseverktøy for smertefulle sener. Billedfunn sier derfor heller ingenting om prognosen. Tendinopatiske forandringer endrer seg i svært liten grad gjennom rehabiliteringen og korrelerer dårlig med smertereduksjon, og er derfor ikke et nyttig verktøy som utfallsmål.

9. Ikke være bekymret for ruptur
Smerte er en beskyttende respons som vil føre til avlastning av senen. De fleste senerupturer skjer faktisk uten smerte som forvarsel og uten at vi har sett disse pasientene i klinikken før de rupturerer senen, på tross av store patologiske endringer i senevevet.

10. Ikke vær utålmodig
Et tidsperspektiv på minimum tre måneder er nødvendig for å la senen, muskelen, den kinetiske kjeden og hjernen bygge opp styrke og kapasitet. På lang sikt er prognosen god dersom vi klarer å gjennomføre en god, øvelsesbasert rehabilitering.

Oppsummering
Hvorfor er det viktig å fokusere på hva vi ikke skal gjøre ved tendinopatier i underekstremitetene? Først og fremst for å vite hva vi burde legge bort av tiltak og bruke mindre tid på i vår daglige praksis. Dette åpner døren for å bruke tiden vår på å gjøre det som ser ut til å fungere best; et progrediert rehabiliteringsprogram som går fra smertereduksjon, via styrketrening til mer eksplosive return to play øvelser og med en samtidig inkorporering av utholdenhetstrening. På den måten vil senen og hele den kinetiske kjeden belastes på best mulig måte gjennom forløpet og bygge opp en belastningskapasitet som gir gode langsiktige resultater.

1. Cook JL: Ten treatments to avoid in patients with lower limb tendon pain Br J Sports 2018
2. Kongsgaard, M. et al: Corticosteroid injections, eccentric decline squat training and heavy slow resistance training in patellar tendinopathy. Scand.J.Med.Sci.Sports 2009.
3. Coombes BK, Bisset L, Brooks P, Khan A, Vicenzino B. Effect of Corticosteroid Injection, Physiotherapy, or Both on Clinical Outcomes in Patients With Unilateral Lateral Epicondylalgia. A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2013
4. Cook J, Docking S: "Rehabilitation will increase the 'capacity' of your ...insert musculoskeletal tissue here....» Defining 'tissue capacity': a core concept for clinicians Br J Sports Med 2015

Godt fundamentert

Du trenger ikke å putte en femmer på Håvard Engell. Får han anledning til å snakke om kropp, holdning, biomekanikk og gangmønster, holder han det gående nesten uten å trekke pusten. Med en imponerende glød og intensitet.
– Jeg vil så gjerne hjelpe mennesker som sliter med vondt'er og skader på grunn av feilbelastninger, sier han.

AV INGVILD AMBLE ERIKSEN

Det var balletten som tente interessen for kropp, motorikk, bevegelse og estetikk. For Håvard er – eller var – ballettdanser. Han førtidspensjonerte seg fra den jobben da han var 40 – ett år for tidlig. Da hadde han to utslitte danser-hofter, som han senere har fått byttet ut i nye i titan. Noen pensjonist har han imidlertid aldri vært eller blitt. Heller ikke nå etter å ha rundet 68. Da han gikk av scenegulvet, gikk veien til Olympiatoppen. Det har blitt mye idrett, mye motorikk-trening, mye biomekanikk, mye veiledning.

Detaljene som styrer kroppen

Siden han for noen år siden gikk inn i sveitsiske MBT (masaisko) og satt som fagsjef i Skandinavia og medlem av forskningsutvalget i MBT Acadamy i Sveits, har føtter og sko okkupert både tiden og hjernekapasiteten til danseren. Og der andre ville tenkt og sagt at «dette er bra nok» – der går Håvard litt lenger. Det er alltid mulig å lage en litt bedre sko. Det er alltid mulig å finne ut litt mer om kroppens – og særlig fotens – bevegelsesmønster.

– Hvordan kan vi forebygge og behandle lidelser ved å justere fotens stilling og funksjon, og dermed påvirke bindevev, muskler og ledd, i tillegg til fotens mekanoreseptoriske (proprioseptive) systemer? Spør Håvard – igjen og igjen.

Han vil mer. Derfor forlot han MBT. Han hadde sett hva sko kan gjøre for mennesker med plager, og han ville ta det lenger enn sveitserne. Han ville lage en sko til allmenn bruk – ikke en helsesko. Da måtte han gjøre jobben selv. Med seg på Gaitline-laget har han sønnen Andreas som daglig leder, og en rekke dyktige folk som kan sine fag – økonomi, markedsføring, salg, logistikk. Håvard kan analysen og produktutviklingen. Han kan anatomi og mekanikk, koordinasjon og bevegelse. Han kan detaljene. De er så viktige for ham at han tilbrakte fem uker på en krakk ved slipemaskinen hos produsenten i Sør-Korea. Fabrikken hadde gjort en feil, og flere tusen såler måtte slipes før skoene kunne slippes i markedet.

Lagarbeidet avgjør suksessen

– Vi hadde ikke tid til å produsere nye. Det var bare å brette opp ermene og begynne å slipe, sier Håvard og smiler. Og forteller at huden på fingertuppene også fikk gjennomgå.

14 glødende engasjerte heltidsansatte sørger for at Gaitline-selskapet er i sterk vekst. Det spørs om man hadde holdt ut under samme tak som Håvard Engell uten å dele begeistringen for sko, føtter og service. I 2017 solgte Gaitline 60 000 par sko. I år bikker de 90 000 par i Skandinavia, og USA, Korea og andre asiatiske land nærmest skriker etter å få skoene. Produksjonen er flyttet fra Sør-Korea til Kina for å få et bedre samarbeid, og før påske var Håvard og Andreas en uke i Kina for å forsikre seg om at klargjøringen til første produksjon går etter planen. Det er mange detaljer som skal på plass.

Alltid et nytt mål

Nå utvikler Håvard sko for barn. Han har analysert barnefotens utvikling fra to- til åtteårsalder, delt barnefotens utvikling inn i tre faser, og hver aldersgruppe skal få «sin» sko.

– Det er en fin balanse mellom å gi foten litt støtte og stabilitet for å lede den inn i riktig bevegelse, og å passivisere den. Dette handler også om hva slags miljø vi beveger oss i. Skog, mark og ulendt terreng er byttet ut med asfalt og harde, flate gulv - som gjør noe med monotonien i belastningen på kroppen.

– Det store spørsmålet er hva som skjer når et barn tar av seg skoene og beveger seg barbeint. Vil foten gå tilbake til det tidligere, belastende bevegelsesmønsteret, eller har bruken av skoen endret også barfotgangen?

Testing med høyhastighetskamera i laboratoriet viser at Håvards barnebarn på 8 nå går nesten helt perfekt også barbeint, etter å ha brukt Gaitline-sko i ett år. Hun overpronerte og hadde tilløp til alvorlige belastningsplager.

– Det overrasket meg faktisk at effekten var så god. Nå blir det spennende å se hva vi kan gjøre for barn ned i 2-3-årsalder.

Omtanke, omsorg og ønske om å hjelpe

Det var ikke gitt at Håvard Engell skulle bli danser. Hadde faren fått viljen sin, hadde han blitt mekaniker. De første årene bodde han på Kampen. Der kamperte familien på 20 kvadratmeter i bakgården der faren og en kamerat hadde mekanisk verksted.

– Faren min var den første som utførte service for oljeselskapet Esso. Problemløsning var en del av hverdagen. Det de ikke hadde

Den tidligere danseren Håvard Engell har et brennende ønske om å hjelpe folk med plager – og en glødende interesse for hva riktige sko kan gjøre for føttene og kroppen vår.

av verktøy, reservedeler og utstyr, lagde de selv. Jeg lærte mye om å fikse ting – finne løsninger.

Men mekaniker ble han ikke.

– Jeg danset folkedans som barn, i BUL, noe min far ivret for. Han var fra Telemark og hadde danset mye selv. Folkedans. Da jeg i en alder av 21 fortalte at jeg skulle bli ballettdanser, fikk imidlertid pipen en annen lyd. Jeg ble kastet ut hjemmefra.

Håvard avslører at forholdet til faren ikke ble det beste etter denne episoden. Interessen for ski og annen fysisk aktivitet hadde de felles, men et nært forhold fikk de aldri. For Håvard er imidlertid barna, og nå barnebarna, det viktigste i livet. Smilende sier han at barnebarna til og med går foran Gaitline.

Da Håvard var 7, flyttet familien Engell til Oppsal, som den gang var jordbruksområde – med både dyrket og udyrket mark som tumleplass for barna. Som ung hadde han sommerjobb på Ullevål sykehus, der han blant annet pakket lik. Og han jobbet med skolioserammede barn på Sophies Minde. Han brukte sin interesse for og kunnskap om trening, og hjalp barna med nyttige øvelser.

– Jeg var nok meislet ut til å jobbe med mennesker, smiler han, og forteller at han fikk brev fra Sophies Minde-barna i mange år etter at han hadde hjulpet dem.

– Jeg har alltid vært en type som har tatt vare på de rundt meg og vist omsorg. Jeg liker å lære bort, og jeg har en stor interesse for kropp og menneskets fysikk. Jeg hadde planer om å bli fysioterapeut, isteden har jeg gått litt på kryss og tvers mellom ulike behandlingssjangere, og egentlig funnet min egen tittel – bevegelsesveileder.

Fra militær triatlon til knallhard dansetrening

I forsvaret – befalsskolen på Heistadmoen og plikttjeneste på Trandum og Sessvollmoen – ble kapasiteten fra langrenn og annen idrett omsatt i militær triatlon og plass på det militære landslaget. Mens han ennå var befalsskoleelev, spurte en kusine om han ville være med på ballett. Hun hadde behov for å bli litt mer smidig. Han var nysgjerrig. Fetteren ble med på Torild Frostads danseskole på Majorstuen. Og ble hekta. Rytmen og musikaliteten hadde han fra folkedansen, styrken og utholdenheten fra idretten, men bevegelsene i jazzdans, moderne dans og klassisk ballett var noe helt nytt.

– Det første som slo meg da jeg begynte der, var kroppen til Torild. Den var «sjukt atletisk» – så gjennomtrent, så utrolig flott. Og jeg tenkte at om man blir så atletisk av å danse, er det bare å satse. Jeg var 21 år! Jeg hadde mildt sagt mye å lære. Men vi var en utrolig godt sammensveiset gjeng av mange flotte dansere.

Med stort pågangsmot, og motivasjon og evne til virkelig å studere, øve og trene, ble Håvard en dyktig danser, og ble oppringt av Egil Monn-Iversen og Runar Borge da de stiftet Norsk Danseteater. De lagde egne forestillinger og tv-produksjoner for NRK sammen med kjente artister i to år. To år senere skulle Det Norske Teatret sette opp West Side Story, og Runar Borge ville ha Håvard i rollen som Diesel i Jetgjengen. Det ble starten på en lang karriere på scenen med musikaler på rekke og rad – blant andre Cats, Grease, A Chorus Line, Den glade enke og Flaggermusen.

– Musikal var noe helt nytt for meg. Jeg likte å synge – å synge solo på scenen var imidlertid noe helt annet. Men å møte dette kreative miljøet var fantastisk, og jeg har fått med meg et helt utrolig skattkammer av opplevelser gjennom nesten et tiår med dans.

Overføringsverdi mellom dans og idrett

Håvard tar utfordringer. Og når han brenner for noe, vibrerer hele ham. Som han gjør når han snakker om føtter, gange og sko. Og å hjelpe mennesker. Som da han hjalp våre beste idrettsutøvere gjennom å trene spesifikke koordineringsøvelser. Danseren var sentral da alpingutta fikk sitt gjennomslag på slutten av 80- og 90-tallet. Han bidro til

at hopperne hadde suksess, og han hjalp skiskytterne til å gå fortere i fristil enn spesiallangrennsløperne. Han har utviklet koordineringsøvelser som forebygger kneskader i håndball, og han har jobbet med kvinnelige Nasjonalballettendansere som manglet spenst. Han tok prinsipper fra dansen med inn i idretten og idrettens grunntrening inn i balletten.

– I dansen jobber du langt inn i deg selv for å finne det riktige musikalske uttrykket, og hver bevegelse skal ha en misjon og fortelle sin del av historien. Jeg fikk et stort bevegelsesrepertoar, der ingen bevegelser var ukjente. Da jeg begynte å jobbe med idretten, kunne jeg identifisere de spesifikke bevegelsene for de ulike idrettene – og lage øvelser som gjorde at utøverne perfeksjonerte koordinasjonen og prestasjonene.

Da han jobbet med toppidrettsutøverne i Olympiatoppen, gikk Håvard tilbake til Idrettshøgskolen. Han trengte faglig påfyll, og valgte å studere og beskrive det han liker best – biomekanikk og motorisk kontroll – hvordan samspillet i kroppen organiseres fra foten og opp og fra hjernecellene og ned. Hvordan helheten påvirkes av detaljene.

– Det er utrolig spennende å se hvordan samspillet i kroppen organiseres fra foten og opp, og fra hjernecellene og ned, sier Håvard Engell. Et langt liv som danser, og senere veileder for blant andre våre ypperste idrettsutøvere, har gitt ham solid kunnskap om kroppens funksjon og dysfunksjon. Foten er sentral som fundament.

«Alt» påvirkes av føttene

Det er fengslende å høre Håvard Engell snakke om anatomi og funksjon. Han ser det store bildet, og han ser de små detaljene i føttene. Han har hjulpet gravide kvinner med bekkenplager, og han hjelper både vanlige folk og idrettsutøvere med plager i bevegelsesapparatet. Gjennom datteren Maria Terese, som har spesialisert seg på hest, ble han også engasjert i rytterverdenen. Maria Terese er hesteveterinær, og skal disputere i juni i temaet «asymmetri i rytters kroppsholdning som årsak til belastningslidelser hos hesten». De fikk inn flere halte hester da hun jobbet på Veterinærhøgskolen, og ofte viste det seg at hestene ikke haltet da veterinærene testet dem. Med rytteren på ryggen, derimot, var haltingen tilbake.

– Etter å ha klødd seg i hodet og studert fenomenet fra alle vinkler, tilkalte Maria Terese meg. Vi så på alle mulige løsninger hos hesten, før jeg begynte å se på rytteren. Det viste seg at feilstillinger i rytterens fot gjorde at bekken og overkropp ikke var symmetrisk og balansert, noe følsomme hester oppfattet som en ekvipasje i ubalanse. Hesten vil da rent reflektorisk endre på holdnings- og bevegelseskoder for å gjenopprette balansen, og den kompenserer for det asymmetriske trykket fra rytteren med å halte. Vi korrigerte rytterens fotstilling, og dermed også bekkenets og overkroppens posisjon – og hesten sluttet å halte. Det er ganske fascinerende, smiler Håvard.

Kropp og estetikk er en livslang fascinasjon

– Menneskekroppen er så vakker. Bevegelsene er så vakre. Det er så nydelig å se et menneske som beveger seg i harmoni med kroppen. Og derfor får jeg så fryktelig lyst til å hjelpe mennesker som av en eller annen grunn mangler denne estetikken. I mange tilfeller skal det kun enkle justeringer til for å få funksjonelle bevegelser som skåner kroppen fra belastningslidelser. Bevegelser har en form for en «lovmessighet» ut fra sånn som vi er skapt med knokler, ledd og muskler. Noen bevegelsesmønstre er definitivt mer riktige og funksjonelle enn andre, og estetikken kan gi oss en pekepinn om graden av funksjonalitet, sier Håvard Engell. Han smiler og legger til at han nok, mer eller mindre offisielt, kommer til å studere menneskekroppen hele livet.

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

Behandlingsalternativer for skuldersmerter gir rødt lys

Gjennom en myriade av forskjellige tiltak med variabel plausibilitet, skorter det ikke på tilbud for pasienter med langvarige skuldersmerter. En ny studie publisert i BJSM benytter en trafikklysmetafor for å beskrive evidensbasen for mange av våre favorittiltak. Det kan se ut til at vi som overivrige bilister har kjørt på litt for mange røde lys opp gjennom årene, og at vi nå bør stoppe opp, lese nøye og lære mer i påvente av å få passere på grønt.

AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Skuldersmerter er allminnelig og den tredje hyppigste årsaken til å henvende seg til helsepersonell med smerter i muskelskjelettsystemet, etter korsrygg og nakkesmerter [1]. Skuldersmerter er en klinisk hodepine for de fleste klinikere, grunnet et omfattenede batteri av tester [2-5], lite struktur i undersøkelse [6-8], usikkerhet rundt rehabiliteringsøvelser [9-13] og lite kunnskap omkring dosering og progresjon [14]. Som en direkte konsekvens er det nok mange klinikere som havner inn i en autopilot av (u) vaner, enkle tiltak og tilsynelatende god effekt. Paradokset er jo at det finnes pasienter som utfører alle tiltak vi iverksetter etter punkt og prikke og blir verre, så finnes pasienter som ikke følger et eneste råd vi gir og blir bedre. Følgelig er det enkelt å lure seg selv og havne inn i selvbekreftende boble. Derfor er det også ydmykende å forholde seg til den nyeste litteraturen som gjør at man ofte må revurdere sin egen fortreffelighet.

Steuri og kolleger publiserte i midten av 2017 en omfattende systematisk gjennomgang og meta-analyse av konservative tiltak på subacromielt impingementsyndrom (SIS) [15]. I artikkelen estimerer man at 70% av skuldersmerter er en eller annen form for SIS, men man anerkjenner også debatten rundt terminologien og bruken av begrepet

impingement, som i dag må kunne betraktes som kontroversielt [16-18]. I alle tilfeller vil tiltakene man har undersøkt være relevante å kjenne i konteksten av at disse pasientene er majoriteten av pasienter med skuldersmerter i vår praksis. Man antar at de fleste pasienter som henvender seg til fysioterapi får en kombinasjon av rådgivning, avdramatisering, manuell behandling og forskjellige kombinasjoner av øvelser. Mange får også injeksjons- og medikamentell behandling, enten i samråd med lege eller øvrig helsepersonell. Men hvordan ser evidensgrunnlaget ut og hva bygger vi tiltakene på?

Trafikklysmetafor
Steuri et al har benyttet GRADE for å beskrive styrken i forskningen [19]. Studien får dermed, basert på utvalgte kriterier, til slutt graderingen «Veldig svak», «Svak», «Moderat» eller «Sterk.» Deretter bruker man den samme graderingen i et trafikklyssystem, hvor RØDT LYS regnes hvis man har sterk eller moderat evidens for at tiltaket ikke er favorabelt. Dersom det er sterk eller moderat evidens for at tiltaket er favorabelt, får man GRØNT LYS. Alle andre tiltak, uavhengig av om de har antatt favorabel eller ufavorabel effekt, med veldig lav eller lav evidensgrad, får GULT LYS (se bilde).

Basert på dette trafikklyset vil jeg presentere de vanligste tiltakene vi i klinisk praksis inkludert medisinering, slik de fremstår i gjennomgangen til Steuri og kolleger (for full oversikt, vises til det artikkelen som er open-access).

Trening (= gult lys)
Trening var bedre enn å gjøre ingenting, målt på smerte og funksjon. De finner at spesifikke øvelser er bedre enn ikke-spesifikke, målt på smerte, funksjon og AROM. Trening var bedre enn fysikalsk behandling uten aktiv komponent. De finner – overraskende – at kirurgi er bedre enn trening for smerte (men ikke funksjon) og finner således støtte for kirurgi ved god indikasjon for utvalgte pasienter.

Manuellterapi (=gult lys)
Manuellterapi var bedre enn å gjøre ingenting for smertelindring. Manuellterapi kombinert med trening var bedre når man sammenligner med avslått ultralyd og placebo gel. Manuellterapi kombinert med trening var bedre enn trening alene, men kun ved kort follow-up.

NSAIDS (=gult lys)
NSAIDs var bedre enn placebo målt på smerte og AROM. Det foreligger ikke evidens som sammenligner NSAIDs med øvrige alternativer, eksempelvis trening.
Kortisoninjeksjoner (=gult lys)
Kortisoninjeksjon var bedre enn å gjøre ingenting, målt på smerte og funksjon. Sammenlignet med aktive kontroller (fysioterapi), så var kortison kun bedre ved den korteste oppfølgingen. Man fant at ultralydveiledet injeksjon er noe bedre enn blinde injeksjoner for smertereduksjon og funksjon. Det var ikke mulig å sammenligne kortison med NSAIDs. Man konkluderer at injeksjon kan tilbys s om et alternativ hvis pasienten ikke ønsker alternative behandlingsformer med lik effekt og mindre risiko.

Fortolkning
Steuri et al sin gjennomgang belyser dessverre svært mange hull i kunnskapsbasen vår omkring skulder [15]. Totalt sett er det ingen tiltak som når opp til grønt lys i trafikklysmetaforen over kvaliteten av forskningen som foreligger. Forfatterne mener på bakgrunn av mengden forskning på området, så burde man kunne forvente at i det minste enkeltintervensjoner kunne klassifiseres som effektive, og at man trygt kunne anbefale disse. Dessverre, grunnet metodisk svake studier, små populasjonsstørrelser og statistiske forskjeller mellom de ulike studiene, forblir anbefalingene i kategorien 'gult lys' og forfatterne understreker at de estimerte effektstørrelsene kan variere betydelig med den reelle effekten i klinikk, både i positiv og negativ favør.

Et stort problem i dagens kunnskapsbase er at oppfølgingstiden i →

Trafikklyssystemet benyttet i artikkelen, hvor man klassifiserer evidensgraden fra svært lav til sterk.

studiene er for kort. Av alle studiene som ble inkludert i denne analysen, var det kun et fåtall som fulgte opp pasienten i mer enn 6mnd etter avsluttet intervensjon. 60% av studiene ble avsluttet innenfor to uker etter intervensjonsslutt. Dette står i grell kontrast med hva vi vet om naturlig tilheling og regresjon til gjennomsnittet [20,21] – og følgelig forblir det stor usikkerhet omkring tallene og dens faktiske effekt. Det er naturligvis også stor fare for at man overestimerer egen behandlingseffekt (confirmation bias) når man kanskje i realiteten kun observerer et naturlig forløp.

Sammenlignet med andre systematiske gjennomganger mener forfatterne at de har benyttet strengere kriterier for kvalitetsvurdering og har følgelig redusert kvalitetsgraden på mange intervensjoner fra moderat til svak eller veldig svak. Dette gjør seg også gjeldende på fysioterapiens grunnpillar: treningsterapi. Her har faktisk forfattere forandret anbefalingene fra tidligere systematiske gjennomganger [22] og konkluderer med at evidensbasen for trening er svakere enn hva vi liker å tro. Steuri og kolleger har også konkludert med at spesifikk trening er bedre enn generell trening, og at ultralydveiledet injeksjon er bedre enn blind. Begge disse påståendene har vært gjenstand for debatt i en årrekke, og litteraturen er ikke konklusiv. Dette understrekes i alle tilfeller av forfatterenes trafikklysvurdering, hvor samtlige intervensjoner de har undersøkt får gult lys.

Klinisk betydning

Studien til Steuri kan ved første øyekast virke som nedslående lesing. Samtidig er den en viktig påminnelse om hvor mange ubesvarte svar vi fortsatt har på dette området. Studier som dette burde informere oss om en edruelig, pragmatisk og ikke minst bærekraftig tilnærming til skulderpasienten. På tross av at det er beskjeden evidensstyrke på området, fremstår det åpenbart at rådgivning, hjelp til selvhjelp og treningsterapi bør være bærebjelkene i håndteringen av skulderpasienten. Forfatterne peker også på at man muligvis kan oppnå bedre resultater med øvrige modaliteter, herunder manuellterapi, laser og taping. Men dette bør ikke, under noen omstendighet, gå på bekostning av det førstnevnte.

På bakgrunn av denne viten bør klinikere være selvkritiske ved iverksettelse av tiltak. Tiltak bør balanseres i en vurdering rundt kostnad:nytte og risiko:nytte og tas i samråd med en informert pasient som får fremlagt usikkerheten rundt diverse tiltak. Ikke minst bør pasienten informeres om den relativt gode prognosen i et naturlig forløp. Et av problemene med den publiserte treningslitteraturen er at man ofte legger opp til svært omfattende trening for pasienter med skuldersmerter [23,24], men dette gir oss et kunstig bilde av klinisk praksis, hvor gjennomføringen av trening er mindre enn i kliniske studier [25,26]. Basert på at evidensbasen er slik den fremstår i dag, oppfordres klinikeren til å holde seg oppdatert på skulderlitteraturen og i mellomtiden iverksette lavterskeltiltak med sannsynlig sammenlignbare resultater som mer invasive intervensjoner.

1. Greving, K., et al.: Incidence, prevalence, and consultation rates of shoulder complaints in general practice. Scand J Rheumatol, 2012. 41(2): p. 150-5.
2. Hegedus, E.J., et al.: Combining orthopedic special tests to improve diagnosis of shoulder pathology. Phys Ther Sport, 2015. 16(2): p. 87-92.
3. Hegedus, E.J., et al.: Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med, 2008. 42(2): p. 80-92; discussion 92.
4. Hegedus, E.J., et al.: Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med, 2012. 46(14): p. 964-78.
5. Hegedus, E.J., et al.: Orthopaedic special tests and diagnostic accuracy studies: house wine served in very cheap containers. British Journal of Sports Medicine, 2017.
6. Lewis, J.: Rotator cuff related shoulder pain: Assessment, management and uncertainties. Manual Therapy, 2016.
7. Lewis, J., et al.: Rotator Cuff Tendinopathy: Navigating the Diagnosis-Management Conundrum. J Orthop Sports Phys Ther, 2015: p. 1-43.
8. Lewis, J.S.: Rotator cuff tendinopathy/subacromial impingement syndrome: is it time for a new method of assessment? Br J Sports Med, 2009. 43(4): p. 259-64.
9. Shire, A.R., et al.: Specific or general exercise strategy for subacromial impingement syndrome-does it matter? A systematic literature review and meta analysis. BMC Musculoskelet Disord, 2017. 18(1): p. 158.
10. Reijneveld, E.A., et al.: Clinical outcomes of a scapular-focused treatment in patients with subacromial pain syndrome: a systematic review. Br J Sports Med, 2017. 51(5): p. 436-441.
11. Dejaco, B., et al.: Eccentric versus conventional exercise therapy in patients with rotator cuff tendinopathy: a randomized, single blinded, clinical trial. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2017. 25(7): p. 2051-2059.
12. Haik, M.N., et al.: Effectiveness of physical therapy treatment of clearly defined subacromial pain: a systematic review of randomised controlled trials. Br J Sports Med, 2016.
13. Willmore, E.G., et al.: Scapular dyskinesia: evolution towards a systems-based approach. Shoulder Elbow, 2016. 8(1): p. 61-70.
14. Littlewood, C., et al.: Therapeutic exercise for rotator cuff tendinopathy: a systematic review of contextual factors and prescription parameters. Int J Rehabil Res, 2015. 38(2): p. 95-106.
15. Steuri, R., et al.: Effectiveness of conservative interventions including exercise, manual therapy and medical management in adults with shoulder impingement: a systematic review and meta-analysis of RCTs. Br J Sports Med, 2017. 51(18): p. 1340-1347.
16. Littlewood, C., et al.: The central nervous system--an additional consideration in 'rotator cuff tendinopathy' and a potential basis for understanding response to loaded therapeutic exercise. Man Ther, 2013. 18(6): p. 468-72.
17. 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.
18. Cools, A.M., et al.: Shoulder pain: can one label satisfy everyone and everything? Br J Sports Med, 2017. 51(5): p. 416-417.
19. Guyatt, G.H., et al.: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 2008. 336(7650): p. 924-6.
20. Hrobjartsson, A., et al.: Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. N Engl J Med, 2001. 344(21): p. 1594-602.
21. Beard, D.: Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. The Lancet, 2017.
22. Saltychev, M., et al.: Conservative treatment or surgery for shoulder impingement: systematic review and meta-analysis. Disabil Rehabil, 2014.
23. Holmgren, T., et al.: Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. BMJ, 2012. 344: p. e787.
24. Yamato, T.P., et al.: How completely are physiotherapy interventions described in reports of randomised trials? Physiotherapy, 2016.
25. Medina-Mirapeix, F., et al.: Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain: an observational study. BMC Musculoskelet Disord, 2009. 10: p. 155.
26. Picha, K.J., et al.: A model to increase rehabilitation adherence to home exercise programmes in patients with varying levels of self-efficacy. Musculoskeletal Care, 2017.

GaitTec by AlfaCare

Gait Optimization™ and GaitTec™.

According to the World Health Organization, there is an unsolved and increasing Global Epidemic of Musculoskeletal Disorders. Millions of people are suffering from chronic and recurring pain and disability every day. Something must be done!

Dr. Charlie Baycroft, with the help of many others, has been trying to understand and solve problems of the Locomotor System since 1970. Charlie has learned (some say stolen) as much as he could from colleagues in other fields of Medicine and continues to do so.

In 1980, he invented Formthotics to help treat his patients' Sports Injuries and established the 1st multidisciplinary Sports Medicine Clinic in which a Physiotherapist, a Doctor and a Podiatrist cooperated as equal partners to solve their patients' problems. The results were amazing.

Formthotics and all other medical devices of the time were based on Biomechanical principles and the Theories of Root, Orien and Weed.

"Foot Orthoses work, but we do not know how they work"
This statement has been made by many experts in the field of Foot Orthotic Therapy.

Until recently, our theories were based on Biomechanics and concepts derived from science of Newton and the Scientific Revolution of the 17th century
We are now modifying these biomechanical theories because we understand more from Neuroscience and how this relates to our therapies.

Our modern technologies are also based on Neuroscience as well as Mechanics.

Gait Optimization™ is a model and method of assessing and improving Locomotor Efficiency Based on Biomechanics and Neuroscience.

The GaitTec™ products are an updated version of the original Formthotics that are designed to be a better tool for optimizing Gait and the efficiency of Locomotion.

Medical devices are tools that we use to provide therapy. The GaitTec™ products work just as well with the mechanical principles of therapy but are designed to have better Neuromotor effects.

Dr. Baycroft and many of his colleagues believe that understanding Locomotion and improving functional efficiency will improve the therapy for Musculoskeletal Pain and Disability.

We would appreciate the help of others who would also like to help solve the Global Epidemic of Musculoskeletal Disorders.

Dr. Charlie Baycroft

Skiskytterlandslaget bruker spesialtilpassede såler fra AlfaCare

AlfaCare

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

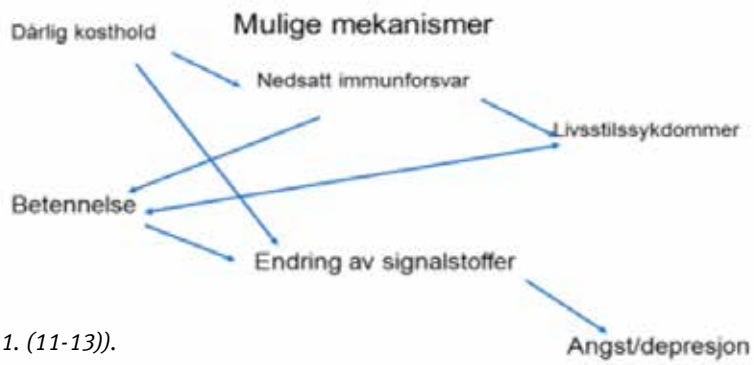
Kostholdets betydning **for psyksisk helse**

Psykiske plager og lidelser anses for å være et av våre mest alvorlige folkehelseproblem både i Norge og globalt sett (1). Symptomer på angst og depresjon, søvnvansker og redusert mestringsfølelse berører 3,7 millioner nordmenn over 16 år, og paraplyen «psykisk uhelse» er en av de vanligste årsakene til sykefravær per i dag. Funn viser også at det er økt forekomst av plager forårsaket av psykisk helse blant barn og unge, og forekomsten er stadig økende. Depresjon alene forventes å være den viktigste årsak til funksjonsnedsettelse globalt sett i 2020, og Verdens helseorganisasjon mener dette vil være det aller største helseproblemet blant verdens befolkning om få år (2).

AV ANDREA NÆSS
M.S.C. HUMAN ERNÆRING

Kostholdets betydning for psykisk helse er enda et ferskt forskningsfelt. Tidligere studier har observert en klar assosiasjon mellom disse to parametrene, og det er blitt foreslått en positiv effekt av et optimalt kosthold, både som et forebyggende tiltak og i selve behandlingen av psykiske lidelser (3).

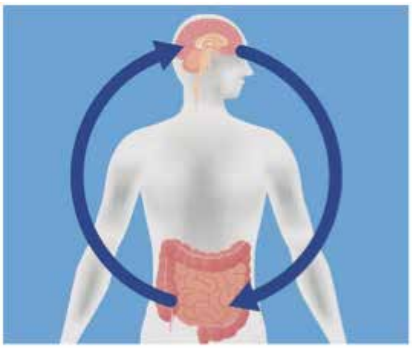
Viktige faktorer som stadig omtales for utvikling av psykisk uhelse er miljømessige faktorer som sosioøkonomisk status, arbeidsledighet, samlivsproblemer, ensomhet, alkohol, røyking og fysisk aktivitet (4). Kosthold derimot, en faktor med evidensbasert effekt på vår fysiske helse, har ikke fått like mye oppmerksomhet i denne sammenhengen. Flere forskere stiller spørsmålstegn til dette og mener kostholdet bør bli belyst i større grad både hva gjelder forskning, forebygging og behandling av psykisk uhelse (3). Mental Health Fundation UK presenterte i 2006 en oversiktsartikkel som undersøkte kostholdets innvirkning på psykisk helse. Det var bred enighet om at det vestlige kostholdet basert på stort inntak av bearbeidet matvarer og sukker, og lavt inntak av grønnsaker, frukt, kostfiber og fisk har negativ påvirkning på den psykiske helsen. Funn fra andre studier støtter opp under assosiasjonen mellom konkrete matvarer og psykisk helse (3,5-10). Her fremheves den antidepressive effekten av fisk og dens innhold av omega-3 fettsyrer. Forklaringen ligger i at de essensielle flerumettede fettsyrene som finnes i fiskeolje, og som vi er helt avhengige av å få tilført gjennom kosten, er avgjørende for at hjernen skal opprettholde normal aktivitet. Ved mangel på slike fettsyrer kan det oppstå alvorlige lidelser inkludert depresjon. Det legges vekt på nervenes funksjon, mer spesifikt nevnes nevrotransmittere- de kjemiske forbindelsene som sender nerveimpulser fra en nervecelle til en annen. Disse frigjorte nevrotransmittere har blant annet som oppgave å regulere viktige immunologiske funksjoner for å opprettholde kroppens forsvarsmur og menneskets helse. For å produsere nevrotransmittere trenger vi tilstrekkelig inntak av vitaminer og mineraler. Vitamin B (B6, B12, folsyre), magnesium, kobber, sink, selen og jern er mat for disse nevrotransmitterne og kan tilføres kroppen ved å spise blant annet grønnsaker, frukt og grove kornprodukter.
Kort oppsummert, et kosthold som



(Figur 1. (11-13)).

kan påvirke de inflammatoriske prosessene i kroppen- altså matvarer rike på transfett, mettet fett, raffinert sukker og stivelse, og med lavt innhold av naturlige antioksidanter, kostfiber og omega-3 fettsyrer, kan ifølge studier være med å fremme depressive symptomer.

Videre er det mange nevrotransmittere som er avhengig av tilgang til aminosyrer, proteinets byggesteiner (8). Åtte av våre tyve aminosyrer må tilføres via kosten, og konsekvensen av å ikke ha et kosthold bestående av varierte proteinrike kilder av høy kvalitet kan påvirke hjernefunksjon og psykisk helse. For eksempel har en kanadisk studie forsket på Tyrosin, en betinget essensiell aminosyre som betyr at vi normalt sett kan danne den selv, men det kan oppstå situasjoner der den blir essensiell og nødvendig å tilføre gjennom kosten (14). Tyrosin spiller en viktig rolle i produksjon av flere nevrotransmittere, og et fall i nivået av disse nevrotransmitterne kan produsere følelsen av depresjon. Konklusjonen baseres på kliniske undersøkelser utført på diagnostiserte forsøkspersoner (dystymi, depresjon, bipolar depresjon), og det interessante er at ernæringsstatusen til disse deltakerne med psykiske utfordringer var langt fra optimal.



På den andre siden har det blitt foreslått at depresjon kan påvirke og bidra til dårligere matvarevalg og et utilstrekkelig kosthold (15,16). For eksempel er stress og depresjon assosiert med et dominerende inntak av søtsaker, snacks og ferdigmat, og lavere inntak av frukt og grønnsaker. Hva som er årsak og virkning er usikkert basert på funnene i denne artikkelen. Rent oppsummeringsvis er det ikke nødvendigvis slik at denne assosiasjonen mellom kosthold og psykisk helse er direkte, men at også andre ernærings- og adferdsmessige faktorer spiller inn.

Kilder:

1. Nes, R. B. & Clench Aas, J. (2011). Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger.
2. World Health Organization (WHO) (2005). Promoting metal health.
3. Mental Health Foundation. (2006). Feeding minds, the impact of food on mental health.
4. Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009).Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv.
5. Silvers, K. M. & Scott, K. M. (2001). Fish consumption and selfreported physical and mental health status. Public Health Nutrition. 5(3), 427-431.
6. Popa, T. A. & Ladea M. (2012). Nutrition and depression at the forefront of progress. Journal of Medicine and Life. 5(4): 414-419.
7. Bodnar, L. M. & Wisner, K. L. (2005). Nutrition and Depression: Implications for Improving Mental Health Among ChildbearingAged Women. Society of Biological Psychiatry. 58:679-685.
8. Elenkov, I.J. Neuro-hormonal-cy tokine interactions: Implications for inflammation, common human diseases and well-being. Non-Synaptic Transmission, Neurochemistry International 2008 Jan ;52(1):40-51).
9. Lazzeri, G. Pammolli, A. Azzolini, E. Simi, R. Meoni, V. de Wet, D. R. & Giacchi, M. V. (2013). Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. Nutrition journal. 12:123.
10. Oddy, W. H. Robinson, M. Ambrosini, G.L. O'Sullivan, T. A. de Klerk, N.H. Beilin, L. J. Silburn, S.R. Zubrick, S.R. Stanley, F.J. (2009). The assosiation between dietary patterns and mental health in early adolescence. Elsevier.39-44.
11. Maes, M. Depression is an inflammatory disease, but cell-mediated immune activation is the key component of depression. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2011.
12. Soczynska, J.K. Kennedy, S.H. Woldeyohannes, H.O. Liauw, S.S. Alsuwaidan. M. Yim, C.Y,. McIntyre, R.S. Mood disorders and obesity: understanding inflammation as a pathophysiological nexus. Neuromolecular Med. 2011.
13. Renn, B.N. Feliciano, L. Segal, D.L. (2011). The bidirectional relationshipof depression and diabetes: A systematic review Clinical Psychology Review, 31, 1239-1246.
14. Chiaroni, P. Azorin, J.M. Bovier, P. Widmer, J. Jeanningros, R. Barré, A. Dufour, H. Tatossian, A. Tissot, R. A multivariate analysis of red blood cell membrane transports and plasma levels of L-tyrosine and L-tryptophan in depressed patients before treatment and after clinical improvement. 1990, 23;(1):1-7.
15. Lien, L., Lien, N., Heyerdahl, S., Thoresen, M., Bjertness, E. (2006). Consuption of Soft Drinks and Hyperacticity, Mental Distress, and Conduct Problems Among Adolescents in Oslo, Norway. American journal of public health. 96(10): 1815-1820.
16. Mari, F.E. Kostholdsvaner og psykiske helseplager blant ungdom i HedmarkKosthold blant ungdom med og uten psykiske plager. Utvikling av psykisk helse og kostholdsmønstre fra 2001 til 2009.

Beslutningstaking: cuffruptur

Fysioterapeuter følger ofte opp pasienter i omfattende og lange forløp. Dette gjør at yrkesgruppen er i en unik posisjon til å gjøre fortløpende vurderinger og iverksette tiltak når symptomene forverrer seg. I noen tilfeller vil man måtte vurdere kirurgisk henvisning. Denne teksten omhandler beslutningsprosessen ved rotator cuffruptur.

AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

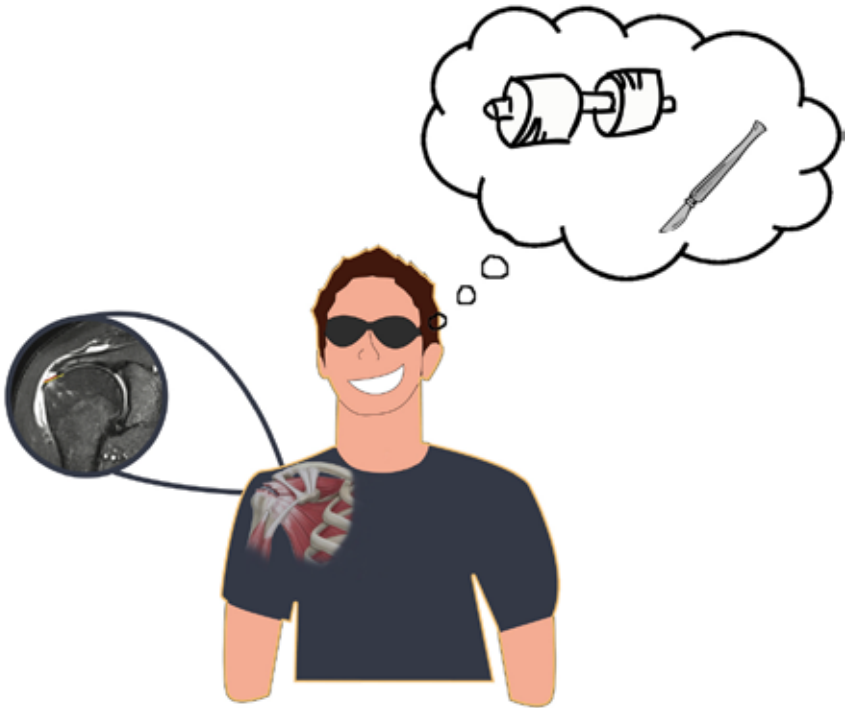
Vår viten omkring cuffrupturer har økt markant de senere år. Man har fått øynene opp for at mange i bakgrunnsbefolkningen har asymptomatiske rupturer [1,2], og man har fått bedre innsikt i hvordan rupturer utvikler seg over tid [3-5]. Det vises for øvrig til utfyllende artikkel i Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 4 2017. En norsk studie fulgte 49 pasienter med små til medium store fulltykkelses rotatorcuffrupturer over 8 år. I denne pasientgruppen ser det ut til at majoriteten av rupturene progredierer i størrelse over en periode på ›8 år. Men det er kanskje enda viktigere at 83% av pasientene rapporterte god eller svært god skulderfunksjon 8 år etter diagnostisert ruptur, noe som tilsier at mange pasienter tilsynelatende klarer seg godt uten operasjon (se bilde 1).

En gruppe man har vært mer usikker på, har vært pasienter med 'high grade partial thickness tears' – som man har antatt er en gruppe som raskt vil progrediere til fulltykkelsesrupturer og dermed kunne være operative kandidater. I en ny studie fra Kong [6] fulgte man 81 pasienter (51 menn, 30 kvinner) i alderen 41-77 år med MR verifisert grad 3 partiell supraspinatusruptur. Over ett år ble rupturen mindre hos 20/81 (25%), uforandret hos 48/81 (59%) og progredierte hos 13/81 (16%). Forfatterne konkluderer med at det ser ut til at færre rupturer progredierer enn hva man har antatt, og at kirurgisk indikasjon i denne pasientgruppen forblir usikker.

Usikkerheten rundt beslutningsprosessen kulminerte kanskje i 2016 med publikasjonen fra Wylie [7,8]. Her fant man sterkere assosiasjon mellom mental helse (målt ved SF-36) og selvrapportert smerte og funksjon, enn størrelsen på cuffrupturen. At psykososiale forhold er viktige komponenter i smerteopplevelsen er godt kjent, og er også dokumentert ved cuffrupturer [9]. Videre er beslutningsprosessen forskjellig blant kirurger og har vært gjenstand for kontroversielle debatter gjennom en årrekke, blant annet belyst fra to studier henholdsvis fra 2005 [10] og 2017 [11] – se bilde 2.

Hvem skal opereres?
Innledningsvis må det understrekes

Infografikk basert på studien til Dunn fra 2005



at selv på kasuser hvor det hersker generell konsensus i det medisinske miljøet, så foreligger svært lite håndfast dokumentasjon i litteraturen [12,13].

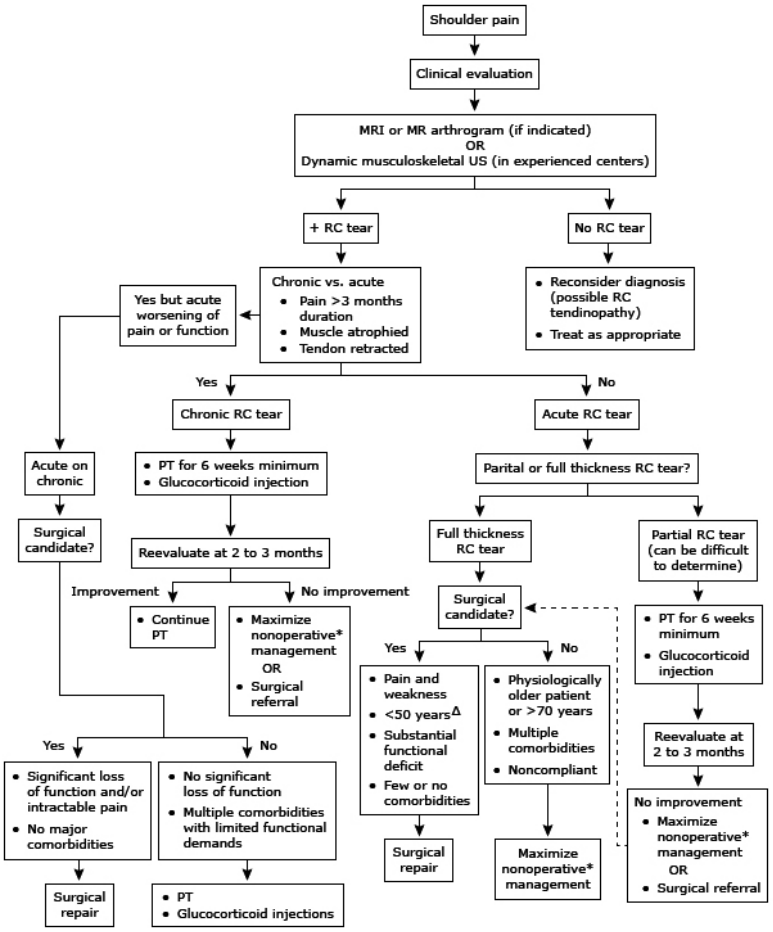
Innledningsvis skiller man typisk mellom akutte og kroniske rupturer [14]. Akutte rupturer har, som navnet tilsier, et akutt hendelsesforløp med traume og/eller skade og tilhørende smerter og svakhet i affisert skulder. Kroniske presentasjoner er mer diffuse og har overlappende klinikk- og bildediagnostikk.

Akutte presentasjoner
Akutte rotator cuffrupturer skilles typisk mellom fulltykkelses- og partielle rupturer. Generelt hersker det konsensus om at akutte, fulltykkelsesrupturer hos ellers friske individer fordrer umiddelbar kirurgisk henvisning. Man antar at pasientene bør opereres så raskt som overhodet mulig for å redusere sannsynligheten for atrofi, senedegenerasjon og –retraksjon. Denne pasienten er gjerne fysiologisk ung (helst under ‹50 år), har få / ingen komborbiditeter samt et betydelig funksjonelt tap.

Akutte, partielle rupturer (altså ikke gjennomgående / fulltykkelsesrupturer) behandles primært non-operativt. Operativ behandling vurderes kun hvis konservativ behandling ikke fører frem, og tidligst etter tre måneder. Allikevel bør det understrekes at cut-off punktet som ofte benyttes på 3 mnd./12 uker fremstår svært konservativt, spesielt i lys av øvrig opptreningslitteratur og fysiologisk respons i vevet etter belastning og trening. En mer realistisk tilnærming vil være å forespeile pasienten en tidshorisont på 6-12 måneder med progredierende vektbelastning, før man vurderer invasive tiltak.

Kroniske presentasjoner
Kroniske cuffrupturer defineres i henhold til UpToDate som symptomatiske rupturer ›3 mnd. og typisk med tegn til seneretraksjon og muskelatrofi. Primær behandling er ikke-operativ, og man vurderer kun kirurgi ved manglende bedring over flere måneder med konservativ behandling. Igjen, i følge UpToDate, vurderer man kirurgisk henvisning allerede etter 2-3 måneder, men dette fremstår som urealistisk kort tid og bidrar muligens til negative eller feilaktige forventninger til konservativ oppfølging av disse pasientene [15] .

Man vurderer også en undergruppe av disse pasientene, de som får en akutt forverring av en kronisk tilstand; en akutt-på-kronisk ruptur. Hos disse vurderes det som indikasjon for kirurgi dersom pasienten har betydelig smerte/funksjonsnedsettelse, ingen / lite komorbiditet og høye krav til skulderfunksjon. Hos pasienter med mange komorbiditeter, lite krav til skulderfunksjon og mindre affeksjon i →



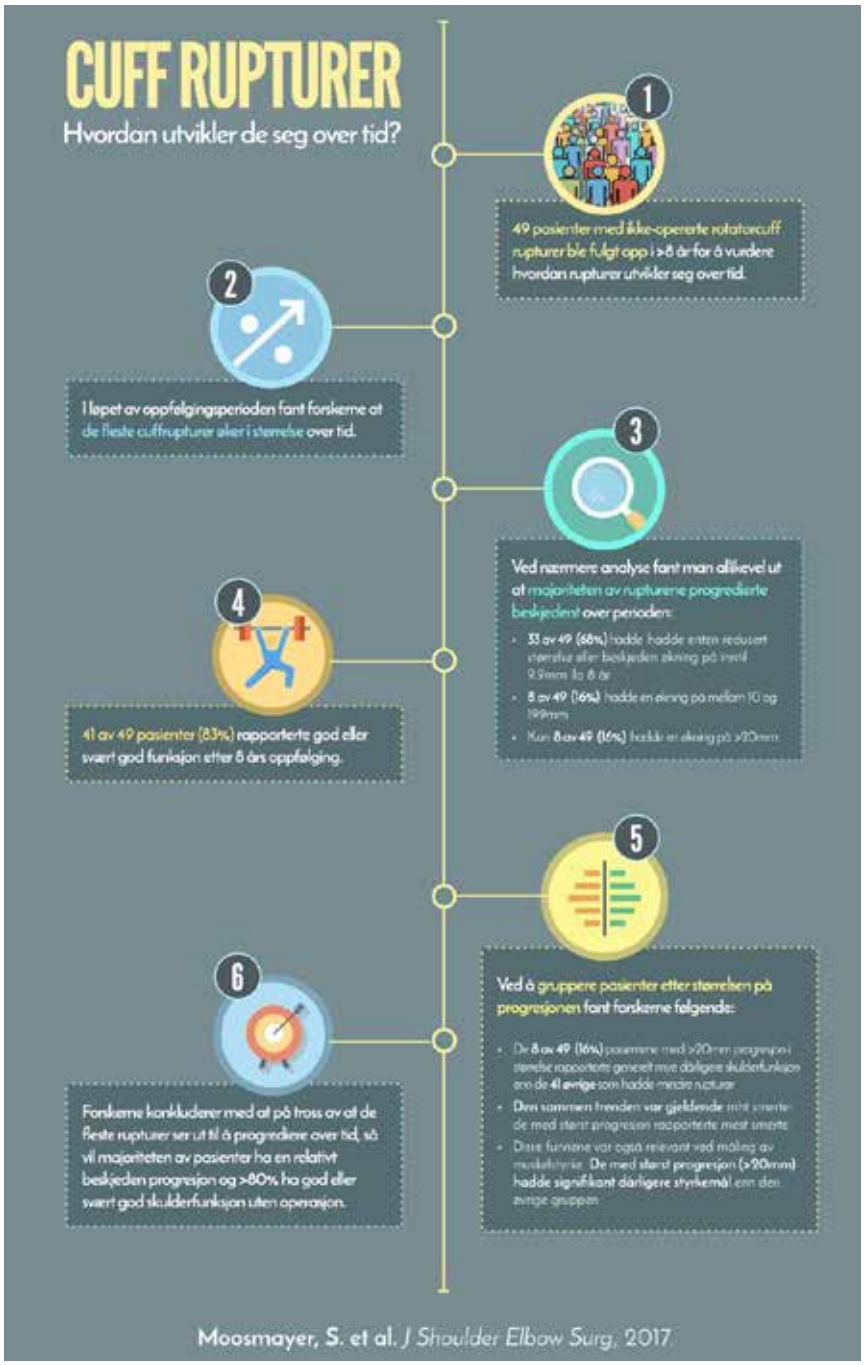
UpToDate har publisert denne kliniske algoritmen for å veilede klinikere i beslutningsprosessen.

form av smerte og redusert funksjon, anbefales non-operativ behandling.

Klinisk betydning

Det er mange pasienter i norsk fysioterapipraksis med rotatorcuff rupturer. Som kliniker bør man være klar over at cuffrupturer er relativt allminnelig også i bakgrunnsbefolkningen, spesielt med stigende alder. Videre er det en ikke-lineær sammenheng mellom størrelsen på rupturen og smerteintensitet [16]. Klinikeren bør også være klar over at det er kun en svært liten andel av pasientene som har klar kirurgisk indikasjon, og mange pasienter vil kunne klare seg godt med enkle råd og treningsterapi. Man bør også være klar over at majoriteten av pasientene har en favorabel diagnose i sitt naturlige forløp også uten omfattende oppfølging.

Akutte, fulltykkelsesrupturer på fysiologisk unge pasienter er foreløpig klar indikasjon for kirurgisk vurdering. Akutte, partielle rupturer anbefales konservativ behandling i første rekke. Kroniske rupturer anbefales i all hovedsak konservativ oppfølging, mens man gjør klinisk resonnering rundt akutte forverringer av eksisterende, kroniske rupturer. Det vises forøvrig til vedlagte algoritme, og undertegnede har undersøkt at denne algoritmen også følges ved Lovisenberg sykehus – bilde 3.



Infografikk basert på studien til Moosmayer fra 2017

1. 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.
2. Girish, G., et al.: Ultrasound of the shoulder: asymptomatic findings in men. AJR Am J Roentgenol, 2011. 197(4): p. W713-9.
3. Moosmayer, S., et al.: The natural history of asymptomatic rotator cuff tears: a three-year follow-up of fifty cases. J Bone Joint Surg Am, 2013. 95(14): p. 1249-55.
4. 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.
5. 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.
6. Kong, B.Y., et al.: Structural Evolution of Nonoperatively Treated High-Grade Partial-Thickness Tears of the Supraspinatus Tendon. Am J Sports Med, 2018. 46(1): p. 79-86.
7. Khazzam, M.: Once Again, the Status of the Rotator Cuff Does Not Correlate with Patient Symptoms: Commentary on an article by James D. Wylie, MD, MHS, 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. e14.
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. Coronado, R.A., et al.: Are Psychosocial Factors Associated With Patient-reported Outcome Measures in Patients With Rotator Cuff Tears? A Systematic Review. Clin Orthop Relat Res, 2018. 476(4): p. 810-829.
10. 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.
11. Thorpe, A., et al.: Rotator cuff disease: opinion regarding surgical criteria and likely outcome. ANZ J Surg, 2017. 87(4): p. 291-295.
12. Piper, C.C., et al.: Operative versus nonoperative treatment for the management of full-thickness rotator cuff tears: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg, 2018. 27(3): p. 572-576.
13. Ryosa, A., et al.: Surgery or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. Disabil Rehabil, 2017. 39(14): p. 1357-1363.
14. Tashjian, R.Z.: Epidemiology, natural history, and indications for treatment of rotator cuff tears. Clin Sports Med, 2012. 31(4): p. 589-604.
15. Minns Lowe, C.J., et al.: Why participants in The United Kingdom Rotator Cuff Tear (UKUFF) trial did not remain in their allocated treatment arm: a qualitative study. Physiotherapy, 2017.
16. Dunn, W.R., et al.: Symptoms of pain do not correlate with rotator cuff tear severity: a cross-sectional study of 393 patients with a symptomatic atraumatic full-thickness rotator cuff tear. J Bone Joint Surg Am, 2014. 96(10): p. 793-800.

PFFs tillitsvalgte og ansatte 2018/2019:

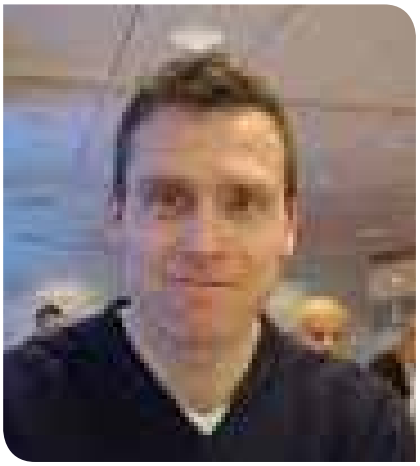
Finn-Tore Camcho Bjørnsand: leder

Linda Linge: nestleder

Trond Dalaker: styremedlem

Trude Andersen: styremedlem

Silje Holstad: styremedlem



Svein Erik Sandlien: styremedlem

Varamann:	David Aronsen
Sekretariatsleder:	Christin Foss
Generalsekretær:	Henning Jensen
Valgkomité:	Vidar Heggen Christin Foss
Fondsstyre:	Trude Andersen Christer Nordby Daniel Ask
Revisorer:	David Stenberg Kristi Bævre Arve Granum
Spesialiteter:	
MSF	Atle Vervik
UL-skanning	Kjetil Nord-Varhaug
Redaktør- WEB:	Nina Erga Skagseth
Advokat:	Øyvind Kraft
Kasserer/regnskap:	Elisabeth Østgård

Slik unngår du de mest **vanlige løpeskadene**

Løping er en populær treningsform verden over. Brå endringer i treningsvaner fører ofte til at løpeskader oppstår. Mange av disse kan forebygges med riktig belastningsstyring.

AV KEVIN NORDANGER MARTIN
FYSIOTERAPEUT

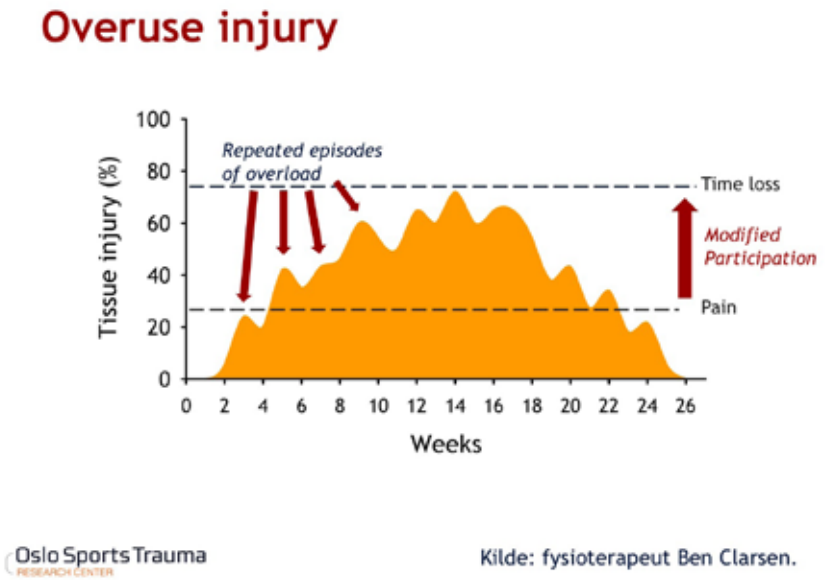
Løping er lett tilgjengelig trening som kan gjøres hvor som helst. I tillegg koster det lite og har mange positive helseeffekter.[1] Det gjør at løping er en populær treningsform verden over.

Løpeskader kan dessverre være et skår i gleden for mange. Skader er vanlig blant løpere på alle nivå, men nybegynnere har høyest skaderisiko.[2] De skader seg oftere enn de som løper regelmessig, såkalte rekreasjonsløpere. Skadeinsidensen mellom disse per 100 timer med løping er cirka 17.8 versus 7.7.[3] Likevel er det vanskelig å estimere nøyaktig hvor vanlig løpeskader er, blant annet på grunn av at begrepet «skade» er blitt brukt med mange ulike definisjoner i forskningen.[3]

De vanligste kroppsdelene å pådra seg skader er knær, legger, ankler og føtter.[4, 5]

Noen av de hyppigste skadene vi ser er:

- Patellofemorale smerter
- Løperkne



Overbelastningsskader kjennetegnes av gjentatte episoder med overbelastning. Det kan ta langt tid før det fører til at man må stoppe løpingen helt. Gjengitt med tillatelse fra idrettsfysioterapeut Ben Clarsen.

- Medialt tibialt stressyndrom (beinhinnebetennelse)
- Tretthetsbrudd i legg, ankel og fot
- Akillesplager
- Plantar fascitt.[4, 5]

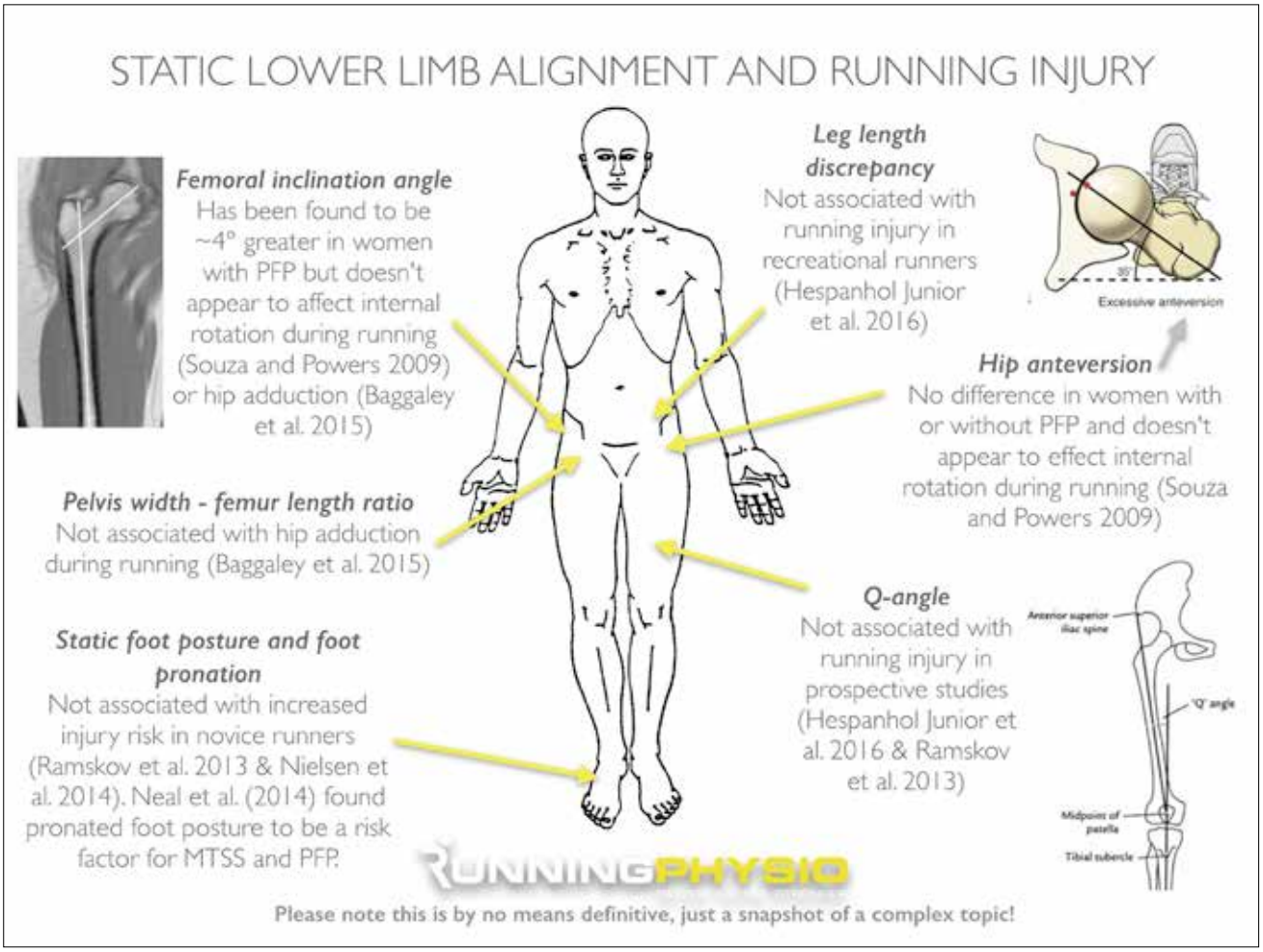
Det man bør legge merke til her er fraværet av akutte skader. De oppstår sjeldent, og det er mye vanligere med overbelastningsproblematikk. Mange fortsetter å løpe selv med symptomer. Etter hvert vil plagene føre til at vedkommende må justere treningen sin, eller stoppe helt.

Skader koster både individet og samfunnet penger og har negative helseeffekter. Vi bør derfor ha et økt fokus på forebygging.

Slik oppstår løpeskadene

Anatomiske variasjoner får ofte skylden for at skader oppstår. Du har sikkert hatt pasienter som forteller om sine «abnormiteter», og hvordan dette har ført til diverse skader opp igjennom. Ser vi på forskningen, er det ikke en tydelig sammenheng mellom anatomiske variasjoner og skader i løping. Samtidig er dette ofte ikke-modifiserbare faktorer, så hvorfor bruke mye tid på det vi ikke kan påvirke? Tom Goom har oppsummert flere studier som har sett på dette, illustrert under.

Brå endringer i treningsvaner er sannsynligvis den vanligste årsaken →



Anatomiske faktorer og sammenhengen med løpeskader. Gjengitt med tillatelse fra Tom Goom.

Her er et utdrag av generelle styrkeøvelser som løpere bør gjøre. Markløft, knebøy, seteløft, step up og tåhev på ett ben.

til at løpeskader oppstår.[6] Man bør unngå «for mye, for fort» uten tilstrekkelig med hvile. Kroppen trenger tid til å tilpasse seg, hvis ikke kan belastningen overgå kroppens tåleevne. Dette kan skje ved brå endringer i treningsmengde, overgang mellom sesonger, forandringer i underlaget og treningsform.

En studie fra 2016 viste at de som økte treningsmengden sin med over 15 % fra en uke til en annen, økte skaderisikoen med 21 – 49 %.[7] Holdt man denne økningen under 10 %, var risikoen for å skade seg mindre enn 10 %. Det anbefales derfor å begrense ukentlig økning i treningsmengde til 10 % eller mindre. Studien ble gjort på utøvere fra australsk rugby, men resultatene har sannsynligvis en overføringsverdi til løping.

Mange tror at høy treningsmengde gjør deg mer skadeutsatt, men det er ikke nødvendigvis sånn. Det at du trener mye kan gjøre deg mindre utsatt for skader, fordi godt trente folk tåler fysiske påkjenninger bedre.[7, 8] Det handler mer om hvordan man kommer seg dit. Treningsmengden må trappes opp gradvis. Det er kanskje derfor vi ser at nybegynnere har en høyere skaderisiko, sammenlignet med rekreasjonsløpere.

Hvordan forebygge løpeskader?
Gjennom gode treningsrutiner og riktige prioriteringer. Unngå store svingninger i treningsbelastningen fra uke til uke. God belastningsstyring er elementært, noe som innebærer å ikke trene for mye, men heller ikke for lite. Treningen bør som sagt trappes opp gradvis, og helst ikke med mer enn 10 % ukentlig. Følger du denne anbefalingen er det mindre sannsynlighet for at du pådrar deg en belastningsskade.

Belastningsstyring i praksis
For å unngå for store ukentlige svingninger, er man nødt til å registrere treningen. 10-prosent regelen kombinerer både antall treningstimer og opplevd intensitet. Før opp antall treningstimer og multipliser det med opplevd intensitet fra 0 – 10. 0 = ingen belastning. 10 = maks belastning. Det vil gi en poengsum, og denne skal da ikke økes med mer enn 10 % i neste treningsuke.

Eksempel på en treningsuke:
Dag 1: Du tar en lengre joggetur på 70 minutter. Du blir over middels sliten. 6/10. 70 x 4 = 280.

Dag 2: Kort løpetur. Høy intensitet, men du løper ikke i mer enn 30 minutter. 8/10. 30 x 8 = 240.

Dag 3: Rolig løpetur på 50 minutter. 5/10. 50 x 5 = 250.
Dette blir totalt 770 poeng.

Tar vi utgangspunkt i at man ikke skal øke med mer enn 10 % av dette, blir det 77 poeng. For eksempel vil det si 11 minutter løping med 7 i intensitet, ettersom at 11 x 7 = 77.

Det må understrekes at belastning er et bredt begrep. Belastning innebærer alt som påvirker vårt biologiske system, som for eksempel treningsbelastning og andre fysiske og psykiske faktorer.[9] Fordelen med å bruke opplevd treningsintensitet i kalkulering av belastning er at det tar høyde for andre ting i livet som vil påvirke hvor tung man opplever at treningen er.

Jager det «lille ekstra»

Jeg opplever at mange ivrige mosjonister jager det «lille ekstra» som dyre løpesko eller kompresjonstights, når man heller bør prioritere grunnleggende ting som søvn, kosthold og restitusjon. Dette er ting som har vist seg å påvirke skaderisiko.[10, 11]

En sterk kropp tåler mer

Derfor bør alle løpere drive med styrketrening. Styrketrening kan forebygge skader, bedre løpsøkonomien og øke kroppens tåleevne.[12, 13]

Hva skal vi gjøre når løpeskaden dukker opp?

Belastningsskader dominerer skadebildet i løping. Utfordringen med disse skadene er at det tar lang tid før de får oss til å stoppe treningen. Når det først skjer, er problemet gjerne langtkommet og vanskeligere å behandle. Mitt råd til pasienter er derfor å oppsøke medisinsk hjelp hvis man har plager som blir verre over tid, går utover løpsgleden eller fører til redusert prestasjonsevne. Noen plager blir selvfølgelig bedre av seg selv, men ikke alle. Da er det bedre å få råd fra helsepersonell med kompetanse og erfaring på behandling av løpsrelaterte plager.

Hva er sjansen for at løpeskaden kommer tilbake?

Gammel skade kan være vond å vende. Har du først skadet deg, er sannsynligheten større for at det kan skje igjen. Her gjelder de samme prinsippene for forebygging av den første skaden. Begynner man å merke samme symptomer som før, kan det være lurt å ta grep tidlig, slik at skaden ikke får tid til å forverre seg. Husk at det er enklere å forebygge skader, enn å behandle dem.

Referanser

1. Hespanhol Junior, L.C., et al., Meta-Analyses of the Effects of Habitual Running on Indices of Health in Physically Inactive Adults. Sports Med, 2015. 45(10): p. 1455-68.
2. Kluitenberg, B., et al., What are the Differences in Injury Proportions Between Different Populations of Runners? A Systematic Review and Meta-Analysis. Sports Med, 2015. 45(8): p. 1143-61.
3. Videbaek, S., et al., Incidence of Running-Related Injuries Per 1000 h of running in Different Types of Runners: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sports Med, 2015. 45(7): p. 1017-26.
4. Taunton, J.E., et al., A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. Br J Sports Med, 2002. 36(2): p. 95-101.
5. Lopes, A.D., et al., What are the main running-related musculoskeletal injuries? A Systematic Review. Sports Med, 2012. 42(10): p. 891-905.
6. Nielsen, R.O., et al., Training errors and running related injuries: a systematic review. Int J Sports Phys Ther, 2012. 7(1): p. 58-75.
7. Gabbett, T.J., The training-injury prevention paradox: should athletes be training smarter and harder? Br J Sports Med, 2016. 50(5): p. 273-80.
8. Hulin, B.T., et al., The acute:chronic workload ratio predicts injury: high chronic workload may decrease injury risk in elite rugby league players. Br J Sports Med, 2016. 50(4): p. 231-6.
9. Soligard, T., et al., How much is too much? (Part 1) International Olympic Committee consensus statement on load in sport and risk of injury. Br J Sports Med, 2016. 50(17): p. 1030-41.
10. Milewski, M.D., et al., Chronic lack of sleep is associated with increased sports injuries in adolescent athletes. J Pediatr Orthop, 2014. 34(2): p. 129-33.
11. Warden, S.J., I.S. Davis, and M. Fredericson, Management and prevention of bone stress injuries in long-distance runners. J Orthop Sports Phys Ther, 2014. 44(10): p. 749-65.
12. Lauersen, J.B., D.M. Bertelsen, and L.B. Andersen, The effectiveness of exercise interventions to prevent sports injuries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Sports Med, 2014. 48(11): p. 871-7.
13. Storen, O., et al., Maximal strength training improves running economy in distance runners. Med Sci Sports Exerc, 2008. 40(6): p. 1087-92.

ASRM – Athlete self report measure

Athlete self report measure (ASRM) kan være et nyttig verktøy i arbeid opp mot lag og idrettsutøvere. Å implementere dette er kanskje enklere enn man skulle tro, men vi må ha klare mål for hva vi skal hente ut, skal det være til nytte for deg og laget.

AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Et nyttig verktøy eller fiffig tidstyv?
Få ting er mer målbart enn idrett, men hvordan veien går fra planlegging til gjennomføring og til slutt resultat, er det mange og varierte meninger om. Å jobbe mot idrettsutøvere og lag er for mange terapeuter en av grunnene til at vi i det hele tatt havnet innenfor dette faget. Få ting er så målbart som resultater i idretten, og det stilles store krav til oss til å oppdatere oss faglig og utøve beste evidensbaserte praksis til enhver tid. Den hverdagen som møter oss, byr ikke bare på utfordringer innenfor vår faglige kompetanse, men vi må ofte forholde oss til ønske fra trenere om å benytte spillere, utøvere selv som mer enn noe annet vil tilbake i kamp i stedet for å trene rehabilitering på styrkerommet, og kanskje ivrige foreldre som ønsker å ha et ord med i laget. Det faller ofte på oss å avgjøre om utøver er klar for spill, hvor mye trening hen skal delta i. Det kan føles som man i mange tilfelle gjør i beste fall en kvalifisert gjetning. En ting er å følge etablerte rehabiliteringsprotokoller som kan gi en god pekepinn på tidsaspekt og funksjonelle milepæler i forhold til return-to-play, utfordringen er å fange opp utøvere i faresonen for overbelastning før skaden oppstår. ASRM er en måte som kan gi deg kvantifiserbare data og noe mer konkret å forholde deg til enn din egen magefølelse og benyttes i større og større grad av profesjonelle idrettslag. Gjør du ikke en grundig jobb i forkant av implementeringen, kan du fort sitte igjen med en mengde data du ikke vet hva du skal gjøre noe med eller ufullstendige data på grunn av manglende oppfølging fra utøvere og trenere. ASRM er ikke et tiltak utelukkende for klinikeren som følger et lag, men er avhengig av at hele organisasjonen tar eierskap til dette for å sikre et godt resultat.

Monitorering i idretten
Flere og flere profesjonelle lag bruker ulike objektive vurderingskriterier for å evaluere sine utøvere. Det kan være alt fra GPS-tracking, 3D-kartlegging, kraftmåling, samt biomedisinske målinger av fysiologiske faktorer som respirasjon, hormoner, mineralkonsentrasjoner gjennom blod- og urinprøver. ARSM er et enklere tilgjengelig verktøy og trenger heller ikke koste mye å bruke, da dette kun er en monitorering av utøveres selvrapporterte følelse av velbehag, form, søvn og humør. I så måte får vi subjektive data. Det kan utføres så enkelt som at utøvere fyller ut et ark eller logger seg på en nettside for å registrere sine data. De siste årene har det også dukket opp ferdige løsninger for app (til

Christian Thorbjørnsen

eksempel Athlete Monotoring, Smartbase, Metrifit og Sportably), der utøvere med jevne mellomrom (som du bestemmer) fyller inn side data og appen vil sørge for databehandlingen. Saw et al (1) sammenlignet disse selvrapporterte dataene med hyppig benyttede objektive målemetoder og konkluderte med at de subjektive dataene gav bedre indikasjon og korrelerte bedre for å avdekke overbelastning i trening, og de poengterte at dette er relativt billige metoder sammenlignet med objektive målemetoder som krever mye utstyr og kompetanse.

Når du i samråd med trenerteam sitter med beslutningen om hvorvidt man skal gå i gang med ASRM, bør man definere hva man ønsker å oppnå med dette. Typisk vil dette være at man vil maksimere positive egenskaper hos utøver som form, fysikk, resultatoppnåelse og det at de stiller klare til trening for å yte optimalt. Samtidig vil man forsøke å redusere negative faktorer som overtrening, skader og sykdom (2). Man må også gjøre en grundig jobb på forhånd med å definere hvordan man skal behandle data, hvem som skal ha tilgang til disse og ikke minst hvordan man skal ivareta utøvernes personsikkerhet. Som helsepersonell vil det være naturlig at vi fokuserer på faktorer som kan avverge overbelastning og forhindre potensielle skader, men data kan også benyttes opp mot prestasjon for trenerteamet. Se figur 1 som gir en oversikt over de ulike aspektene ved ASRM man bør ta stilling til.

De vanligst brukte subjektive målemetodene i litteraturen nevne blant andre Profile of Mood States (POMS), Recovery Stress Questionaire for Athletes (RESTQ-S), Daily Analyses of Life Demands of Athletes (DALDA) (1). Hvilken screening som benyttes må selvsagt også sees opp mot hvilken idrett man følger. Til syvende og sist er det utøverne som skal gjennomføre datainnsamlingen og det er ikke bare viktig at de forstår hensikten bak et slikt tiltak, men ser nytteverdien på individuelt plan så de kan heve sine prestasjoner. Den praktiske gjennomføringen vil også være avgjørende for valg av måledata. Skal man gjøre hyppige målinger, altså flere ganger per uke til hver dag, er man nødt til å velge seg ut korte og konsise spørsmål som utøveren kan få gjennomført på kort tid. Tenker man seg lengre tid mellom hver måling, vil det heller være aktuelt å velge seg ut mer omfattende spørreskjema (3) (4).

Monitoreringssirkelen

Gabbet et al (2) beskriver utøvermonitoreringen i fire faser (se figur 2): 1- trenings- og konkurransebelastningen utøveren utfører (ekstern belastning), 2- utøvers respons til belastning (intern belastning), 3- hvorvidt utøveren tåler belastningen (egen oppfatning av velvære) og 4- hvorvidt utøveren er fysisk og/eller psykisk klar for ny treningsbelastning eller konkurranse. Hvert enkelt steg vil gi innsikt om utøverens status og gi et bedre beslutningsgrunnlag for å avvike fra planlagt aktivitet, det være seg om utøvere har behov for mer restitusjon eller kan øke treningsbelastningen. Det er viktig å være klar over individuelle forskjeller på hvordan man scorer seg selv. Det vil derfor være viktigere å finne hvilke verdier utøveren ligger på og i hvor stor grad hen varierer fra denne, enn at alle utøvere skal ligge innenfor en definert referanseverdi (3).

ASRM i praksis

Christian Thorbjørnsen er fysioterapeut og osteopat og har jobben som fysisk trener i Rosenborg Ballklubb, som nok er en av de mest ressurssterke og profesjonelle idrettsorganisasjonene her til lands. Christian har jobbet med fotballag i øverste og nest øverste divisjon i 18 sesonger, og har vært med på utøvermonitorering helt fra dette fanget interesse i toppklubber rundt om. Jeg spør ham i hvilken grad de benytter seg av

ASRM, og hvordan de implementerer dette i hverdagen.

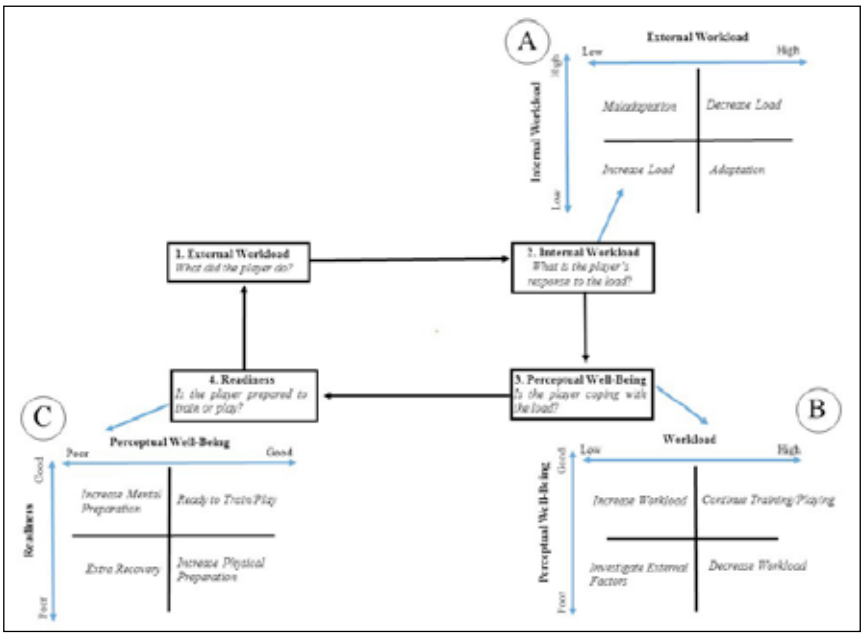
– I Rosenborg er ASRM en av flere tiltak vi bruker for å overvåke belastningen og formen til spillerne, blant annet benytter vi også GPS. Vi har et fast skjema som utøverne fyller ut daglig. Her skal de angi fem verdier, nemlig muskelfølelse, humør, «freshness», varighet på søvn samt søvnkvalitet. Dette trenger ikke være ressurskrevende. Flere kollegaer har gjennomført dette i klubber med betydelig mindre ressurser enn det vi har her og fått det til å fungere fint. Tidligere har vi benyttet oss av papirark som spillerne fylte ut når de kom til trening, etter hvert fikk vi laget en nettside der spillerne logget seg inn og noterte inn sine data. Per nå (februar 2018) er vi i gang med å teste ut et program med appløsning, men vi vet ennå ikke hvilken løsning vi lander på.

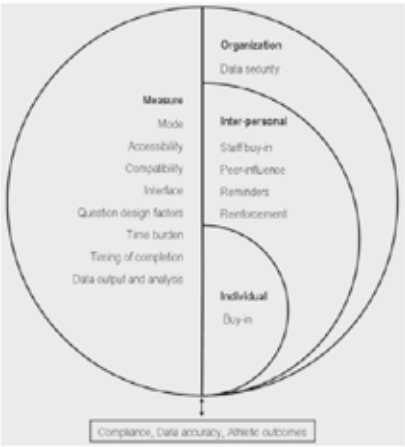
Christian forteller meg også at fotballandslaget gjennomfører lignende monitorering. Jeg spør ham videre om han opplever problemer med å få utøverne til å følge dette opp.

– I grunn ikke, dette er profesjonelle utøvere, og de ser nytteverdien av dette. Dessuten har laget en intern botkasse vi kan benytte som sanksjon hvis noen slurver for mye.

Videre lurer jeg på hvordan de bruker svarene og hvordan dette påvirker treningshverdagen til utøverne, samt hvor lang tid det tar før man får nyttige data.

– Det er viktig med systemer hvor man fanger opp mye informasjon på kort tid, og kan gå i dybden dersom vi ser noe er unormalt. Eksempelvis ser vi kjapt om en spiller sover dårlig to-tre netter på rad, og har mulighet til å justere treningsbelastningen i samråd med spiller og hovedtrener. Det er ikke gitt at utøveren hadde fortalt oss dette om vi ikke spurte via ASRM. Samtidig omgås vi jo spillerne så å si hver dag, så det er klart vi fanger opp mye utenom disse spørsmålene også, så det er sjelden skjemaene alene vil føre til at vi tar spillere ut av trening. Data på treningsmengde og subjektiv opplevelse av belastning gir oss grunnlag for å se hvem vi kan «pushe» litt ekstra på trening til hvilken tid, så vi kan maksimere effekten av tiden de tilbringer på treningsfeltet. Det går forholdsvis raskt å få et inntrykk av hvor den enkeltes «normal» ligger, dessuten er det forskjell fra spiller til spiller hvor mye man varierer. For en spiller kan en endring på 10 % være tegn på at noe ikke stemmer, men for andre vil dette være helt innenfor normalen.





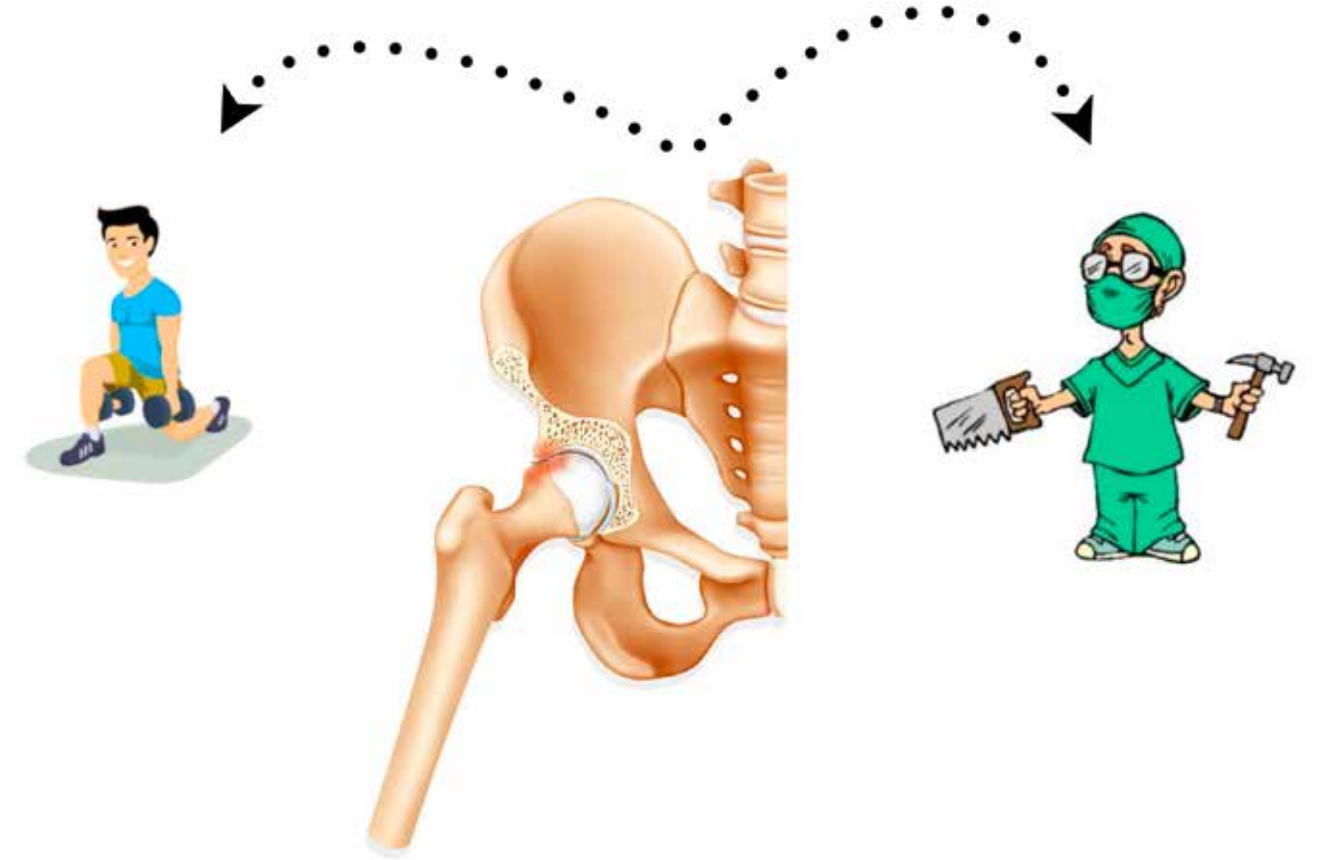
PFF takker Christian for at han tok seg tid til våre lesere, og vi ønsker ham og RBK lykke til videre i sesongen.

Oppsummering

Utøvermonitorering virker bare til å øke i popularitet og utbredelse i idrettsverden. Det er godt dokumentert at dataene som produseres er verdifulle i en prestasjonssetting, men dette fordrer et godt forarbeid på flere plan skal det ha noen innvirkning på utøvernes hverdag. Profesjonelle lag som Rosenborg BK har benyttet seg av dette i flere år allerede. Den gode nyheten er at ASRM kan gjennomføres på en lite kostnadskrevende måte. For mange terapeuter knyttet opp mot lag og utøvere, er nok hverdagen en annen enn den daglige oppfølgingen vår kollega i Rosenborg har mulighet til. Kanskje man er innom på et par treninger i uken og er med på kamper? Desto viktigere kan da et slikt monitoreringsverktøy være, og får man trenerstab, spillere og organisasjon til å se nytteverdien av ASRM kan man potensielt hente ut mye mer enn bare skadeforebygging. Spilleren kan lettere få en individuelt tilpasset hverdag og lære mer om hvordan hens kropp responderer til ulike aspekter ved toppidrett. Trenerne kan få nyttig informasjon til å justere belastningen både opp og ned, både på gruppe og individnivå.

Referanser

1. Saw AE, et al. Monitoring the athlete training response: subjective self-reported measures trump commonly used objective measures: a systematic review. BJSM. Sept 2015, ss. 1-13.
2. Gabbet TJ, et al. The athlete monitoring cycle: a practical guide to interpreting and applying training monitoring data. BJSM. Juni 2017.
3. Saw AE, et al. Athlete self-report Measures in Reaserch and Practice: COnsiderations for the Discerning Reader and Fastidious Practitioner. Int Jour Sports Phys and perf . 12 2017, ss. 127-135.
4. Saw, AE et al. Monitoring athletes throug self-report: Factors influencing implementation. Jour Sports Sci an Med. 14 2015, ss. 137-146.



Hofteimpingement: operasjon eller ikke?

En relativt ny diagnose som har vekket stor interesse er femoroacetabulært impingement (FAI). Statistikken viser enorm stigning i operasjoner relatert til FAI, men inntil nå har evidensgrunnlaget for dette vært begrenset til ukontrollerte studier, case-serier og case-rapporter. Nå er den første randomiserte, kontrollerte studien klar med to år lang oppfølging.

AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

For forskningsinteresserte klinikere har det nærmest blitt en etablert sannhet: sammenligner man trening og kirurgi, kommer man ut noen lunde likt. Dette har vi sett på knær [1-3] og skuldre [4-6]. Ikke minst har man etter hvert fått dokumentert en tydelig placeboeffekt i kirurgien gjennom randomiserte, kliniske studier [7,8]. På bakgrunn av denne kunnskapen er det nok også mange fysioterapeuter som ikke lar seg overraske over at disse funnene reproduseres i 2018, når man sammenligner trening med kirurgi for FAI. Men det er ikke konklusjonen man lærer mest av når man leser sammendraget i PubMed, men tvert i mot metode- og resultatdelen som gir grunnlag for refleksjon og undring.

Den første i sitt slag

Studien fra Nancy Mansell og kolleger er den første i sitt slag [9]. På tross av at man har sett en enorm vekst i antall operasjoner for FAI [10] har dette i stor grad vært basert på studier av dårlig kvalitet [11]. Mansell og kolleger randomiserte 80 pasienter med FAI til enten kirurgi eller trening. Pasientene var alle mellom 18-60, hadde klinikk og billeddiagnostikk forenlig med FAI. Kirurgigruppen ble operert av én enkelt kirurg, og det ble utført acetabulærplastikk, labrumdebridement og/eller femurplastikk, fortløpende vurdert av den involverte kirurgen. Alle pasientene fikk postoperativ fysioterapi. Pasientene som ble randomisert til konservativ behandling, fikk 12 konsultasjoner hos fysioterapeut, to ganger per uke. Pasientene fikk progressiv treningsterapi etter

protokoll som beskrevet [12]. Pasientene ble fulgt opp i to år, og man hentet inn data ved 6 måneder, 12 måneder og 2 år. Primært resultatmål var Hip Outcome Score (HOS) ved to år. Sekundære resultatmål var International Hip Outcome Tool (iHOT) og Global Rating of Change (GRC).

I studier som sammenligner konservativ behandling med kirurgi, forventer man at en andel av pasientene krysser over til kirurgigruppen – dette har man sett i knær [2], korsrygg [13] og skulder [6] – dette fenomenet kan man kalle 'overkryssing' (fra engelsk: crossover). Graden av overkryssing er derimot svært forskjellig i de ulike studiene, og man kan ikke si noe sikkert om hvor stor prosentandel av pasientene som velger en annen behandling enn den som de var randomisert til. I den aktuelle FAI studien var det enorm overkryssing. I utgangspunktet hadde man en randomisering på 40/40, men totalt ender 66 pasienter med operasjon. Det vil si at 70% av pasientene som opprinnelig randomiseres til trening, ender opp med kirurgi!

Resultater

Den store overkryssingen gjør at man må lese resultatene i konteksten av skjevfordelingen av pasientene. Grunnet loss to follow-up, så ender man opp med analyse av totalt 74 pasienter etter to år. Av disse er det kun 11 som ikke er operert. Ved to år finner man ingen forskjeller i HOS eller iHOT mellom de to gruppene. Man finner statistisk signifikant forskjell i kirurgigruppen alene sammenlignet fra baseline til to års oppfølging, og denne forskjellen er også klinisk relevant. Allikevel må man anerkjenne at analysen mellom gruppene forblir svært usikker, grunnet den store overkryssingen.

Kanskje det mest urovekkende er det sekundære resultatmålet Global Rating of Change. Dette er en 15-punkt skala som går fra -7 til +7, og pasientene rapporterer hvordan de generelt opplever sin livskvalitet. -7 er betydelig mye verre og +7 er betydelig mye bedre. Man har gradert at -2 til +2 indikerer ingen endring, og at +3 eller høyere er tegn på en klinisk signifikant forbedring.

I den totale kohorten av pasienter (n=74) rapporterer 43 (58.1%) at de enten er verre eller at de har ingen forbedring ved to år. På gruppenivå rapporterer 9/12 (75%) i treningsgruppen og 34/62 (54%) i kirurgigruppen seg enten «verre» eller «omtrent som før». En betydelig høyere andel i kirurgigruppen opplever seg markant bedre (45%) enn i treningsgruppen (25%). Igjen, disse tallene må tolkes i konteksten av gruppefordelingen.

Refleksjoner

Som nevnt innledningsvis er det ikke resultatene av studien som gjør at man sperrer opp øynene. Det er ikke her de dypere refleksjonene ligger. Vi har sett det før og man har etter hvert vendt seg til at nullhypotesen vinner: i en randomisert, kontrollert studie med to års oppfølging finner man altså ikke klinisk relevante eller statistisk signifikante forskjeller mellom pasienter som får kirurgi eller de som blir randomisert til treningsterapi.

Det er overraskende liten bedring i gruppen av pasienter over tid. Selv i kirurgigruppen oppnår man en klinisk bedring over tid, men denne er ikke særlig stor. I tillegg rapporterer 60% av den totale kohorten av pasienter at de er enten verre eller omtrent som før ved to års oppfølging. Når man sammenligner to intervensjoner, er det typisk bedring i begge gruppene [14], og selv når man sammenligner en intervensjon med ingen behandling er det

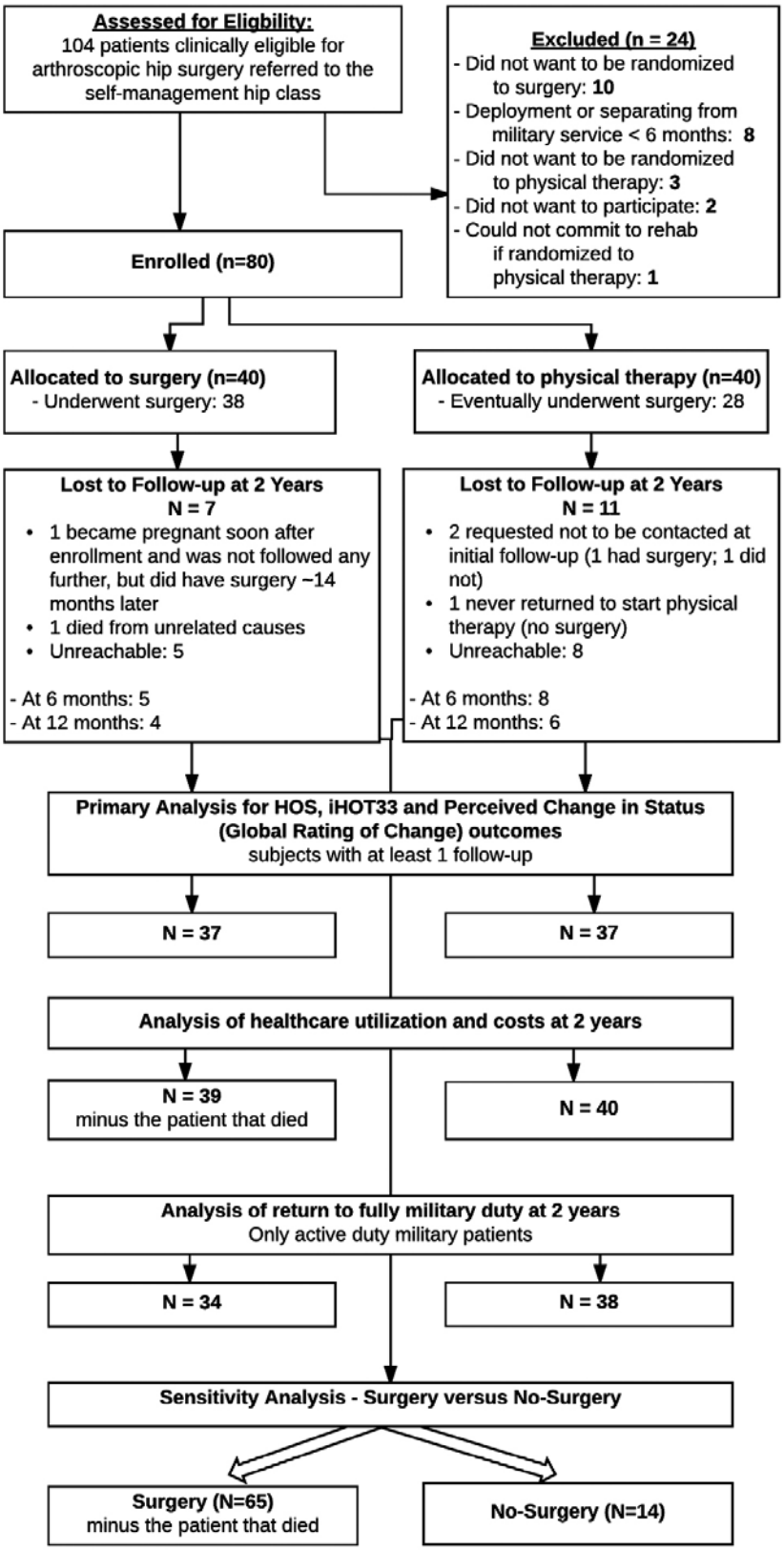
Forventningsparadokset: pasientens forventninger er direkte proposjonale med graden av invasivitet i tiltaket

også normalt å finne forbedringer i gruppen som ikke mottar noen behandling [15]. I denne studien er det en stor andel av pasientene som ikke får forbedring gjennom to år. Man får ingen klare svar på hvorfor mange av pasientene ikke har noen bedring gjennom studieperioden.

Man finner en urovekkende høy overkryssing til kirurgi, som er blant de høyeste observert i studier av denne typen. Hvorfor er det slik? Dette svaret har nok flere fasetter. I denne studien var det den samme ortopeden som var tilknyttet alle pasientene. Spørreundersøkelser blant ortopeder viser overraskende god selvtillit knyttet til inngrep av denne typen [16-18], og man kan naturligvis spørre seg om dette er med på å katalysere denne overkryssingen. Det er dokumentert at pasientenes forventninger øker proposjonalt med graden av invasivitet i tiltaket [8]. Dette skaper et forventningsparadoks (se bilde), hvor forventningene ikke står i stil med den faktiske dokumentasjonen. Man kan derfor spekulere i at pasientene gjennom kontakten med denne ortopeden har blitt, både bevisst og ubevisst, insentivert for operativ tilnærming. Studiepopulasjonen var militært personell stasjonert på én enkelt base i USA. Én av de viktigste årsakene pasientene rapporterte for ikke å delta i studien var at de ikke ønsket kirurgi – og man kan derfor undre seg om studiepopulasjonen består av pasienter som i hovedsak ønsker kirurgi, og at dette representerer et seleksjonsbias. Når man da randomiseres til trening så 'trekker man det dårlige kortet', og man krysser over til kirurgi når sjansen byr seg.

Her blir man nødt til å påpeke ironien i at man har brukt impingementbegrepet i skulderen i snart femti år [19]. En myriade av publikasjoner stiller nå store spørsmålstegn til denne mekanistiske fremstillingen [20-22] og mange har tatt til orde for at denne måten å forklare problemet på har tvert imot bidratt til økt sykdomsbyrde [23]. Nå har vi altså sett 1800% økning i impingementoperasjoner i et tilsvarende kuleledd med håp om at dette skal forandre historien. Vi har altså igjen benyttet en ren mekanisk fremstilling av et ledd som minner mistenkelig mye om skulderleddet. Historien ser derfor ut til å gjenta seg, og det blir spennende å se når studiene nå etter hvert drypper inn og gradvis former vår forståelse, om vi vil se at hofteleddet farer samme vei som skulderen. Blir vi nok en gang nødt til å stille oss det ubehagelige spørsmålet: bidrar våre ord og handlinger til at folk får det verre?

For kilder, ta kontakt med redaksjonen.



Flowchart av studien som viser fordelingen av pasientene

FORSKNINGSKURS

Ved Svein Friis, Per Grønaas Farup, Alice Kvåle

Dato:
Del 1: Fredag 21. september og lørdag 22. september 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

04-05. MAI 2018

Ultralydscanning BASIC - Modul 2– Skulder, albue og hånd

Velkommen til modul 2 i basic rekken innen MSK ultralyd.

PÅMELDINGSFRIST: 04.04.2018
STED: APEXKLINIKKEN, HELSFYR, OSLO

Legg til i kalender

04-04. MAI 2018

Undersøkelse og behandling av kjeveleddsplager

PÅMELDINGSFRIST: 04.04.2018
STED: LILLESTRØM

Legg til i kalender

07-08. SEPTEMBER 2018

Ultralydkongress 2018 - med fokus på muskel og skjelett

Velkommen til vår SonoMSK ultralydkongress!
Obs: Frist Early Bird 28. februar -2018

PÅMELDINGSFRIST: 07.08.2018
STED: SCANDIC SOLLI, PARKVEIEN 68, 0202 OSLO, NORWAY

Legg til i kalender

KURSOVERSIKT 2018

DATO	TEMA	STED
Fredag 4. mai 2018 13.00-18.00	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
Fredag 12. og lørdag 13. oktober 9.00-17.00 og 9.00-16.30	Explain Pain, Tim Beames, MSc,BSc,MCSP	Lillestrøm
21. og 22. september 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 Tim Beames	Lillestrøm
Dato ikke satt	Drift av privat praksis Finn Tore Bjørnsand	
Dette er ønske fra en del medlemmer. Vi prøver å få det til i september. Meld gjerne din interesse på forhånd.	«Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut» HMS/Ergonomi	

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.

KURSPLAN ULTRALYD 2018

DATO	TEMA	STED
04.-05. mai 2018	BASIC – Modul 2 – Skulder, albue og hånd	Oslo
06.-07. juli 2018	ADVANCED – Modul 11 – Ultralydveiledede injeksjoner på kadaver	London
07.-08. september 2018	ULTRALYDKONGRESS 2018 – med fokus på muskel og skjelett	Oslo
13. september 2018	BASIC eksamen	
14.-15. september 2018	Modul 3 – Hofte/lysk, rygg og mage	Oslo
26.-27. oktober 2018	ADVANCED 4 – Ankel/fot	Oslo
09.-10. november 2018	BASIC – Modul 1 – Kne, ankel og fot	Oslo
07.-08. desember 2018	ADVANCED – Modul 5 – Kne	Oslo

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

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.

B-BLAD

Returadresse:
PFF,
Schwartzgt. 2,
3043 DRAMMEN

esaote

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.

Dreibar og høy-oppløst 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.

Byggekvaliteten 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

- *Komplett software inkludert X-view, M-View*
- *Software tilpasset MSK*
- *Forhåndsinnstilte pre-sets for MSK*
- *Sensitiv fargedoppler*
- *Powerdoppler, pulsed wave*
- *B-Steer for nålevisualisering*
- *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 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.

Nytt utstyr kan leveres innen 24 timer – lager i Norge

Kontakt oss for demonstrasjon!

Tlf: 67 53 33 44
ultralyd@adcare.no
www.adcare.no

adCARE
– din spesialist på Ultralyd