

FYSIOTERAPI

I PRIVAT PRAKSIS



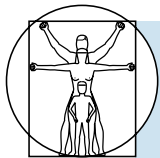
Motiverende intervju
– med pasienten i fokus



Proksimal hamstringstendinopati
– en oversett diagnose?



Fremtidens laser – både
forebyggende og behandlende



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

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

Kontor og besøksadresse:

Schwartzgt 2. 3043 Drammen
Tlf: 32 89 37 19

Kontortid: Mand – torsd

kl. 10.30–13.30. Fredag stengt.
web: www.fysioterapi.org
e-post: pff@fysioterapi.org

Sekretariatet

Leder: Christin Foss
pff@fysioterapi.org
Sekretær: Toril Strøm Bruvold
pff@fysioterapi.org
Generalsekretær: Henning Jensen
gensekr@fysioterapi.org
Studentkontakt: Marius Solstrand
marius@iliaden.no

Ansvarlig utgiver: Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund.

Redaktør: Hilde Stette,
red@fysioterapi.org,
tlf: 470 29 850

Redaksjon: Hilde Stette, Kjetil Nord-Varhaug,
Audun Lorentsen, Lars Martin Fischer,
Nina Erga Skjeseth, Nina Paulsen, Christin Foss
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 maskin-
skrevet. Redaksjonen forbeholder seg retten til
å forkorte og redigere innlegg. Usignerte artikler
og reportasjer er skrevet av redaksjonen.

Abonnement: kr 850.-/pr. år.

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

Annonsealg: Christin Foss,
tlf: 922 42 756,

e-post: christin@kongresspartner.no

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
(PFF) organiserer fysioterapeuter i privat prak-
sis 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

**Etter flere år med medisinsk rådgiving
og palpering på fest, gjør jeg det nå
slutt!**



Se for deg at du er i et hyggelig lag.
Du står i en ring med pyntede men-
nesker, nyfønet med snerten kjole,
høye sko, glitter, og et glass bobler
i hånda. Du har aldri møtt kvin-
nen ved siden av deg. Hun spør
deg hva du heter og hva du driver
med, du er selvsagt fysioterapeut, og DER er
Pandoras boks åpnet! Hun håndhilser ved å løfte den ene hånden
opp med den andre, og med et trist blick bekrefter hun hvor plaget
hun er.

Og hva gjør man da?

I altfor mange år har jeg endt opp med å slenge lengtende blick
mot et livlig dansegulv, mens jeg har palpert og diagnostisert. Vel å
merke med begrensede muligheter (har ikke slengt dem ned på
gulvet for en lasegue-test, liksom), men like fullt. Man blir på en
måte dratt inn i menneskers sykehistorie, i helt feil setting, og det
føles ikke bra å la dem i stikken, som de i dette fest-tilfellet selv har
satt seg i. La meg også nevne at den eneste grunnen til at jeg tør å
skrive om dette, er at jeg vet at dette bladet er så fagsært at ingen
andre enn fysioterapeuter og andre helsefagfolk gidder å lese det, og
det er jo vanligvis ikke kollegaer som ønsker massasje midt i gal-
lamiddagen.... Men nå har jeg altså sluttet. Og akkurat som da man
skulle gjøre det slutt med typen for første gang, var det ikke lett å
finne ordene. Dette har heldigvis blitt lettere.

Etter år med terapivirkosomhet i hyggelig lag er altså vendepunktet
nå et faktum. Jeg har gjort det slutt med pasienter på fest! Jeg vil i
fremtiden palpere på benken. På dagtid. Ikke i kjole. Muligens burde
jeg tatt dette steget for 20 år siden, men hva kan en gjøre, nå er jeg
i alle fall på god glid: – Hva med en dans nå og en undersøkelse på
benken til uka?

Kos deg med bladet vårt, god lesning!

Redaktør
Hilde Stette

Neste utgivelse: juni 2016



- 4 Motiverende intervju – med pasienten i fokus
- 6 Proksimal hamstringtendinopati – en oversett diagnose?
- 10 Tendinopathy update
- 12 Scapula – overrated and overassessed?
- 16 Fremtidens laser – både forebyggende og behandlende
- 18 Nettverksbygging – nytte eller utnytting?
- 20 Selvklebende avlastning og korrigerende
- 22 Løpestilendring for å behandle skader i underekstremitetene
- 28 Resultat av inntekts- og kostnadsundersøkelsen for 2014
- 30 PFF's krav ved takstforhandlingene 2016
- 31 NHN – Norsk helsenet
- 39 Kursoversikt

SENTRALSTYRET:

LEDER:	Kjetil Nord-Varhaug	kjetil.nord-varhaug@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:	Trine Gusterud Eidslaug	
STYREMEDLEM:	Ferry Wagenvoort	ferry.wagenvoort@fysioterapi.org
VARAMEDLEMMER:	David Aronsen	david@trimmen.no
	Trond Dalaker	trond.dalaker@fysioterapi.org
VALGKOMITÉ:	Marius Solstrand	marius@iliaden.no
	Tomm Alexander Østlie	tomm@porselensklinikken.no
FONDSSTYRE:	Trude Andersen	trude.andersen@fysioterapi.org
	Daniel Ask	
	Christer Nordby	

SPESIALISTRÅD

Atle Vervik
Linda Linge

KURSKOMITE

Linda Linge
Svein Erik Sandlien

FAGPOLITISK RÅD

Kjetil Nord-Varhaug
Henning Jensen

MARKEDSFØRING

Tor Aage Berg
Ferry Wagenvoort
Web-redaktør: Hilde Stette

ETISK RÅD

lvaretas av styret

FORSIKRINGSSAMARBEID

IF
Tlf.: 02400

RETTHJELP

Trude Andersen
Kristian Moum

REDAKSJONSKOMITE

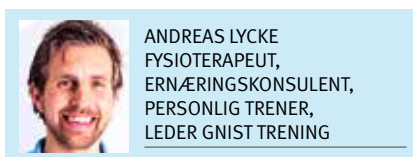
Redaktør/journalist:
Hilde Stette

Journalister:

Kjetil Nord-Varhaug
Audun Lorentsen
Lars Martin Fischer
Nina Erga Skjeseth
Nina Paulsen
Stian Christophersen
Annonser: Christin Foss

Motiverende intervju – med pasienten i fokus

Pasientens egeninnsats i behandling og trening er ofte avgjørende for å få et godt behandlingsresultat, men hva om pasienten ikke er tilstrekkelig motivert? Da kan det være nyttig for terapeuten å mestre noen teknikker for å finne egenmotivasjonen i den enkelte.



ANDREAS LYCKE
FYSIOTERAPEUT,
ERNÆRINGSKONSULENT,
PERSONLIG TRENER,
LEDER GNIST TRENING

En pasient som oppsøker en fysioterapeut eller en annen behandler med et problem, vil alltid være motivert for å få gjort noe med problemet. Det er jo tross alt en grunn til at pasienten har en avtale med behandleren. Dette betyr imidlertid ikke at pasienten er tilstrekkelig motivert for å gjøre den innsatsen som kreves for å bli bedre. Ofte vil det være ønskelig at pasienten gjør en egeninnsats med trening, øvelser eller egenbehandling, eller at han/hun tar tak i andre deler av livsstilen, så som generell aktivitet/trening, stressreduksjon, kosthold eller søvnvaner.

Jeg jobber ikke selv som behandler, men hjelper mine kunder med å endre kosthold, trene mer eller annerledes eller jobbe med stress eller søvn. Det er sjelden nok at jeg gir råd eller beskjed om hva de bør gjøre. Ofte vet de også selv en del om hva som ville vært lurt. Den største utfordringen er at de sliter med å gjennomføre det i praksis. De har et ønske, men er ikke tilstrekkelig motivert for å gjøre det som skal til.

I mitt samarbeid med kundene har jeg stor nytte av teknikker fra motiverende intervju. Dette er en samtalemetode for å skape større

involvering og engasjement hos kunden eller pasienten. Motiverende intervju har bakgrunn i en pasient-sentrert tankegang, der det benyttes åpne spørsmål og aktiv lytting for virkelig å forstå pasientens perspektiv. Fokus er på et godt samarbeid mellom behandler og pasient, der pasienten skal være aktiv og selv ta beslutninger (1).

Nedenfor bruker jeg eksempler fra en situasjon med behandler og pasient, der gjennomføring av egentrening er atferden pasienten trenger å være tilstrekkelig motivert for.

Hva er motivasjon?

Motivasjon defineres gjerne som «det som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd for å nå et mål» (2). Når pasienten ikke gjør det han

skal, som å gjennomføre egentrening, kan vi med rette si at han ikke er motivert nok. Hva er så grunnen til det, og hvordan kan vi bruke motiverende intervju for å bidra til at pasienten øker sin motivasjon og gjennomfører bedre?

Det finnes en rekke ulike teorier om motivasjon. Motivasjon handler i bunn og grunn om to ulike dimensjoner; viktighet og tro på egen evne.

Å tenke på motivasjon langs dimensjonene viktighet og tro er nyttig for å utforske pasientens motivasjon i en samtale. Det gir et rammeverk for hvor man kan lete etter og øke pasientens gjennomføringsevne. **Utforsk hvorfor det egentlig er viktig**
Det er lett å tenke at det automa-



tisk er viktig nok for pasienten å bli bedre. Han har jo tross alt et problem og kommer til behandleren for å få hjelp, eller en løsning. Motivasjon er imidlertid ikke et enten-eller fenomen. Pasienten kan være svært motivert, eller mindre motivert.

Smerter eller nedsatt funksjon vil alltid påvirke flere deler av pasientens liv. Ved å stille pasienten åpne spørsmål om verdien av å bli bedre og om viktigheten av å gjennomføre egentreningen, er det mulig å forsterke og utvide pasientens motivasjon.

Med motiverende intervju gjøres dette ved å stille åpne spørsmål og hjelpe pasienten å reflektere rundt både positive konsekvenser av å bli bedre og negative konsekvenser av ikke å bli bedre. Det gjøres ikke ved å gi pasienten råd eller argumentere for hvorfor han burde gjøre sånn eller slik (3, 4).

Eksempler på spørsmål for å utforske viktighet kan være:

- Skalerings spørsmål: På en skala fra 1 til 10, hvor viktig for deg er det å få gjort noe med dette? Følg opp med et nytt spørsmål avhengig av hva pasienten svarer. Hvorfor gir du ikke høyere score? Hvorfor gir du så høy score?
- Hvilke positive ringvirkninger vil det ha når du blir kvitt dette problemet? Hvordan vil det virke inn på andre områder av livet ditt? Hva mer vil bli bedre i livet ditt når du blir kvitt dette problemet? Snakk om konsekvenser knyttet til jobb, fritid, familie, venner, hobbyer, hverdagens gjøremål, idrett m.m.
- Hvordan vil det være positivt for menneskene rundt deg at du blir bedre?
- Hvordan vil det å bli bedre få deg til å føle deg? Få frem de emosjonelle grunnene til at pasienten ønsker en endring, så som glede, velvære eller færre bekymringer.

Utforsk tro og mestring

Som behandler er det viktig å være oppmerksom på at høy viktighet ikke er det eneste som skal til for at pasienten skal være motivert. Tidligere erfaringer, kunnskaper, ferdig-



heter og nåværende livssituasjon vil påvirke pasientens tro på å klare å gjennomføre det som skal til, i dette tilfellet egentreningen (3,4).

Det kan være ulike grunner til at pasienten er «svak i troen» på å få det til. Det kan handle om alt fra manglende selvtillit til manglende tid eller praktiske hindringer. Fremfor å gjette eller anta hva som er grunnen, så finner man ut hva det er ved å stille åpne spørsmål. Eksempler på spørsmål for å utforske tro kan være:

- Skalerings spørsmål: På en skala fra 1 til 10, hvor sikker er du på å få gjennomført dette slik vi har snakket om? Følg opp med et nytt spørsmål avhengig av hva pasienten svarer. Hvorfor gir du ikke høyere score? Hvorfor gir du så høy score?
- Hva kan komme til å hindre deg i å få gjennomført egentreningen? Følg opp med spørsmål for å hjelpe pasienten å finne mulige løsninger på disse hindringene. Still flere spørsmål fremfor å begynne å gi råd eller foreslå løsninger.
- Hvordan ser du for deg at du best kan få gjennomført treningen i henhold til planen? Still gjerne oppfølgende spørsmål om tidspunkt, varighet, planlegging m.m, slik at pasienten ser for seg helt konkret hvordan treningen kan gjennomføres.

- Hvordan kan vi bli helt sikre på at du får gjennomført treningen?

Tips for en god motiverende samtale

Å beherske motiverende intervju er en ferdighet som krever bevisstgjøring, øvelse og refleksjon. Å sette av tid til samtale med pasienten er en nødvendig forutsetning. Ved å minne seg selv på å være nysgjerrig og åpen, og på å spørre fremfor å gi råd eller argumentere, har man et godt utgangspunkt for å få det til.

Når man under samtalen legger merke til at pasienten snakker mest, og at man stiller spørsmål og lytter oppmerksomt, så er man på rett spor. Det er lett å falle inn i «ekspertrollen» og begynne å forklare og gi råd. Som for alt annet; øvelse gjør at du blir bedre og bedre.

Kilder

- 1) Bahr m.fl. (2009) Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling, Helsedirektoratet
- 2) Store norske leksikon, hentet fra <https://snl.no/motivasjon>
- 3) Rollnick; Mason; Butler. (1999) Health Behavior Change – A guide for practitioners, Churchill Livingstone
- 4) Bess H.M., Forsyth L.H. (2003). Motivating people to be physically active, Human Kinetics.



Provokasjonstest eller fase 1 og 2: Ettbens seteløft m/bøyd kne



Provokasjonstest eller fase 1 og 2: Ettbens seteløft m/beinstrekk



Isometrisk hold: Rygghev



Isometrisk hold: Rygghev

Proksimal hamstringstendinopati

– en oversett diagnose?

Proksimal hamstringstendinopati (PHT) er en vanlig diagnose som forekommer både blant den generelle befolkningen og idrettsutøvere. Diagnosen kjenntegnes ved dype smerter i setet, lokalisert til utspringet på tuber ischii. Tilstanden kan gi langvarige smerter og nedsatt funksjon, noe som ofte begrenser daglige aktiviteter og prestasjonsevne. Grunnet lite forskning på området er det usikkerhet rundt hvilke kliniske retningslinjer som gjelder ved PHT. Denne artikkelen tar utgangspunkt i en nylig publisert artikkel i JOSPT, som har prøvd å summere opp tilgjengelig litteratur og evidens knyttet til klinisk vurdering, behandling og rehabilitering av denne diagnosen.



Dragen/ettbens markløft (fase 3)



Markløft strak (fase 3)



OPPSUMMERT OG
KOMMENTERT AV
FYSIOTERAPEUT
NINA ERGA SKJESETH OG
NINA PAULSEN

Tendinopati i proksimale del av hamstring forekommer oftere enn man tror, og diagnosen er oftest observert hos langdistanseløpere eller utøvere som gjennomfører aktiviteter i sagittalplanet (sprint, hekkeløp). Utøvere i idretter med mye start-stopp og retningsforandringer (fotball, handball, ishockey) er også utsatt. Blant den generelle befolkningen er det gjerne de som har en stillesittende jobb som får denne diagnosen. Typiske symptomer ved PHT er dype smerter rundt sitteknoten, som ofte forverres under eller etter knebøy, utfall, løping og sitting.

Etiologi

Årsaken til at tendinopati oppstår er ofte multifaktoriell, og det involverer både ytre og indre faktorer relatert til belastning. Ytre faktorer innebærer som regel for rask økning i treningsvolum og -intensitet («to much to soon»), typisk ved plutselig introduksjon av sprintøvelser, utfall, hekkeløp og bakkeløp. Det som kjennetegner disse øvelsene, er at alle krever kontraksjon eller forlenging av ham-

stringsmuskulaturen mens hoften er flektert. Dette er med på å skape en provokativ strekk- og kompresjonsbelastning ved utspringet. En annen årsaksforklaring, er tilfeller av overdreven tøying av hamstring med flektert hofte, for eksempel i yoga og pilates. I andre tilfeller har man sett at direkte trykk (kompresjon) på senen, som ved sitting – gjerne på hardt underlag, er den utløsende og viktigste indre faktoren.

Det er også verdt å nevne at systemiske faktorer som høy alder, høy BMI, metabolske utfordringer, hormonelle endringer, medisiner og post-menopause kan øke risikoen for å utvikle tendinopati.

Kliniske funn og tester

I den kliniske undersøkelsen er hensikten med de ulike testene å reprodusere den aktuelle smerten ved å påføre trykk og strekkbelastning på hamstringssenen ved utspringet på tuber ischii. Dette gjøres ved å øke graden av hoftefleksjon. Ulike provokasjonstester kan være ettbens seteløft med bøyd og strakt kne, eller tyngre øvelser som «the diver» eller ettbens markløft (se bilder). Dersom testene er asymptomatiske, kan man øke hastigheten under utførelse eller den ytre belastningen.

Ulike passive bevegelsestester kan gi smertesvar hos enkelte pasienter, det samme gjelder palpasjon av utspringet ved tuber ischii. Atrofi eller svakhet i hamstringsmuskulaturen kan også forekomme, i tillegg til svakhet i gluteus maximus, gluteus medius og adductor magnus. Det kan også være aktuelt å gjennomføre analyse av gange og løpestil. En slik analyse kan avdekke økt anterior tilting av bekkenet, overdreven foroverlent posisjon av truncus, lange skritt og lav stegfrekvens hos personer med PHT.

Smertereduksjon og belastningsstyring

I behandlingen av PHT står regulering av treningsbelastning sentralt for å håndtere smerten i første omgang. Øvelser eller aktiviteter med mye hoftefleksjon og stor belastning bør reduseres til smertene kommer ned på et «stabilt» nivå. Et stabilt nivå innebærer smerter under 3-4/10 på NRS eller VAS under aktivitet. Smertene bør også gå tilbake til utgangspunktet innen 24 timer i etterkant av aktiviteten. Smerter som varer utover 24 timer etter aktivitet blir definert som «irritable», og slik smerteprovokasjon vil trolig forverre tilstanden.



Pasientene vil ofte kunne fortsette med rolig løping innenfor anbefalt smertenivå, mens eksempelvis bakkeløp, sprinter og hekkeløp bør unngås i en tidlig fase. Stående sykling, svømming og løping i vann kan være alternative treningsformer som gir lite smerter. Det kan være hensiktsmessig å redusere anterior bekken-tilt og hoftefleksjon i stående, liggende og sittende, i tillegg til at man bør unngå sitting på hardt underlag. Aktiviteter som gir gjentakende strekk av hamstringsmuskulaturen, som løfting og fremoverbøying, bør unngås i en tidlig, reaktiv fase.

Rehabilitering av PHT

Nøkkelen til håndteringen av tendinopatier er veldig ofte gradvis økende belastning innenfor et tolererbart og stabilt smertenivå. Symptomer og smerter under og etter aktivitet er viktig feedback med tanke på progresjon i rehabiliteringen. Det er antatt at rehabilitering av PHT kan ta fra 3-6 mnd., men her er det er så klart individuelle variasjoner, siden pasientens symptomer og funksjon er forskjellige.

Fase 1 – Isometriske øvelser

Flere studier har vist at isometrisk belastning kan være gunstig å utføre for å redusere smerter i en tidlig fase ved ulike tendinopatitilstander. Dette vil også kunne aktivere hamstringsmuskulaturen uten å påføre for mye kompresjon på senen. Det har blitt anbefalt å utføre 5 x 45 sek. isometrisk hold av moderat belastning (70 %), opptil flere ganger daglig. Doseringen bør styres etter graden av symptomer og hvor irritabel tilstanden virker å være. For PHT er det anbefalt å gjennomføre isometriske øvelser med liten eller ingen hoftefleksjon (isometrisk lår curl, statisk bekkenhev, isometrisk press ned av strakt bein og statisk rygghev – se bilder). Det er et godt tegn hvis man opplever smertereduksjon ved gjennomføring av provokasjonstester i etterkant.

Fase 2 – Isotoniske øvelser med minimal hoftefleksjon

Når pasienten har minimal eller ingen smerte (0-3/10) under øvelser med lett hoftefleksjon, kan isoto-

niske øvelser introduseres. Både eksentrisk trening og Heavy Slow Resistance training (HSR) har god effekt på tendinopatier, med HSR som foretrukket treningsmetode. Treningen bør utføres annenhver dag, og det kan være aktuelt å fortsette med fase 1-øvelser på «hviledagene». Aktuelle øvelser i fase 2 er ettbens seteløft eller andre seteløftvariasjoner, mageliggende hofteekstensjon eller lår curl, Nordic hamstrings eller ryggliggende lår curl (se bilder). Man kan også legge til ytre belastning, hvis dette tolereres.

Fase 3 – Isotoniske øvelser med økende grad av hoftefleksjon (70-90°)

Målet med fase 3 er ytterligere økning i styrke, hypertrofi og mer funksjonell trening med økende grad av hoftefleksjon. Smerter under og etter aktivitet styrer belastningen og graden av hoftefleksjon under trening. Aktuelle øvelser er rolige hip thrusts, step-ups, gående utfall, markløft, strake markløft og dragen (se bilder). For progresjon kan enkelte øvelser gjøres unilateralt og med ytre belastning. På slutten av fase 3 er det aktuelt å introdusere idrettsspesifikke øvelser med moderat belastning.

Fase 4 – Økende belastning og hastighet

Fase 4 er forbeholdt utøvere som skal tilbake til idrett som krever bruk av underekstremitetene. I denne fasen er det anbefalt å utføre øvelser hver tredje dag, da treningen gir stor belastning på hamstringsmuskulaturen og trenger lenger restitusjonstid. Øvelsene utføres med større belastning og hastighet enn tidligere i rehabiliteringen, og det er også aktuelt å gjennomføre trening med retningsforandringer i tillegg til mer krevende idrettsspesifikke øvelser. Returen til idrett bør skje gradvis, og smerter og symptomer bør hele tiden kontrolleres.

Behandlingsalternativer

I en tidlig fase av PHT kan ulike behandlingsmetoder være aktuelt å benytte for å redusere smerter og gjøre det enklere for pasientene å

utføre øvelser. Dette kan være dry needling, massasje, triggerpunkt-behandling, trykkløsebehandling (ESWT), og manuellterapi. Bruk av NSAIDs og injeksjoner har vist mer varierende resultater, mens operativ vurdering kan være aktuelt ved tilbakevendende plager.

Til slutt

Denne artikkelen tar for seg hvordan man kan teste og behandle pasienter og utøvere med proksimal hamstringtendinopati i klinikken. Det finnes få eller ingen RCT-studier som har sett på rehabiliteringen av PHT. Det er foreløpig for lite forskning på området til å kunne trekke sikre slutninger om hvilke retningslinjer som bør ligge til grunn, og anbefalingene gitt i denne artikkelen bør derfor brukes deretter.

Kilder:

1. Goom, T.S.; Malliaras, P.; Reiman, M. P.; Purdam, C. R. (2016) Proximal Hamstring Tendinopathy: Clinical Aspects of Assessment and Management. JOSPT; 46(6): 483-93.

KLINIKK FOR ALLE KJØPER VELETABLERTE KLINIKKER



Ønsker du å selge din praksis eller bli medeier i en Klinikk for Alle-klinikk?

Klinikk for Alle-kjeden består i dag av 16 klinikker lokalisert i Oslo, Akershus, Hordaland, Rogaland og i Trøndelag. Vi er i en ekspansiv fase og ønsker å komme i kontakt med klinikkeiere som ønsker å selge sin praksis av ulike årsaker. Vi ønsker også å bli kontaktet av ambisiøse terapeuter som har som mål å starte egne klinikker som franchise eller som et joint venture.

Vårt mål er å gi folk **et bedre liv** ved å bli flest mulige engasjerte mennesker i en og samme kjede. Vi tror på å behandle hele mennesket og derfor har vi laget tverrfaglige klinikker med bredest mulig behandlingstilbud samtidig som vi legger større vekt på kosthold og forebyggende helsearbeid.

Hvis du er interessert i å ta et møte med oss kan du sende en mail til franchise@klinikkforalle.no

Visste du at Klinikk for Alle:

- var Norges første tverrfaglige behandlingssenter.
- omsetter for ca 210 millioner kroner og har 190 terapeuter tilknyttet kjeden.
- bruker 5 millioner kroner per år for ulike markedsføringstiltak.
- sponser egne terapeuter med 650 000 kroner per år for etterutdanningskurs.
- tilbyr gratis coaching og etterutdanning for sine terapeuter.
- har inngått en landsdekkende avtale med SATS/Elixia og Grete Roede.
- har eget inhouse regnskapsbyrå.
- har seks personer i administrasjonen som jobber heltid for KFA kjeden.
- har eget EHF faktureringsystem pluss egen forsikringsmodul som forenkler fakturering og registrering av forsikringssaker.

Ring
02325

www.klinikkforalle.no

Tendinopathy update

Tendinopatier er et enormt fagfelt med mange usikkerheter, og som i klinikken kan by på store utfordringer i rehabiliteringen. I et stadig endret landskap å manøvrere i er det fornuftig å stoppe opp og se på hvilke parametere som gjør at vi lykkes i dag, og hvilke mulige parametere vi kan jobbe med for å lykkes enda bedre i fremtiden. I år har det kommet to artikler som gjør nettopp dette.



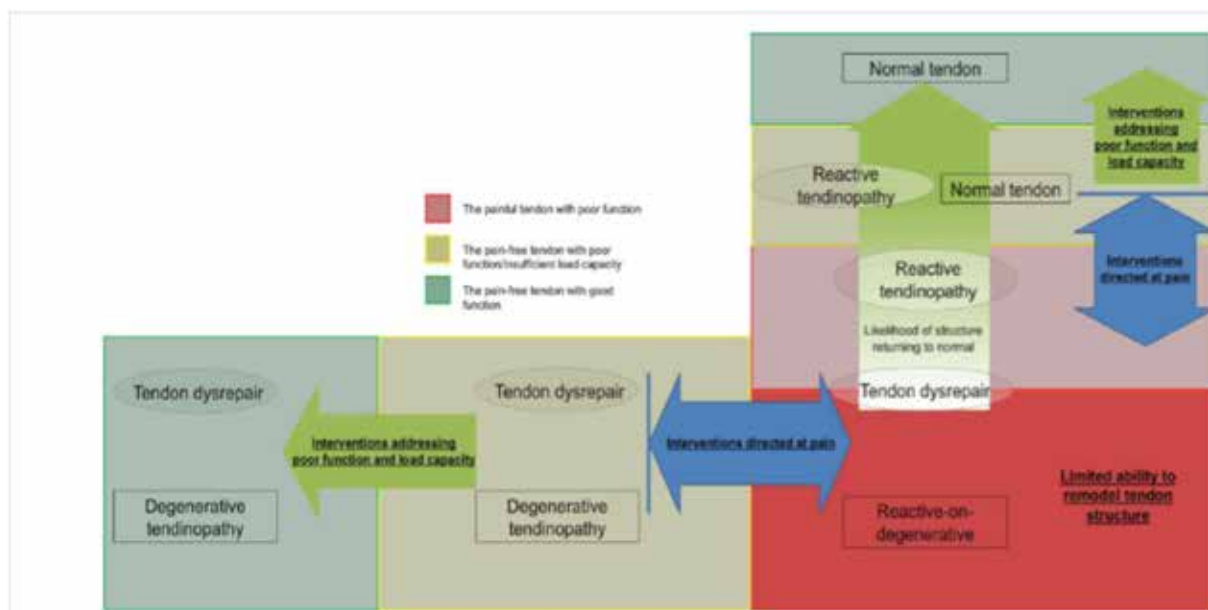
AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

Et team bestående av Jill Cook, Ebonie Rio, Sean Docking, Craig Purdam reviderte i 2016 continuummodellen for senepatologi fra 2009, utviklet av Cook og Purdam (1, 2), i lys av nyere kunnskap om emnet. De viktigste tilførselene til det opprinnelige continuumet er erkjennelsen av at man kan trene opp en sene til å ha god funksjon og provosere liten til ingen smerte på tross av at senen befinner seg i continuumets «tendon dysrepair» fase med en

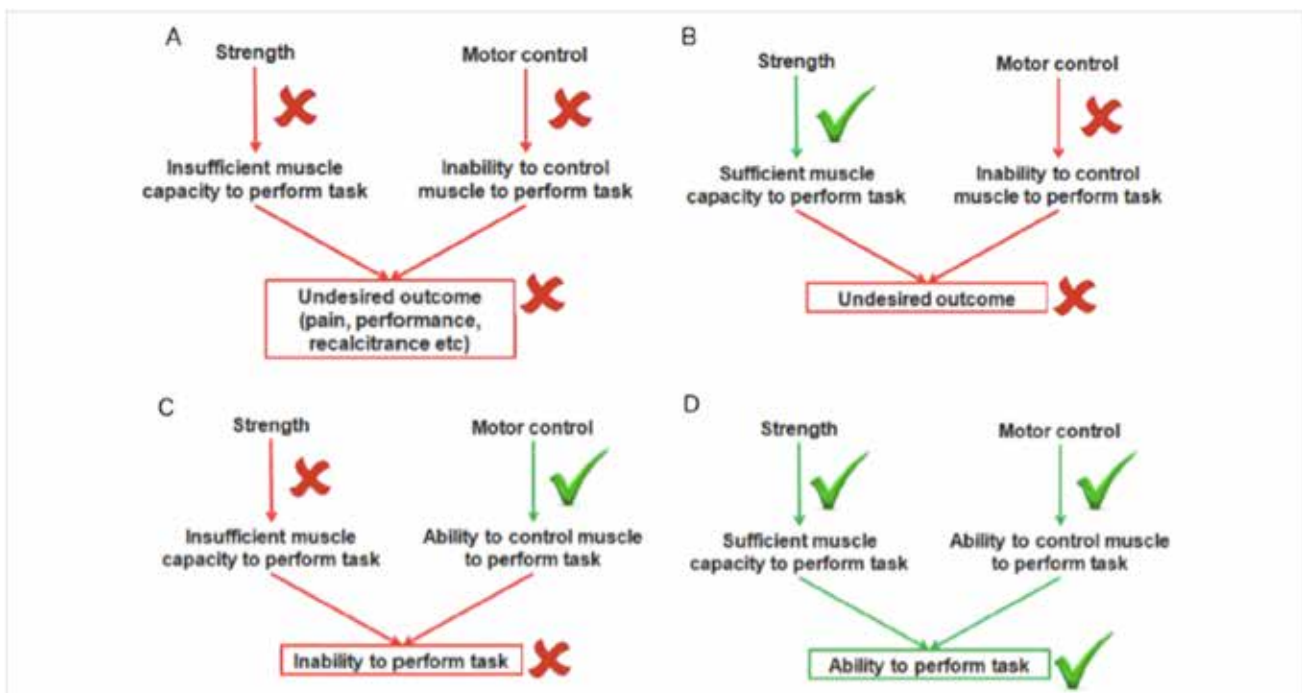
degenerativ tendinopati, og at det ser ut til at det er en begrenset evne til å remodellere senestrukturen i en degenerativ tendinopati. Disse to elementene summeres opp i en catchy frase – «treat the donut, not the hole». Dette innebærer å fokusere mindre på hvordan strukturen i det degenerative området av senen (the hole) tilheles, og mer på hvordan den friske delen av senen (the donut) trenes opp til å kompensere for skaden. Dette gjøres gjennom intervensjoner som både adresserer smerte, load capacity, struktur og motorisk kontroll (figur 1).

Videre ble dette teamet supplert med Lorimer Mosely, og sammen publiserte de nylig et narrativ review med tittelen «Tendon neuroplastic training: changing the way we think about tendon rehabilitation» (3). Utgangspunktet deres for artikkelen er at tendinopatier kan være motstandsdyktige mot behandling og ofte residiverer, hvilket impliserer at nåværende behandlingsstrategier er suboptimale (figur 2). Nøkkelpoengene inkluderer;

- Tendinopathy may be associated with changes in motor control; these changes may be bilateral and persistent despite rehabilitation.



Figur 1 hentet fra: Cook JL, et al. *Br J Sports Med* 2016;0:1–7. doi:10.1136/bjsports-2015-095422 (1)



Figur 2 hentet fra Rio E, et al. *Br J Sports Med* 2016;50:209–215. doi:10.1136/bjsports-2015-095215 (3)

- Current rehabilitation may not adequately address motor control issues as self-paced strength training (the mainstay of the treatment) does not alter corticospinal drive to the muscle - this may contribute to recalcitrance and recurrence of tendinopathy.
- Tendon neuroplastic training proposes a concept of strength-based loading that is an important stimulus for tendon and muscle, but with strategies known to optimise neuroplasticity of the motor cortex and drive to the muscle. It needs to be tested in a wide range of anatomical locations as it is unclear whether findings for the patellar tendon are applicable to all tendinopathies.

Et sentralt element i artikkelen er at tradisjonell rehabilitering for tendinopatier baserer seg på å belaste senen gjennom øvelser der pasienten selv bestemmer rytmen/tempoet i bevegelsen. Siden belastning av sener er det eneste som beviselig har effekt på cellematrixen – og

dermed strukturen – er styrketrening den foretrukne behandlingsstrategien, og både eksentriske øvelser og HSR-protokoll har vist seg å ha god effekt på smerte og funksjon i patellar- og achillessener. Likevel ser man ikke, ved patellar tendinopati, at styrketrening i selvbestemt rytme/tempo endrer den corticospinale forsterkende (eksitatoriske) og hemmende (inhiberende) kontrollen av muskelen, representert gjennom endring i motorisk kontroll og/eller motorisk strategi, og uten også å vektlegge den neuroplastiske delen av treningen er det en hypotese at dette kan disponere for persisterende morfologi og residiverende plager. Forfatterne hevder videre at styrketrening med eksternt stimuli for bevegelsesrytme/-tempo, og som i tillegg er knyttet opp til en spesifikk bevegelsesoppgave, er vist å kunne modulere eksitatorisk og inhiberende kontroll over muskulatur, og dermed potensielt også over senebelastningen. Å få mer kunnskap om metoder der vi optimaliserer mulighetene for neuroplastisk påvirkning, kan hjelpe oss i valg av

treningsøvelser og –metoder, og potensielt føre oss ett steg videre i jobben med å rehabilitere tendinopatier på best mulig måte.

1. Cook JL, Rio E, Purdam CR, et al. Revisiting the continuum model of tendon pathology: what is its merit in clinical practice and research? *Br J Sports Med* 2016
2. Cook JL, Purdam CR.: Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain the clinical presentation of load-induced tendinopathy. *Br J Sports Med* 2009
3. Rio E, Kidgell D, Moseley GL, et al. Tendon neuroplastic training: changing the way we think about tendon rehabilitation: a narrative review. *Br J Sports Med* 2016

Scapula

– overrated and overassessed?

Scapula er en kjent og kjær struktur for de fleste fysioterapeuter, og både grunn- og etterutdanninger har gjennom årene fokusert på scapulas rolle innen skulderplager. Men hvor sentral er denne strukturen egentlig? Gir testene våre og de svarene vi tror de gir, og gir rehabiliteringen vår de resultatene vi ønsker?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

«Critical and theoretical perspective on scapular stabilization: What does it really mean, and are we on the right track?»

Dette spør McQuade og kolleger i sin siste critical review (1) publisert i 2016.

Forfatterne konkluderer følgende;
«In conclusion, this perspective article suggests that the current clinical scapular stabilization paradigm is ambiguous, is flawed, and has limited support from current evidence. The notion that there is an ideal

scapula orientation or that isolated ST muscle strengthening will be effective for people with dyskinesia is also unsupported.»

Denne konklusjonen i seg selv bør være et sterkt insentiv til at vi som klinikere stopper opp og reflekterer rundt hva det er vi undersøker, og hvorfor vi skal undersøke det. Fra min tid på utdanningen ble det for eksempel fokusert på en 2:1 forhold i den scapulohumoral rytmen – altså at for hver andre grad armen eleveres, dreier scapula én grad. Avvik fra dette mønsteret ble sett på som abnormt og kunne knyttes til både nåværende og fremtidige skulderplager. Rehabiliteringen tok videre sikte på å normalisere denne rytmen. Men er egentlig 2:1 normalt? Dette forholdet ble først beskrevet i 1944 (2), basert på observasjon av ett individ. Det er senere vist at den scapulohumoral rytmen varierer i forholdstall som 3:2, 5:4, 8:1, 3:1 og 4:1 (3-5) og er avhengig av bilateral kontra unilateral bevegelse (6), bevegelseshastighet (7), dominant kontra ikke-dominant side (8), bevegelsesplan (9), fatigue (10) og smerte (11). Likevel viste Kirby (12) i 2009 at 77% av spurte fysioterapeuter fortsatt anså 2:1 forholdet som normalt. Årsaken til at jeg anser dette som viktig, er at dersom vi ikke kan fastslå hva som er en normal scapulohumoral rytme, så kan vi heller ikke fastslå hva som er abnormt og vi kan dermed ikke sykeliggjøre potensielt



Scapulær dyskinesi under push-up. Skal rehabiliteringen fokusere på å «normalisere» scapula, eller på å optimalisere skulderfunksjonen i øvelsen?



Scapulær dyskinesi under scaption raise. Skal rehabiliteringen fokusere på å «normalisere» scapula, eller på å optimalisere skulderfunksjonen i øvelsen?

normale bevegelsesvariasjoner i forholdet mellom arm og skulderblad. Ei heller kan vi rettferdiggjøre en rehabiliteringsplan for å trene den scapulohumorale rytmen, da vi ikke vet hva vi skal trene den mot eller hvilken verdi dette har for pasienten. Problemstillingen med å vurdere normale kontra abnormale bevegelsesmønstre er gjeldende også for scapulær dyskinesi, der også McQuade konkluderer med at observerbar dyskinesi sannsynligvis representerer normale variasjonsmønstre og ikke patologi. Vår evne til å vurdere endringer i scapulær bevegelse ser også ut til å være sterkt begrenset, og testene mangler både validitet og reliabilitet når de knyttes til skulderpatologi (13, 14).

Med stor usikkerhet knyttet til hva som er normale kontra abnormale bevegelsesvariasjoner, og hvordan vi kan vurdere dette, er det et betimelig spørsmål å spørre seg hvorfor vi skal vurdere scapulær bevegelse. Har scapulære «dysfunksjoner» en rolle i skulderpatologi? Ben Clarsen (15) sier ja:

«Obvious scapular dyskinesis, reduced total range of motion and reduced external rotation strength are associated with an increased probability of shoulder injury.»

Det skal her nevnes at populasjonen som ble undersøkt var eliteseriespillere i norsk håndball, og at det av 206 spillere kun var 9% som ble

vurdert til å ha en «åpenbar scapulær dyskinesi». Videre var vurderingen av scapulær kontroll utført av én fysioterapeut, og det ble brukt de samme måle metodene som det tidligere har blitt stilt spørsmålstegn ved. Konklusjonen må derfor, som forfatterne også understreker, tolkes med en viss grad av forsiktighet og begrenset overføringsverdi til den pasientpopulasjonen de fleste av oss ser til daglig.

På det samme spørsmålet svarer Filip Struyf (16) nei:

«Scapular characteristics could not predict the development of shoulder pain in our overhead athlete population.»



→ Og i den samme artikkelen observerte de følgende hva angår normale kontra abnormale bevegelsesmønstre:

«When comparing the dominant with the non-dominant shoulders of all athletes, dominant shoulders demonstrated significantly more winging, greater forward tilting and more forward shoulder posture than the non-dominant shoulders.»

Og som en tydeligere spiker i kisten konkluderte Wilmore og kolleger (17) følgende:

«A causal relationship between dyskinesia and symptoms cannot be established»

På tross av at en solid kunnskapsbase viser at vi vanskelig kan kalle scapulær bevegelse normal eller abnormal, og at scapulær bevegelse har høyst usikker sammenheng med skulderplager, er fortsatt scapulær kontroll et mål i mange rehabiliteringsplaner der dyskinesi ses på som en medvirkende årsak til skulderplagene. Og selv om pasientene har fremgang, er det vist at dyskinesien i liten grad endres som følge av opptreningen (1, 18). Så når pasienten har fremgang, men vi ikke påvirker det vi ønsket å påvirke, hva er det da som skjer? Her må det trekkes frem at symptommodifiseringstester har vist seg fordelaktige. Sagt på en annen måte, i Adam Meakins ord: «If you can affect it – suspect it». Tester som mSAT (19) og SRT (20) er fremsatt som mulige metoder for å påvirke scapulær bevegelse under armbevegelse, og dersom pasientens skuldersymptomer reduseres av disse gir det oss informasjon om hvilke øvelser vi kan fokusere på. Personlig liker jeg McQuade sin konklusjon veldig godt, da den gir oss som terapeuter større frihet i øvelsesutvalg og muligheter til å individualisere treningen:

«Rather than attempting to change scapula posterior tilt by 5 degrees, clinicians should work to ensure that the scapula has the maximum potential for movement, the maximum capability of movement, and the maximum ability to assist the hand in performing precise functional tasks.» Implisitt i denne konklusjonen ligger at hjernen ikke nødvendigvis prioriterer å

sørge for at scapula skal bevege seg i et bestemt mønster, men heller tilpasser dette mønsteret til å være det mest hensiktsmessige, og minst smerteprovoserende, under armbevegelser. Således kan man også si at fokuset på scapula som en «base of support» kan endres til å fokusere på hvordan energi overføres fra armen til kroppen og fra kroppen til armen. Videre kan vi også slippe fokuset på å trene scapulohoraciske muskler spesifikt og tilpasse øvelsene i større grad til funksjonelle arm- og håndbevegelser som i sin tur vil trene systemet som helhet.

1. McQuade et al (2016): Critical and theoretical perspective on scapular stabilization: What does it really mean, and are we on the right track? Phys Ther.
2. Inman VT (1944): Observations on the function of the shoulder joint. J of Bone Joint Surg.
3. Freedman L (1966): Abduction of the arm in the scapular plane: scapular and glenohumeral movements. A roentgenographic study. J Bone Joint Surg Am
4. Poppen NK (1976): Normal and abnormal motion of the shoulder. J Bone Joint Surg Am.
5. McQuade KJ (1998): Dynamic scapulohumeral rhythm: the effects of external resistance during elevation of the arm in the scapular plane. J Orthop Sports Phys Ther
6. Klopacar N (2006): Bilateral and unilateral shoulder girdle kinematics during humeral elevation. Clin Biomech.
7. Sugamoto K (2002): Scapulohumeral rhythm: relationship between motion velocity and rhythm. Clin Orthop Relat Res
8. Matsuki K (2014): In vivo 3D analysis of clavicular kinematics during scapular plane abduction: comparison of dominant and non-dominant shoulders. Gait Posture.
9. Lee SK (2013): A comparison of 3D scapular kinematics between dominant and non dominant shoulders during multi planar arm motion. Indian J Orthop.
10. Ebaugh DD (2006): Effects of shoulder muscle fatigue caused

by repetitive overhead activities on scapulohoracic and glenohumeral kinematics. J Electromyogr Kinesiol.

11. Struyf F (2011): Scapular positioning and movement in unimpaired shoulders, shoulder impingement syndrome, and glenohumeral instability. Scand J Med Sci Sports.
12. Kirby K (2007): Assessment of the importance of glenohumeral peripheral mechanics by practicing physiotherapists. Physiother Res Int.
13. Ellenbecker TS (2012): Reliability of scapular classification in examination of professional baseball players. Clin Orthop Relat Res.
14. Wassinger CA Hegedus EJ (2015): Clinical reliability & diagnostic accuracy of visual scapulohumeral movement in detecting patients with shoulder impairment. Int J Sports Phys Ther.
15. Clarsen B, Bahr R, Andersson SH, et al (2014): Reduced glenohumeral rotation, external rotation weakness and scapular dyskinesia are risk factors for shoulder injuries among elite male handball players: a prospective cohort study. Br J Sports Med
16. Struyf F, et al (2014): Does Scapular Positioning Predict Shoulder Pain in Recreational Overhead Athletes? Int J Sports Med
17. Willmore, E. G., & Smith, M. J. (2016): Scapular dyskinesia: Evolution towards a systems-based approach. Shoulder & Elbow
18. Struyf F (2013): Scapular-focused treatment in patients with shoulder impingement syndrome: a randomized clinical trial. Clin Rheumatol.
19. Seitz et al (2012): Effects of scapular dyskinesia and scapular assistance test on subacromial space during static arm elevation. J Shoulder Elbow Surg.
20. Tate et al (2008): Effect of the Scapula Reposition Test on Shoulder Impingement Symptoms and Elevation Strength in Overhead Athletes. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy



Magnesium bidrar til en normal muskel- funksjon

- **Magnesium fremmer redusert tretthet og slapphet**
- **Magnesium fremmer opprettholdelsen av normale ben**
- **Magnesium fremmer et normalt funksjonerende nervesystem**

Floradix® Magnesium er et flytende magnesiumpreparat ute vitaminer for maksimum opptagelse i organismen. Med sine lettfordøyelige og lettopptagelige magnesiumforbindelser får man full utnyttelse uten å måtte ta med tapsvurderingen ved inntak i tablett/kapsel form. Oppløst i fruktjuicer og urter tæs det lett opp i kroppen, samtidig som smak og konsistens er veltalende. Floradix® Magnesium er lett å svelge. Les mer om magnesium på våre nettsider www.naturimport.no eller diskuter på deres apotek.

Floradix® Magnesium kjøpes hos:

APOTEK 1
Vår kunnskap - din trygghet

vitusapotek+

ditt apotek
– vi gir deg bedre helse

life
Hold deg naturlig frisk



sunkost

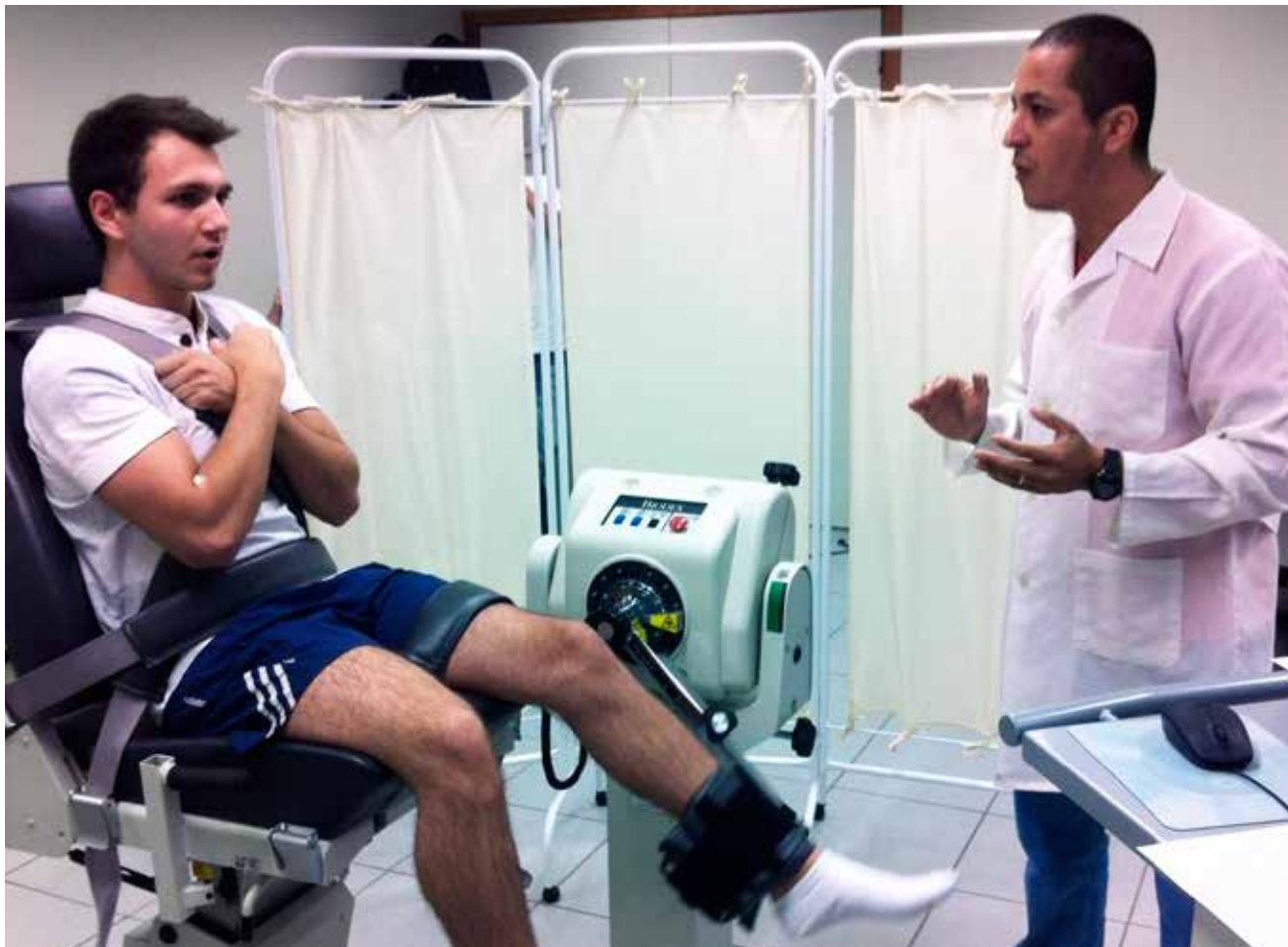
coop

100 ÅR
Salus
1916 – 2016

«ditt naturlige valg»
NATUR
import



Se vår facebook side



Fremtidens laser

– både forebyggende og behandlende

Ny utvikling på laserområdet gir grunn til å tro at vi fortsatt vil benytte apparatet inn i fremtiden, selv om det kanskje kan komme til å se annerledes ut. Selve laserfunksjonen er ikke ny, men det arbeides med å utvikle funksjonelle apparater innen laserteknologien som kan stråle et mye større område enn i dag. Laser kan med denne utviklingen få en svært viktig forebyggende verdi, ikke bare behandlende.



AV HILDE STETTE
FYSIOTERAPEUT

Det var fullt hus da Altiusgruppen inviterte fremadstormende amerikansk og brasiliansk kompetanse til Norge for laserkurs i april. Professor og fysioterapeut Ernesto Leal Junior kom med spennende nyheter som

åpenbart trigger laserbrukende fysioterapeuter, kiropraktorer og leger i Norge. Ernesto Cesar Pinto Leal- Junior og hans team er foregangspiloter på videreutviklingen av laseren slik vi kjenner den i dag.

Vil videreutvikle laseren

Leal har holdt sine forelesninger i flere universiteter i Brasil, og har i dag sin base i universitetet Nove Julho i Sao Paulo. Han er selv utdan-

net fysioterapeut i Brasil 2002. Han har en master fra University of Vale do Paraiba i Brasil, og har forsvart sin PhD i 2010 ved Universitetet i Bergen, med Jan Magnus Bjordal som veileder. I 2012 fullførte han sin doktorgrad i farmakologi ved Universitetet i Sao Paulo. Hans spesialfelt er forskning på muskel- og skjelettplager, og i disse dager har han størst fokus på forskning på fotobiomodulasjon (den oppdaterte



Professor og fysioterapeut
Ernesto Leal Junior

terminologien for laser), hvor han studerer ulike kombinasjoner av bølgelengder for å forsinke muskulær utmattelse, øke muskulær prestasjon, oppnå skadeforebygging og skape raskere restitusjon etter anstrengende fysisk aktivitet. Den prisvinnende professoren har publisert over 70 studier i et av verdens største laserlaboratorier i verden, og får i sitt arbeid stadig bekreftelse på hvorfor det kjente R.I.C.E-prinsippet bør revurderes til fordel for sin forskningsdokumentert laserteknologi når det kommer til å håndtere skader i idretten.

Behandling av et større område

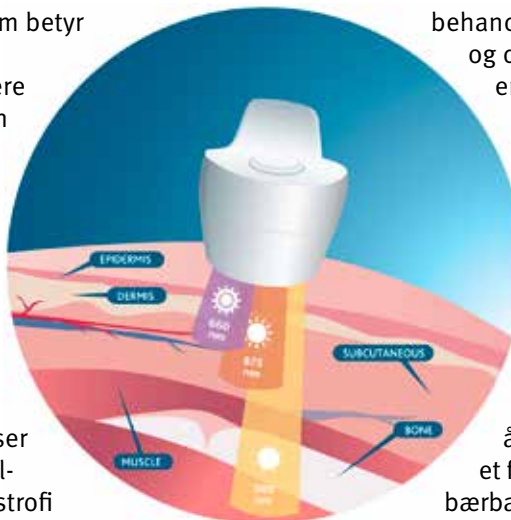
Forskningen foregår i USA, der de i lengre tid har testet ut teknologien i praksis. Det dreier seg om apparater som stråler 3 ulike LED-lys: rød LED, infrarød LED og superpulserende laser. Det gjør for så vidt laseren i dag også, men ved bruk av dagens apparater er det mest behandling av skader, og på et lite område i gangen. Leals fremtidsvisjon er å kunne endre bruken av laser til å omfatte behandling av et større område i gangen, og dermed kunne benytte teknologien også til forebygging av skader.

Innovativt

Forskerne har funnet ut at det ved lavtermo- behandling av muskelen kommer til en ATP-produksjon, som gir økt oksygentilførsel og energiflyt. I forhold til laseren vi kjenner i dag, vil den nye modellen optimalisere prosessene i bløtvevet, og behandlingen vil dermed gå raskere. Spesielt når det gjelder restitusjon og videre forbedring av prestasjon, forventes det store end-

ringer, noe som betyr at det kanskje spesielt vil være idrettsarenaen som vil dra best nytte av den nye teknologien. Men Leal og hans team har også testet teknologien ut på andre diagnoser og problemstillinger som dystrofi og slaganfall med stort hell.

- Livskvalitet er et nøkkelord, sier Ernesto, som for øvrig selv studerte fysioterapi under blant andre forskeren Jan Magnus Bjordal i Bergen. -Det innovative med denne utviklingen, er at du ikke lenger trenger en skade for å bruke fotobiomodulasjon, sier han. -Med den nye teknologien vil vi kunne forebygge skader, skape raskere restitusjon og videre forbedring av prestasjoner på idrettsbanen. Det vil jobbes funksjonelt, og utøveren opplever mindre utmattelse. – Slik det er i dag er det stort symptom-



behandlingsfokus, og dette vil kunne endre seg, sier han.

Utfordringer for videreutvikling

Ideen er upåklagelig, men utfordringen er imidlertid å få produsert et funksjonelt og bærbart apparat som

kan fraktes rundt i toppidretten og benyttes i folks hjem.

– Vi jobber systematisk for å utvikle det optimale apparatet til en levelig pris, sier Leal, som er usikker på når dette vil være på markedet. Men når det kommer, er han overbevist om at det kan endre mye og gjøre laseren enda mer populær enn den er i dag.

PS: Ordet laserterapi er på veg ut, og har blitt erstattet med fotobiomodulasjon. Skal du søke etter informasjon om saken på nettet, vil det lønne seg å søke på dette ordet da all ny forskning ligger her.



Nettverksbygging

– nytte eller utnytting?

Man hører ikke så mye om nettverksbygging i fysioterapien. At det skjer er det imidlertid ingen tvil om. Noen synes det ligger en grad av utnyttelse i ordet. Andre ser muligheter. Men hvor viktig er egentlig nettverksbygging for oss fysioterapeuter?



AV HILDE STETTE
FYSIOTERAPEUT

Noen grupper innen fysioterapifaget er man virkelig ikke velkommen i. Noen grupper beskytter sin sfære og fagkunnskap, og når de først har fått seg et tett nettverk, vil de ikke la andre ta del i det. Disse er veldig nøye på hvem de slipper inn på «festen sin». Andre omfavner nye og fremadstormende fysioterapeuter, tar dem inn under sine vinger, deler av sin kunnskap, og viser dem hvordan verden kan se ut om man bare går riktig frem. Coaching, teambuilding og individualisert ledelse er eksempler på trender i næringslivet. Trender som kommer og går. Det er ingen tvil om at det er en lettelse at alt ikke dreier seg om teambuilding eller coaching lenger, men ordet nettverksbygging virker imidlertid aldri å forsvinne.

Hva om man ønsker seg opp og frem?

Svært mange fysioterapeuter har kommet dit de ønsker å være i livet, men noen vil videre og har ambisjoner om noe mer. Det kan være de ønsker å bli fysioterapeut for et idrettslag, kanskje for toppidretten, kanskje drive bedriftsfysioterapi, eller bare kunne lære seg mer om et fagfelt som noen andre kan langt mer om. Hva om man ønsker å komme seg fra et sted som student til en jobb i Olympiatoppen, eller bli en anerkjent forsker? God kunnskap og riktig utdannelse innen faget er

selvfølgelig et «must», men det er grunn til å anta at et stort og godt nettverk innen fysioterapimiljøet kan ha en avgjørende betydning for mange, spesielt de som har en drøm om å komme inn i et lite og eksklusivt fagmiljø. Kjenner man rette folka, er veien opp og frem lettere, slik er det bare. Dette gjelder for alle bransjer, i hele næringslivet, og også for fysioterapeuter som drømmer om å ta et steg opp eller i en annen retning.

Nytte eller utnyttelse?

Det dreier seg om relasjons- og nettverksbygging. Det har selvfølgelig også gått inflasjon i dette ordet, og ja, det har i mange år vært et kult ord som har infiltrert det meste. Men hvis man drar ordet ned fra sin høye hest, er det ingen tvil om at et rikt nettverk kan gjøre at man kommer seg dit man ønsker på en lettere måte. Det vil alltid være viktig å mingle med de man ønsker å lære noe av, tørre å ta kontakt, la seg bli presentert. Men er dette utnyttelse? Antagelig ikke hvis man bare klarer å se verdien av det for alle parter. Rekruttering av flinke folk bør vel alle mene har en felles verdi.

– Nettverksbygging er motbydelig!

Kjendisadvokat Ellen Holager Andenæs er på en annen side ingen tilhenger av nettverksbygging. - Fytti rakkern! Bare ordet og begrepet nettverksbygging er motbydelig. Tanken på at noen benytter sine venner og bekjenskaper og drar nytte av det til egen vinning synes jeg er redselsfullt, sier hun til Karrierelink.no. Holager Andenæs forteller at hvis

noen forsøker å involvere henne i et nettverk løper hun.

Vinn-vinn?

Det er klart man ikke skal oppsøke et nettverk med mindre man faktisk skal bruke det til noe. Og et nettverk bør gi vinning begge veier, i alle fall på sikt. Ensidig kunnskapsformidling blir som å ha en venn der kun den ene ringer og sender meldinger. Hvis et nettverk skal kunne fungere, bør det åpenbart være en gevinst i det for alle parter. Man gir og får noe tilbake. Så om noen av dere skulle sitte med all verdens fagkunnskap i det mest anerkjente nettverket, og samtidig være mer enn komfortabel med de viktige folka dere allerede har en relasjon til, så kan det jo være greit å tenke at fremtiden ligger et annet sted. Fremtiden ligger i de unge voksne, de som banker på og ønsker seg inn. De som har ambisjoner men som trenger en håndsrekning. Hva om den hjelpende hånden var din?

Norsk Helsenett med



ProMed[®]

Koble deg opp med den rimeligste løsningen!
Eksempelet viser priser med 5 stk på klinikken.
Kontakt oss dersom du lurer på hva det vil koste deg!

Pris pr. bruker eks mva

Etablering: 7 298,-

Pr. måned: 245,-

Inkluderer også det klinikken og terapeutene trenger
av BuyPass-Sertifikater



post@pvf.no

Selvklebende avlastning og korrigering

– En elastisk tape kan brukes både til å korrigere et uheldig bevegelsesmønster og til å avlaste muskler eller sener. Med bedret funksjon kan vi øke kraften i muskulaturen. Og ved bruk av en tape som tillater full bevegelighet samtidig som den avlaster, kan utøveren fortsette å trene med full funksjon også mens en skade heles eller i opptreningsfasen.



AV INGILD AMBLE ERIKSEN

Dette sier fysioterapeut Valgeir Vidarsson, som holder kurs i bruk av Dynamic Tape. Han hevder at tapen bidrar til at musklene arbeider riktig, og at risikoen for at en skade oppstår eller forverrer seg blir mindre. På tross av at tapen kan brukes som support for muskelen, vil den ikke redusere bevegeligheten.

– Tapen kan brukes til å forebygge skade hvis muskulaturen er stiv eller øm, fordi tapen reduserer belastningen. Samtidig opprettholder eller øker tapen spenningen i muskulaturen, noe som gjør at du faktisk kan få økt muskeleffekt.

Støtte og bevegelighet

Vidarsson mener at tapen, som kan strekkes til 200 prosent lengde og er elastisk i alle retninger, tillater full bevegelighet samtidig som den gir muskulaturen støtte. Den oppfører seg nærmest som en strikk, med mange ganger den motstanden man har i annen tape.

– Sliten muskulatur er mer utsatt for over- og feilbelastning. Med tapen kan du styre bevegelsen slik at du unngår denne typen skader. Mens kinesiotape er biomekanisk og øker sirkulasjonene og lymfedrenasjen, er dynamisk tape utviklet for å fungere mekanisk. Den kan, hvis ønskelig, endre bevegelsesmønsteret

mens den absorberer belastningen og tilfører energien i bevegelsen. Dette skjer uten at bevegeligheten reduseres.

Ifølge Vidarsson er tapen anvendelig på alle typer pasienter, men enn

så lenge er det idrettsutøvere som i størst grad har testet den ut. Han forteller at mange utøvere synes dynamisk tape fungerer fordi den ikke legger noen restriksjoner på bevegelsene, i motsetning til vanlig sportstape som hindrer leddutslag.



Til venstre: Fysioterapeut og dynamisk tape-instruktør, Valgeir Vidarsson, Dynamic Tape. Til høyre: Dynamic Tape utvikler Ryan Kendrick.

Mekanisk korrigering

Mens kinesiotape, som i hovedsak er produsert av bomull, påføres mens muskelen er strukket, legges dynamisk tape på i forkortet posisjon. Den er produsert av elastisk nylon og lycra, som gjør at den både er veldig elastisk og gir stor motstand. Dermed får muskelen hjelp av tapen.

– Tapen kan bedre muskelens evne til å generere kraft gjennom å lage et gunstigere lengde-/ spenningsforhold, sier Valgeir Vidarsson.

– Dynamisk taping handler om – basert på godt klinisk resonnement – å håndtere belastningen, opprettholde eller korrigere bevegelsesmønstre og å bedre funksjonen ved å tilføre kraft. Dynamisk tape er et utvendig påført absorberende materiale, som påvirker muskelarbeidet og bevegelsen i leddene. Dynamisk tape har derfor mer til felles med tradisjonell, uelastisk sportstape, enn med kinesiotape, sier Vidarsson, som sier at de som jobber med dynamisk taping ikke tror at muskler og sener svekkes på grunn av smerter.

– De svekkes og skades på grunn av belastningen. Dette støtter også forskningen på feltet. Dynamisk taping tar sikte på å absorbere belastningen for å redusere kroppens egen belastning. I mange tilfeller har pasienten/utøveren ikke smerter, men et ugunstig bevegelsesmønster. På sikt vil et slikt bevegelsesmønster kunne gi smerter. Men hvis smerter oppstår, korrelerer de i liten grad med omfanget av vevsskade. Snarere enn å redusere smerten, skal dynamisk tape løse de underliggende medvirkende faktorene som gir smerten, eller rett og slett bare bedre muskelens eller leddets funksjon og motorikk for å forebygge skader og smerter og øke kraften. Tapen kan brukes til å overføre belastning for å dempe kroppens egne kompensasjonsstrategier, sier fysioterapeuten, og mener at tapen kan brukes til en rekke formål – fra å bedre en droppfot etter slag til å korrigere en golfsving. Eller for å gi støtte til patella ved en subludasjon i kneet. For å nevne noen eksempler.



Dynamic Tape brukt på idrettsutøvere.

– Den store fordelene er at pasienten eller utøveren kan trene tilnærmet normalt under tilhelingen.

– Imidlertid er tapen litt annerledes å bruke enn vanlig sportstape, og den må legges på riktig. Ved feil bruk kan pasienten/utøveren få redusert sirkulasjon, og man kan påføre skader som for eksempel gnagsår. Derfor holder vi kurs.

Vidarsson understreker at det vil være tilfeller da tapen ikke har den ønskede effekt. Visse kriterier må oppfylles for at tapen kan brukes, og for noen deler av kroppen er det vanskeligere å få effekt enn på andre. Likeledes er det viktig at tapen legges på riktig for å få den ønskede effekten.

– Vi ønsker å tilby fysioterapeuter og andre behandlere så mange og gode verktøy som mulig, sier Torkild Haugan, daglig leder i AlfaCare, som forhandler Dynamic Tape i Norge og som også

organiserer kurs i Dynamic Taping.

– Tapen er et supplement til de øvrige verktøyene fysioterapeuter bruker daglig for å hjelpe pasienter og idrettsutøvere. Den nye tapen vil være veldig nyttig for idrettsutøvere som er avhengige av å ha god kontinuitet i treningen og så få og korte treningsavbrekk som mulig. Med riktig bruk av Dynamic Tape kan de i langt større grad trene som normalt. Men også for andre pasienter blir tapen et godt tilskudd i behandlingen, avslutter Torkild.

Valgeir Vidarsson

B.Sc Physiotherapist, Master i muskel-/skjelett- og sportsfysioterapi og sertifisert instruktør i Dynamic Taping. Valgeir har lenge jobbet med toppidrettsutøvere på Island, i hovedsak fotball-, håndball- og golfspillere, og har klinisk fysioterapi praksis. I tillegg jobber han som styrke- og utholdenhetstrener på toppnivå.



Løpestilendring

for å behandle skader i underekstremitetene

Har endring av løpestil en legitim plass i klinikken for håndtering av løpsrelaterte skader? I denne artikkelen går vi gjennom en nylig publisert artikkel fra BJSM (1) (april 2016) for å belyse med hvilket rasjonale vi kan anbefale å endre løpestil, og hva vi i så fall skal endre.



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

I denne saken er det selvsagt ikke noe fasitsvar. All behandling må tilpasses individuelt, og mer forskning kreves på feltet for å styrke evidensen. Artikkelen er en systematisk review i kombinasjon med intervju av eksperter på feltet. Håpet er at du her skal finne nyttige verktøy for å gi pasienten din gode og informative råd i klinikken. For mer utfyllende

informasjon henviser jeg til originalartikkelen som ligger fritt tilgjengelig på nett.

Løpsbølge

Løping er en av de enkleste og lettest tilgjengelige trenings- og mosjonsformene vi har. Vi befinner oss midt i en ny løpebølge, mye lik den store joggebølgen vi så på 80-tallet. Store arrangementer som Oslo Marathon og Holmenkollstafetten opplever deltagerrekorder og dekkes direkte på de store TV-kanalene, og ultraløping (lengre enn maraton) øker i omfang

og er ikke lenger forbeholdt de få og ekstreme. Løpere på alle nivåer finner inspirasjon og (gode?) tips i bøker som «Born to run» av Christopher McDougall eller andre bøker fra barfotsløpere og ultraløpsfantaster. (Et lite litterært tips er Haruki Murakamis «Hva jeg snakker om når jeg snakker om løping»). Man antar at det er store samfunnsøkonomiske fordeler ved å ha en aktiv befolkning, men vi vet også at løpere også er utsatte for plager og skader, og dette er noe vi ser titt og ofte i klinikken. Vanlige skader inkluderer leggsmerter, plantar fasciitt, akil-

lestendinopatii, compartmentsyndrom i legg, patellofemoralt smeresyndrom (PFS), løperkne (tractus iliotibialis smeresyndrom), patellar tendinopati, hamstringsskader (strekksskader og tendinopatii) og gluteal tendinopati. Ytre faktorer som sko, konkurransenivå, underlag (asfalt, tredemølle osv.) og treningsmengde er foreslått som ytre risikofaktorer for å utvikle skader. Den kjente og kjære regla om for mye, for ofte og for lite restitusjon skal vi ikke glemme. Intensitetstyring og «load management» er helt sentralt i håndtering av disse skadene, men dette blir ikke gått inn på i detalj her. Som interne faktorer nevnes alder, høy BMI (body mass index), tidligere skade, benlengdeforskjell, avvikende anatomisk alignment og fotens holdning (buenes posisjon etc) og belastningsmønster. På tross av mye forskning, vet vi ennå lite om langtidseffektene av å endre på disse parameterne. Viktig å huske på er at hva som er en feilstilling som medfører en uheldig belastning for den ene, er et godt innarbeidet kompensatorisk og funksjonelt mønster for den andre. Vi skal passe oss for å sammenligne pasienten med et tenkt «normalt» belastningsmønster og en «ideell» løpestil.

Løpestilsendring

Er dette i det hele tatt mulig å få til og samtidig endre bevegelses- og belastningsmønster i vesentlig grad? En systematic review (2) fra 2015 konkluderer med «ja» for en populasjon bestående av friske løpere. Biomekaniske studier ligger bak rasjonale om at man kan re-trene løpestil ved å endre ulike parametre som stegfrekvens, steglengde og stegbredde, bevegelse i hofter og kneledd, overkroppens posi-



Det er ikke lett å finne den perfekte løpesko og vanskelig for oss klinikere å gi gode, evidensbaserte råd til våre pasienter.

sjonering og belastningsvariabler (kontaktid med underlaget, støtdemping). De konkluderte med at den mest effektive måten å redusere landingskreftene (kinetikk – krefter som påvirker et legeme, f.eks. kompresjon i kneledd under et hælsett) i landingen var å gi tilbakemeldinger, visuelt og verbalt under aktivitet (kinematisk – beskriver bevegelsene til et legeme, f.eks. tibias rotasjon i et steg). Likevel er det uklart hvordan disse variablene forholder seg til faren for å utvikle skader. Evidensen på dette området er svak. Det er også uklart hvordan endring av løpestil forholder seg til andre intervensjoner som manuell behandling, load management og treningsterapi,

så det er vanskelig å si med sikkerhet hva som er beste fremgangsmåte. Gjennom en rekke bøker (som nevnt tidligere) og skrivelser i aviser og på nett, har forfotsløping, «naturlig løping», løping med minimalistiske sko eller sågar barfotsløping økt merkbart. Dette er en slags motreaksjon til tidligere trender, der fokus lå på sko med mye demping i såle for å redusere impact ved hælsett/landing. Og selv om denne tankegangen kan virke intuitiv og velbegrunnet, har vi heller ikke god dokumentasjon fra forskningen som entydig sier at dette er veien å gå. Vi som klinikere sitter igjen med et uoversiktlig virvar av forskning og forstå-seg-på-ere og nevnte review



Tabell 1: Nivå av evidens (EN) etter Tulder et al (3)

1	Sterk	Samsvarende funn fra flere studier, inklusive minst 3 høykvalitetsstudier
2	Moderat	Samsvarende funn fra flere studier, inklusive minst 3 studier med moderat/høy kvalitet eller to høykvalitetsstudier
3	Begrenset	Samsvarende funn fra flere studier av lav eller moderat kvalitet eller to studier av moderat kvalitet
4	Veldig begrenset	Funn fra en studie av lav kvalitet eller moderat kvalitet



Mellomfotslanding



Bakfotslanding

(1) er et forsøk på å samle og sammenfatte relevant kunnskap (både forskning og empiri) og skape et verktøy for oss klinikere for å kunne drive evidensbasert praksis.

Studien

Studien ble gjennomført for et systematisk review i kombinasjon med intervju av klinikere og eksperter på fagfeltet. Databasene Medline, Embase og Cinahl ble søkt fra juni 2015 og tidligere. 46 publikasjoner ble inkludert. Studiene ble så vurdert i forhold til kvalitet og evidens (3) (se tabell 1)

Ekspertene som ble intervjuet jobbet alle aktivt med gjeldene fagfelt, hadde minimum 5 år klinisk erfaring, foreskrev endring av løpesett som intervensjon på jevnlig basis for pasienter med skader relatert til løping. Totalt 16 personer ble intervjuet fra landene Storbritannia, USA, Canada og Australia, herav 11 fysioterapeuter, 2 fysiske trenere/terapeuter (physical therapist), 1 idrettslege, 1 allmennlege og 1 løpetrener. Alle ekspertene var av den oppfatning at løpetrening med fokus på å endre løpesteget kunne ha positiv effekt for langvarige eller gjentakende skader, men evidensen for dette i litteraturen er sparsom. Likevel er det betydelig evidens for at man kan oppnå betydelige biomekaniske forskjeller i en populasjon med friske løpere.

Skader i legg og fot

Fremre overbelastningssmerter nedre legg

Endring av løpssteg fra bakfot til forfot/midtfot blir sterkt anbefalt av ekspertene i intervjuet. Hovedfokus i tilnærmingen går på å øke stegfrekvensen, begrense steglengden og redusere belastningen ved landing. Tanken er å avlaste m. tibialis anterior, og at denne er overbelastet grunnet overdreven dorsalfleksjon i hælsett ved hælløping (EN:3), spesielt ved akutt debut av anteriort compartment syndrom. Flere eksperter fremhever også viktigheten av å få kroppsvekten lengre frem over føtten. Det er også begrenset evidens (EN:3) for at økning av stegfrekvensen reduserer dorsalfleksjon i ankel og at å bruke feedback (visuelt/verbalt) med fokus på landingskreftene kan påvirke dorsalfleksjonen.

Plantar fascitt/fasciopati

Her er det en del uenighet blant ekspertene på om endring av løpsstil har en plass i tilnærmingen, men enkelte argumenterer for at man bør vurdere å endre fra forfot/midtfot til hælløping, men heller fokusere på da også å redusere steglengden, i alle fall for en kort periode. Et løpesett på forfot belaster plantarfascien i større grad enn ved hælløping. Det er begrenset evidens (EN:3) for at man kan redusere landingskreftene (vertical average loading rate VALR, vertical instantaneous rate VIRL) ved å bruke feedback/cues, f.eks. fokus på å redusere lyden når foten trefter underlaget. Begrenset evidens

(EN:3) for at økning av stegfrekvensen gir reduksjon av VARL, VIRL og vertical impact peak (VIP). Her er det også eksperter som oppgir å aldri ha lykket med løpsstilendring på denne type pasienter.

Akilles tendinopati

Her er det stor uenighet blant ekspertene om re-trening av løpestil



Enkelt hjelpemiddel for å redusere adduksjon hofter

har en sentral rolle. Her er kanskje load management viktigere, og fokus på å påvirke andre områder i underekstremiteten (som øke styrke i hofteekstensjon, redusere knefleksjon og dorsalfleksjon i løpesteget) blir nevnt som målrettede tiltak for akillettendinopater. Vær oppmerksom når pasienten kommer inn med en historie om egenhendig endring av løpssteg, f.eks. en tidligere hæl-løper som har funnet ut at barfotsløping er tingen for ham. Noen har da et landingsmønster helt fremme på tærne og kan ha nytte av å justere landingen sin bakover til forfot/mellomfot. Økning av stegfrekvens viser begrenset evidens for å redusere dorsalfleksjon og muskelbruk av m. soleus i standfasen. Det er begrenset evidens (EN:3) for å endre fra forfot til bakfot som strategi for å redusere kraftutviklingen i plantarflexorer og veldig begrenset evidens (EN:4) for at dette gir en redusert kraftutvikling spesifikt i m. soleus og gastroknemius.

Bakre leggsmerter

Styrketrening og load management blir dratt frem som viktigere enn å endre løpesteg. Du kan vurdere å endre fra forfot til mer midtfot eller bakfot, om bare for en begrenset periode. Evidensen og rasjonale er noe det samme som for akillettendinopater. Ekspertene drar frem styrking av leggmuskler, men også hele ekstensorapparatet og hamstrings, som viktigste tilnærming. Spesifikt ståhev og plyometriske øvelser. Som nevnt før vil en økning av frekvens gi en redusert aktivering av m. soleus (EN:3), så dette kan for noen være en hjelpsom tilnærming.

Medialt tibiasyndrom (stressyndrom)

De fleste ekspertene er enige i at endring av løpssteg bør vurderes for pasienter i denne kategorien. De fremhever fokus på å redusere landingskreftene og kutte inn på steglengden, samt redusere adduksjon i hofte, øke stegbredde (unngå kryssende steg) og øke hofteekstensjonen. Økt frekvens vil gi mindre dorsalfleksjon ankel (EN:3), redusert tibial akselerasjon (EN:3) og redusert kontaktkraft tibia (EN:4). Økning av stegbredde vil kunne



gi mindre eversjon av bakfot (EN:3), nedsatt intern inversjon i ankel (EN:3), anterior tensjon, posterior og medial kompresjon (EN:3) og mindre skjærende krefter (shear forces) på tibia (EN:3). Overdreven adduksjon av hofte kan også øke stresset på tibia og kan adresseres både med spesifikk styrketrening eller feedback under løping.

Skader i kne, hofte og lår

Patellofemoralt smertesyndrom

Det er bred enighet blant ekspertene om at re-trening er en viktig fremgangsmåte. Ofte ser man løpere som presenterer med økt hofteadduksjon og – rotasjon eller lang skrittlengde med medial kollaps. Foreslåtte tiltak er økning av stegfrekvens vil føre til mindre belastning i patellofemoralledet (PFL) og mindre knefleksjon (EN:1), i tillegg vil mindre energi bli absorbert i kneledet (EN:3). En mer fremoverlent posisjon på overkroppen kan gi redusert stress og økt kontaktflate i PFL (EN:3). En overgang fra bakfot til forfot viser også å gi mindre stress for PFL (EN:3). I tillegg kan reduksjon

av hofteadduksjon og steglengde være nyttig for denne gruppen pasienter (EN:3).

Løperkne

(iliotibialt smertesyndrom)

Ikke alle ekspertene anbefalte re-trening for denne gruppe, men for de som mente det var aktuelt, gikk rådene på å redusere adduksjon i hofte og øke steglengde (forhindre at føttene krysser midtlinjen). Ellers er tilnærminger som styrking gluteal muskulatur, tøyning og skumrulle nevnt som tiltak og re-trening av løpestil kan være et supplement til dette. Feedback for å redusere hofte adduksjon under løping har vist seg å redusere adduksjon og kontralaterale bekkendropp ved 3 måneders oppfølging (EN:3) og feedback for å øke stegbredden vil redusere maks adduksjon og ITB stress under løping (EN:3).

Patellar tendinopati

Re-trening kan vurderes som en tilnærming for denne gruppen, men skal gjøres med forsiktighet. Ikke alle ekspertene anbefalte dette. Sentrale fokusområder vil være å

→ redusere steglengde og øke frekvens, fokusere på mykere landing for å redusere kompresjonskreftene som påvirker kneet og vurdere om man skal endre til et løpesett med forfotskontakt. Tankegangen om virkningsmekanismer er mye det samme som for patellofemorale smerter (se over). Ved å gå over til et forfot/midtfot løpesett er tanken om å la fot, ankel og legg ta over mer av støtabsorberingen som kan ligge som en av årsakene til utvikling av patologi i senen og avlaste denne. Og uansett plage eller skade som ligger til grunn for å ville gå over til forfotsløping, skal dette gjøres med forsiktighet, så vi ikke ender med å erstatte et problem med et nytt.

Hamstringsskader

Kanskje ikke den første gruppen man tenker på, men flere av ekspertene mente re-trening ville være relevant for løpere som stiver av kneet i landing (bakfotsløping), men tankene om hvilke parametere som innvirker varierer (pelvis posisjon, trunkusposisjon, stegfrekvens, grad av kne- og hoftefleksjon i svingfase). En økning av stegfrekvens kan gi mindre kraftabsorpsjon og mindre intern ekstensjon i hofteledd (EN:3).

Gluteal tendinopati

De fleste ekspertene anbefalte re-trening med fokus på økning av frekvens og kortere steg, redusere adduksjon i hofte, samt inadrotasjon og hofte dropp (pelvic drop) på kontralateral side for denne gruppen pasienter. Økning av stegfrekvens vil gi redusert støtabsorpsjon i hofte, redusert hofteadduksjon og mindre aktivering av glutealmuskulatur i standfasen (EN:3). Bruk av feedback/cues under løping for å redusere adduksjon viser seg å gi redusert hofteadduksjon ved oppfølging etter både 1 og 3 måneder (EN:3)

Praktiske tips til gjennomføring

Redusering av steglengde og økning av frekvens går igjen som den mest benyttede intervensjonen. Disse to tiltakene følger ofte hverandre, så om fokus er på å redusere steglengden vil gjerne frekvensen øke og visa versa. For løperen kan det være et greit fokus å få foten nærmere



sitt gravitasjonssentrum, altså få føttene mer under kroppen og lener overkroppen mer frem. En bakoverlent truncusposisjon i kombinasjon med hælisset kan kjennes som at man bremser litt for hvert skritt, og dette gi mye kompresjon i kne og hofte. For å øke frekvens, kan en fremgangsmåte være å bevisst velge seg musikk med den rytmen man ønsker å løpe i, eller man kan laste ned en metronom til sin smarttelefon og løpe med denne på øret som taktholder (sistnevnte har jeg forsøkt selv og må si det var effektivt for å holde frekvensen, men grusomt irriterende i lengden). Økning av frekvens bør heller ikke endres mer enn 5-10 % av gangen (expert opinion), da man frykter at en for radikal endring vil lett føre til andre plager.

Løping på mølle under veiledning muliggjør direkte tilbakemeldinger fra terapeut, og man kan også bruke spill, sette en tape som markerer midtlinje på tredemølla, ha fokus på kontaktpunkt i foten ved landing (utside, innside, spiss fot, flat fot osv.) eller ha fokus på myke landinger og «demp» lyden fra landingen.

Tidlig i rehabiliteringen kan smerter og ubehag være til hindre for å få gjennomført re-trening, og ekspertene i nevnte studie har en noe ulik holdning til om det er greit å trene med noe smerter eller om det skal foregå helt smertefritt. Her er uansett deres rolle viktig for å sikre hensiktsmessig belastning for rehabiliteringen og utviklingen av nye skader. Flere eksperter mener at endring av løpssteg kan ha avgjørende skadeforebyggende mekanis-

mer, men dokumentasjon på dette foreligger ikke. Som dere har sett gjennom denne artikkelen, er heller ikke de fleste tiltakene støttet av sterk og godt dokumentert evidens. Uansett vil vi alltid måtte ta høyde for tilpasninger til den enkelte. Å drive evidensbasert praksis handler ikke bare om å ha kunnskap til beste dokumenterte, men ta inn over seg beste tilgjengelige empiri (din egen og andres) og tilpasse seg pasientens forventninger og verdier. Artikkelen inneholder en mengde sitater fra ekspertene som på god måte illustrerer deres tankegang og tilnærming til de ulike problemstillingene og kan være vel verdt å kikke på hvis du får spørsmål fra pasientene dine om temaet.

Kilder

1. Barton CJ ea. Running retraining to treat lower limb injuries: a mixed-methods study of current evidence synthesised with expert opinion. Br J Sports Med. 2016 April; p. 513-526.
2. Napier C CCTJea. Gait modifications to change lower extremity gait biomechanics in runners: a systematic review. Br J Sports Med. 2015; p. 1382-8.
3. van Tulder M FABCea. Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane collaboration back review group. Spine. 2003; p. 1290-99.

AlfaCare

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



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

www.alfacare.no

KURSKALENDER HØST 2016

Arendal	26.-27. august	Kinesiotaping trinn 1
Bergen	10.-11. september	Dry needling modul 1
Oslo	16.-17. september	Dry needling
Oslo	30. sep - 01. okt	Kinesiotaping trinn 1
Oslo	21.-22. oktober	Kinesiotaping trinn 2
Oslo	29. oktober	Togudag

For mer informasjon om våre kurs se:
www.alfacare.no/kurs

AlfaCare

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

Resultat av inntekts- og kostnadsundersøkelsen for 2014

Høsten 2015 ble det på oppdrag av HOD, KS, NFF, NMF og PFF gjennomført en inntekts- og kostnadsundersøkelse blant fysioterapeuter med driftsavtale.

I hovedtrekk viser denne undersøkelsen at kostnadene har økt betydelig mer enn forutsatt i takstforhandlingene i årene 2007 til 2014, at fysioterapeuter i snitt jobber 42 timer pr. uke, og at inntektsnivået til privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale ligger lavt i forhold til sammenliknbare grupper.



AV HENNING JENSEN
GENERALSEKRETÆR

Kostnads- og inntektsundersøkelsen ble bestilt som en følge av at fysioterapiorganisasjonene ved takstforhandlingene i 2014 kraftig påpekte at konsumprisindeksen (KPI) er en dårlig målestokk for utviklingen av kostnader for en fysioterapipraksis. Organisasjonene framholdt at mange av de elementene som inngår i KPI ikke inngår i det forbruket en fysioterapipraksis har, mens andre elementer i praksisen ikke inngår i KPI. KPI tar heller ikke høyde for endrede krav til lokaler, utstyr og faglig oppdatering.

Undersøkelsen ble gjennomført høsten 2015 med regnskapsåret 2014 som grunnlag. Til sammenlikning var en liknende undersøkelse gjennomført for regnskapsåret 2007.

Oppslutningen om undersøkelsen var dessverre lav – 3 357 fysioterapeuter ble invitert til å delta, 1 002 responderte på denne, men bare 496 (14,8 %) ble inkludert i materialet. Det ble imidlertid vurdert at de som var inkludert var representative for gruppen.

Inntektsutviklingen

Undersøkelsen viser at gjennomsnittet for alle utøvere er en brutto inntekt på kr. 960 000, kostnader på kr. 380 000 og dermed en næringsinntekt på kr. 580 000.

Det er i undersøkelsen også sondert mellom utøvere med forskjellig kompetanse. Således viser undersøkelsen at utøvere med A9 og A2k kompetanse har en næringsinntekt på ca. kr. 680 000, utøvere med A9 kompetanse har kr. 604 000 i resultat, og at utøvere uten spesiell kompetanse har en næringsinntekt på kr. 545 000.

Den inntekten som fremkommer er basert på at utøvere med A8-, A2k- og de uten spesiell kompetanse jobber 43 timer/uke, de med A9-kompetanse jobber 40 timer pr. uke. Tallmaterialet ovenfor kan omregnes slik at det tilsvarer lønnsinntekt og en arbeidsuke på 36 timer som er normen for fysioterapeuter med avtale. Årsresultatet som lønn blir da i gjennomsnitt for alle kr. 414 286, og spesifisert på de 4 kompetansekategorier:

1. Uten spesiell kompetanse kr. 380 233
2. A9-kompetanse kr. 453 000
3. A8- og A2k-kompetanse kr. 474 000

Sammenliknet med lønnen i industrien og i helseforetakene får man følgende resultater:

Sammenlikning med heltidsansatte i industrien	
Yrke	Månedslønn
	2014
Gjennomsnitt	42 500
Lederyrker	68 600
Akademiske yrker	56 000
Høgskoleyrker	49 500
Fys. A8 og A2k	39 500
Fys. A9	37 750
Kontor og kundeservice	37 300
Salg, service og omsorg	36 800
Håndverkere	36 100
Operatører, sjøførere	34 400
Uten krav t. utdanning	32 400
Fys. Ikke spesialisert	31 686

Som det fremgår av denne tabellen er gjennomsnittlig industriarbeiderlønn kr. 42 500 pr. måned i 2014, godt over alle kategorier av privatpraktiserende fysioterapeuter. Det ses også at privatpraktiserende fysioterapeuter uten spesiell takstkompetanse har en lavere inntekt enn ansatte i industrien uten krav til utdanning.

Sammenliknet med lønningene i industrien ses av tabellen at det er et langt hopp opp til ansatte med høyskoleutdanning.

Kilde SSB og IKU 2014

Gjennomsnittlig lønn for heltidsansatte i helseforetakene, etter kjønn, yrke, tid og statistikkvariabel		
Yrke	2014	
	Årslønn	Månedslønn (kr)
Fys. A8 og A2k kompetanse	474 000	39 500
Høyskoleyrker (snitt)	460 800	38 400
- sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere	470 400	39 200
- radiografer og audiografer	462 000	38 500
- sykepleiere	462 000	38 500
Fys. A9-kompetanse	453 000	37 750
- bioingeniører og -teknikere	451 200	37 600
- fysioterapeuter og ergoterapeuter	440 400	36 700
Salg-, service- og omsorgsyarker	415 200	34 600
- legesekretærer	372 000	31 000
- omsorgsarbeidere og hjelpepleiere	421 200	35 100
Håndverkere	397 200	33 100
Fys. Ikke spesialisert	380 233	31 686
Kontor- og kundeserviceyrker	373 200	31 100
- sekretærer	368 400	30 700
Yrker uten krav til utdanning	358 800	29 900
- rengjøringspersonale	355 200	29 600

Denne tabellen sammenlikner privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtaler og ansatte i helseforetakene.
Kilde SSB og IKU 2014

Utgiftsutviklingen 2007 – 2014
Undersøkelsen viser at kostnadene i perioden har økt med 103 % mens konsumprisindeksen (KPI) har gått fra 100 til 115,4. Dette er en økning på 15,4 %.

Det kan derfor konkluderes med at KPI ikke er en god indikator for pristigningen i en fysioterapipraksis. KPI fanger ikke opp økninger i kostnadene som er tilknyttet endrede krav til standard av lokaler, utstyr og

faglig oppdatering (kurs), resultatet er at det er utøverne som har måttet «ta» den differansen som er mellom den reelle kostnadsutviklingen og økningen av KPI i form av en lavere næringsinntekt.

PFF's krav ved takstforhandlingene 2016

Årets takstforhandlinger foregår i juni måned og skal være ferdige slik at ny takstforskrift er klar før 1. juli. PFF har fremmet krav om endringer i de enkelte takstene og kompensasjon for utviklingen i kostnader og lønninger i samfunnet for øvrig. I hovedtrekk krever PFF endringer i A2-takstene slik at de blir proporsjonale i timehonorar, og en ekstraordinær økning av kostnadskomponenten på bakgrunn av resultatet av inntekts- og kostnadsundersøkelsen som ble foretatt høsten 2015. Det er også fremsatt krav om en endring av beregningen av «potten», idet den metoden som hittil har vært i bruk ikke kompenserer for innføringen av nye elementer i takstsystemet.



AV HENNING JENSEN
GENERALSEKRETÆR

PFF's generelle krav er en økning av inntektskomponenten med 2,4 % og en økning av kostnadskomponenten med 13 %. Siden disse to komponentene vektet i forholdet 70 til 30 % gir dette et samlet krav på takstøkning på 5,6 %.

Krav om endringer i A2-takstene

PFF krever at Takstene A2a-c skal være proporsjonale i forhold til nåværende takst A2e. A2-takstene og endres slik at de baseres på en grunntakst A2a på 20 min. med tillegg av inntil 7x10 min. En tilleggstakst på 10 min. kalles A2txM der M står for antall ganger den skal repeteres, altså mellom 1 og 7. Økte utgifter skal dekkes inn av «friske» midler fra staten. Dette innebærer en økning av takstene A2a –c på ca. 14,5 % i tillegg til den generelle økningen som er krevd. Disse takstene skal i tillegg gjøres mer fleksible slik at endringer i tidsbruken for oppsatte pasientavtaler kan justeres med endring av takstene. En slik fleksibilitet finnes ikke i dag, da endringer i tidsbruken som oftest vil medføre et inntektstap for utøve-

ren. Det er også en svakhet i dagens system at tidsintervallene mellom takstene er for store, og derfor ikke i alle tilfeller kan fange opp endringer i tidsbruken for oppsatte avtaler.

Inntektsundersøkelsen viser at fysioterapeuter uten spesialkompetanse har sakkert akterut, og nå er honorert for sitt arbeid på linje med kontoryrker og et godt stykke under lønnsnivået til ansatte fysioterapeuter.

Helsenett - NHN

Ved årets takstforhandlinger krever PFF at taksten for tilkopling til NHN fjernes, og at det tilsvarende kronebeløpet avsatt for denne taksten fordeles på gjenværende takster. PFF foreslår i denne sammenhengen at utgiftene til kommunikasjon over NHN kompenseres via en økning av driftstilskuddet tilsvarende merkostnadene for NHN i forhold til en sikker internettlinje. Dette har spesialistene i klinisk psykologi fått gjennomslag for i sine forhandlinger.

PFF mener for øvrig at det er en bedre ide at staten senker kostnadene for tilkopling og drift av NHN, slik at den prisen som utøverne skal betale blir lavere. Dette vil også være til nytte for alle utøvere uten

avtaler med kommuner eller helseforetakene. Etter PFF's mening er det viktig at alle aktører i helsetjenesten kan kommunisere via NHN, og prisen for tjenesten er den viktigste hindringen i denne sammenhengen.

Dersom prisen for tilkopling og drift senkes for utøverne, vil staten spare omtrent samme beløp i kompensasjon til aktørene. PFF mener at det ikke er hensiktsmessig at staten krever inn en høy avgift for tilkopling

FYSIO
Laken
og oppbevaringsrør

GRANTON



arba Medisinsk
Arba Inkludering as
Postboks 128, 1309 Rud
Telefon 67 17 74 40
firmapost@arba.no
www.arba.no

og bruk på den ene siden, og på den andre siden at staten, kommunene og helseforetakene kompenserer for denne tjenesten gjennom takstsystemer og driftstilskudd. Ved denne praksisen vil utøvere som driver alene belastes uforholdsmessig mye ved bruk av NHN, mens netto utgift for staten er omtrent den samme, idet det må forutsettes at kommuner, helseforetak og HELFO i høy grad henter sine inntekter fra staten.

Elektroterapi taksten – A11

I dagens takstsystem er takst A11 ikke tidssatt selv om det utvilsomt medgår tid ved bruk av denne. Det medgår tid til å plassere pasient og apparatur, og i noen tilfeller til appliseringen idet enkelte modaliteter forutsetter at terapeuten

beveger utstyret i behandlingsområdet eller fra punkt til punkt i dette. Dette tar naturligvis tid, og PFF har derfor foreslått at det kan brukes en tids-tilleggstakst til takst A11 slik at bruken av elektroterapi blir korrekt registrert i forhold til takstsystemet.

Krav om metodegjennomgang

Innføring av nye takster eller økning av eksisterende takster som ikke dekkes inn av den prosentvise økningen av «potten», skal betales av staten eller pasientene i form av økte bidrag til «potten» tilsvarende forventet forbruk. Dette gjelder også når andelen utøvere med takstkompetanse øker i forhold til antall utøvere totalt. Når dette er tilfellet, leveres tjenester av en høyere kvalitet og effektivitet enn det staten og

kommunene betaler for. Slik systemet håndteres i dag, er det utøverne som betaler for disse forbedringene som kommer staten og befolkningen til gode.

PFF krever derfor at det settes ned et partssammensatt utvalg som gjennomgår dette og får som mandat å komme frem til en metode for fastsettelse av kostnadskomponenten, og hvordan innføringen av nye takster og endringer av krav til standard skal håndteres ved fastsettelse av «rammen». Dette var også et tema da det ved forhandlingene i 2014 ble bestemt å foreta en ny inntekts- og kostnadsundersøkelse.

NHN – Norsk helsenett

I forbindelse med at egenandelstak 2 automatiseres har HELFO sendt en melding til fysioterapiorganisasjonene om økt behandlingstid for innsendte refusjonskrav fra fysioterapeuter på CD/minnepinne eller papir må forberede seg på at utbetaling av kravene vil ta oppimot en måned som forutsatt i avtalen om direkte oppgjør.

Brukere av NHN vil ikke oppleve økt behandlingstid på innsendte refusjonskrav, her vil kravene bli utbetalt innen 5 dager.



AV HENNING JENSEN
GENERALSEKRETÆR

PFF ser på den økte behandlingstiden som en måte å presse fysioterapeuter til å etablere helsenettlinje på instituttet. PFF mener at det må bedre utgiftsdekning til fra statens side før det er økonomisk forsvarlig å etablere linje og betale den årlige kontingenten for dette. Alternativt ønsker PFF at prisen på tilkopling og drift reduseres, slik at staten i utgangspunktet tar en større andel av kostnadene direkte. Dette vil redusere behovet for kompensasjon til utøvere, og gjøre det rimeligere for utøvere uten driftsavtaler å bruke

helsenettet. PFF har fremmet krav om dette ved årets takstforhandlinger.

HELFO vil etter innføringen av automatisert egenandelstak kreve innsending av refusjonskrav hver 14. dag for å kunne sende ut frikort innen rimelig tid etter at egenandelstak 2 er nådd. PFF finner det bemerkelsesverdig at HELFO prioriterer behandling av krav og utsendelse av frikort innenfor en kort frist, mens utbetaling av refusjon til fysioterapeuter samtidig nedprioriteres. Det må tross alt forutsettes at kontroll av kravene er utført før frikort sendes ut, og da skal det vel også være mulig å utbetale refusjonen til fysioterapeuten innenfor samme frist (2 uker).

PFF mener i denne sammenhengen at staten ved HELFO har tatt en holdning som viser liten vilje til å bidra til finansieringen av sitt eget effektiviseringsbehov og pasientens behov for raskest og lettest mulig å få frikort. Fysioterapeuter med avtale har liten interesse i at det innføres kortere frister for innsending av krav, og har heller ikke noen stor gevinst ved tilkopling til helsenettet. Siden det ikke er endelig avklart hvordan kompensasjonen for tilkopling blir etter 01.07.2016 anbefaler PFF medlemmene ikke å kople seg opp til NHN før det foreligger en endelig avklaring fra statens side. Det forventes at en avklaring kan komme i forbindelse med takstforhandlingene.

Fjerning av Diagnoselisten og automatisering av egenandelstak 2

Regjeringen har bestemt at egenandelstak 2 skal automatiseres slik at pasienter automatisk får tilsendt frikort 2 når egenandelstaket er nådd. Dette medfører at fristene for innsending av oppgjør må endres, og at innsending av refusjonskrav via NHN prioriteres. Videre planlegges det å fjerne diagnoselisten fra takstforskriften fra 01.01.2017. Det er ennå ikke helt klart hvordan dette kommer til å virke inn på størrelsen av egenandelstak 2, eller om det i tillegg blir innført en annen type skjermningsordning for spesielle grupper.



AV HENNING JENSEN
GENERALSEKTRETÆR

Ved det forberedende møtet i forbindelse med takstforhandlingene orienterte staten om forestående endringer i takstforskriften. Stortinget har bestemt at egenandelstak 2 skal automatiseres fra 1.1.2017, og Helsedirektorat har fått i oppdrag å gjennomføre automatiseringen. Det planlegges videre at fjerne diagnoselisten fra takstforskriften og dermed honorartakst for personer med bestemte diagnoser.

Formålet med automatiseringen er at pasienten skal få frikort uten å søke om det. Automatiseringen av tak 2 vil bygge videre på den tekniske løsningen som er i bruk for egenandelstak 1.

Egenandelstak 2 gjelder egenandeler betalt for fysioterapi, tannbehandling, rehabiliteringsopphold og behandlingsreiser til utlandet. Helse- og omsorgsdepartementet har varslet at det vil komme en høring om automatisering av tak 2 før sommeren. For Helsedirektoratet vil det være viktig med bred involvering av de berørte partene gjennom referansegruppemøter.

Det er også bestemt at stortinget ønsker å avvikle sykdomslisten i takstforskriften, dette forslaget skal sendes på høring i første halvår 2016. Dersom dette gjennomføres vil automatiseringen gjelde alle pasienter som behandles hos fysioterapeuter med driftsavtale. Som en konsekvens av at alle pasienter dermed i utgangspunktet skal betale egenandel vil det bli rom for å senke egenandelstak 2.

Det er imidlertid ennå ikke helt klart om det i tillegg skal være en ytterligere skjerming av spesielt utsatte pasientkategorier, dette vil bli avklart når forslaget sendes på høring innen utgangen av juni.



Treffer du målet med din laser?

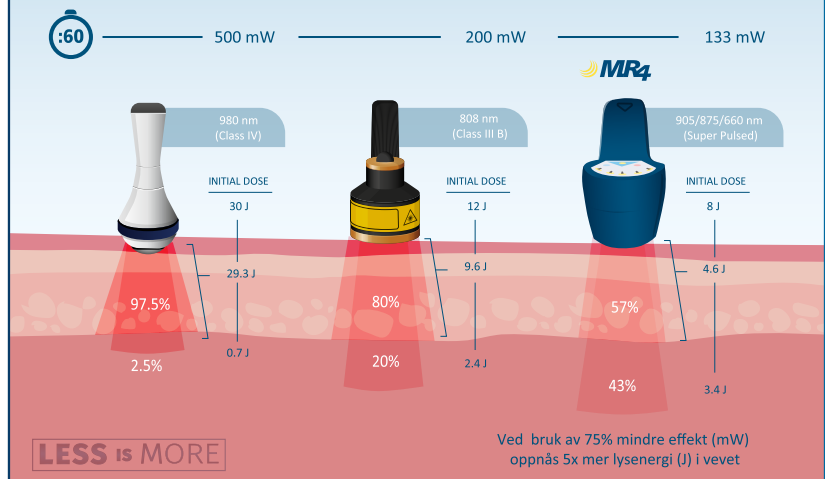
Eksklusiv teknologi & nyskapingner

Målet med photobiomodulation (laser) er å levere lys energi til vev som trenger behandling, for å redusere smerte og/eller øke sirkulasjonen.

MR4 super pulsert laser har en teknologi som gir en optimal energileveranse ved å kombinere tre klinisk bevist bølgelengder for vevspenetrasjon, 660 nm, 875 nm, og 905 nm.

Evidensbasert behandling fortjener evidensbaserte produkter™

LESS IS MORE: Det er bølgelengden og ikke antall mW som avgjør hvor dypt lysenergien når



THE PILLARS PAPER:



LAST NED DIN KOPI



LAST NED DEN NYESTE FORSKNINGEN

THE COMPARATIVE PILLARS PAPER:



LAST NED DIN KOPI

Forhandleravtale



Bli forhandler og få opptil **50% rabatt!**

www.biofreeze.no



Kontakt oss for forhandler priser



PINO FIT PHYSIOTAPE Pro Sport Kinesiology Tape

Tåler vann, svette og mye bevegelser
Kinesiology Tape for den aktive!

En tape som sitter!



Pino Pro Sport Kinesiology Tape består av et semi-syntetisk viskose-materiale og akryl-lim med høy hefteevne. Taper er vannavstøtende og har et sterkt lim som er skånsomt for huden og oppfyller alle sportslige krav.

Bli forhandler og få opptil **30% rabatt!**

The logo consists of a stylized circular icon on the left, composed of two interlocking, curved segments. The top segment is a vibrant green, and the bottom segment is a light grey. To the right of this icon, the word "PHYSICA" is written in a large, bold, sans-serif font in a dark grey color.

PHYSICA



Physica på vei til toppen!

Vi gir oss aldri - det ligger i vår natur.

Reisefølget øker daglig, bli med du også!

Medical Screening & Differential Diagnosis For Physiotherapists Matthew Newton

Godkjent for «Spesialist i Muskel- og Skjelett Fysioterapi» (tidligere «Spesialist i klinisk ortopedisk fysioterapi»). 25 timer

Tid: 07. og 8. oktober 2016

Sted: Romerike helsebygg, Damp-sagveien 2a Lillestrøm (rett ved Lillestrøm stasjon. 10 min fra Oslo og min fra Gardermoen)

Pris: PFF medlemmer kr. 3100
Andre: 4100

Påmelding: <http://fysioterapi.org/>
kurs innen 6. september 2016

Se utfyllende omtale om Mathew Newton og kurset.



Matthew Newton

MCSP, HCPC Reg, MMACP, MIMTA
Diploma in Injection Therapy
Chartered Physiotherapist (UK)
Extended Scope Practitioner
IMTA Tutor

Utdannet fysioterapeut i Sheffield 1988. Har siden arbeidet i ulike steder i Storbritannia og USA. Siden 1999 hatt en viktig rolle som «Orthopedic Physiotherapy Practitioner». Som primærkontakt har han også fått lang erfaring i vurderingen av blodprøver, røntgen, MR, ultralyd, og nerveledning. Han er også kvalifisert til å sette steroid-injeksjoner.

Dette krever god kunnskap om differensialdiagnostikk. Skille alvorlig

patologi fra patologi som er nevro-muskulær og mekaniske problemer,

En del av hans arbeid ble presentert på «Extend Scope Practitioner Conference» i London 2005.

Han er også medlem av IMTA – «International Maitland Teachers Association»
Medforfatter av Maitland's «Peripheral Manipulation» og medredaktør for «Peripheral and Vertebral Manipulation textbook»

Han holder ofte kurs for fysioterapeuter i Storbritannia og ellers i Europa. Jobber fortsatt som kliniker i tillegg til undervisning innen flere ulike sider av fysioterapien.

Denne gangen kommer han til oss med et tema som vi alle bør være ekstra oppmerksomme på: Differensialdiagnostikk. Hva bør få oss til å tenke på annet enn vårt vanligste muskel-, ledd- nervefokus? Når bør vi sende pasienten til andre? Kommer 7. og 8. Oktober 2016.

Matthew Newton's egen beskrivelse av innholdet i dette kurset:

Medical Screening & Differential Diagnosis For Physiotherapists

This 2-day course is comprised of lectures, case study presentations,

group discussions and practical sessions to enable you to integrate medical screening procedures into your physiotherapy practice.

The course will offer a comprehensive look at common neuromusculoskeletal and non-neuromusculoskeletal pathologies which require screening by Physiotherapists in the modern healthcare systems.

Evidence and procedures to make sound clinical judgements regarding medical screening and differential diagnosis to differentiate safely and efficiently between neuromusculoskeletal dysfunctions and serious pathology will be presented, to help the Physiotherapist decide when to treat or when to refer onto another profession.

Medical screening and differential diagnosis are essential components of autonomous practice and are within the scope of the Physiotherapy profession.

Medical Screening & Differential Diagnosis For Physiotherapists

Medical screening and differential diagnosis are essential components of autonomous practice and are within the scope of the Physiotherapy profession.

Learning Outcomes

Title

Medical Screening for Physiotherapists

Tutor

Matthew Newton MCSP, MMAPC, MIMTA

Learning Outcomes Theoretical:

1. Develop an awareness of signs and symptoms and differential diagnoses related to the viscera

2. Understand the broad spectrum of Red Flags
3. Understand the use and hierarchy of Red Flags in clinical practice
4. Differentiate safely and efficiently between musculoskeletal dysfunctions and serious pathology
5. Develop clinical reasoning skills to determine how best to manage a patient with non-mechanical presentations and/or serious pathology

Skills Gained

1. Integrate medical screening procedures into your physiotherapy practice
2. Develop an appropriate clinical examination of the neurological system

3. Learn clinical skills to identify and assess conditions that may require medical intervention
4. Develop improved clinical reasoning to distinguish key Red Flags and use the findings to effectively manage serious pathologies in a timely manner

Practical Application

1. All presented material can be integrated into clinical practice

Areas for further learning Develop appropriate clinical pathways to manage serious pathology in local clinical areas.

Skulderen, teori og praksis – Jeremy Lewis

Tid: 25. og 26. februar 2017

Sted: Romerike helsebygg, Damp-sagveien 2a Lillestrøm (rett ved Lillestrøm stasjon. 10 min fra Oslo og min fra Gardermoen)

Pris: PFF medlemmer kr. 3200
Andre: 4200

Påmelding: <http://fysioterapi.org/>
kurs innen 9. januar 2017

Om Dr Jeremy Lewis :

PhD. MSc. FCSP. MMAPC. Consultant Physiotherapist, Professor of Musculoskeletal Research, Sonographer and Independent Prescriber
Kjent som en av de 5 beste innen sitt felt i Storbritannia. Jobber både i sin private klinikk «London Shoulder Clinic» og for NSH – National Health Service. Viden kjent for sin undervisning og tilnærming når det gjelder undersøkelse og behandling av ulike skulderlidelser. Var du på årets kongress, hørte du Karen McCreesh også referere til ham.

Han er særlig interessert i seneproblematikk når det gjelder rotatorcuff, biceps og albu. Når det er indikasjon for det, gir han ultralydveiledet injeksjoner, også intra-artikulære hydro-distension prosedyre for kapsulitt / frozen shoulder som en del av rehabiliteringen.

Han får utrolig mye skryt av tidligere deltagere på kursene sine, både på hvordan han er som underviser og faglig.

Hans egen beskrivelse av kurset:

Course Description

This evidence-based theoretical and practical course is based on extensive clinical experience in assessment, diagnosis and rehabilitation of shoulder pathology, as well as extensive reference to research publications from a variety of disciplines. Innovative models of shoulder assessment including the Shoulder Symptom Modification Procedure (Lewis 2009 British

Journal of Sports Medicine) and methods for staging the assessment and treatment of rotator cuff tendinopathy will be presented and practiced. Emphasis will be placed on clinical reasoning to support management decisions. Participants completing this course will gain a greater understanding of the anatomy, biomechanics, assessment and evidence-based treatment of this interesting and complicated region of the body.

This course remains a 'work in progress' and is continually being updated with the emergence of new research and clinical understanding. As a result, many people have participated on two and some on three occasions. This course will be fun, thought provoking, and provide opportunity to discuss ideas and share experiences.

Se også mer om Lewis på www.LondonShoulderClinic.com

Forskningskurs for fysioterapeuter (to-delt)

Godkjent for «Spesialist i Muskel- og Skjelett Fysioterapi» (tidligere «Spesialist i klinisk ortopedisk fysioterapi»). 25 timer

Ved:

Svein Friis

– avdelingsoverlege ved Klinikk for forskning og undervisning ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo

Alice Kvåle

– professor ved universitetet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Per Grønås Farup

– Professor ved Enhet for klinisk forskning, NTNU i Trondheim

Målgruppe:

Godkjent fysioterapeuter

Tid:

Fredag 26.08 kl. 10.00-16.00 og
lørdag 27.08 2016 kl. 9.00-16.00

Fredag 23.09 kl. 9.00-16.00 og
lørdag 24.09.2016 kl.9.00-14.00

Sted:

Romerike helsebygg, Dampsagveien 2a Lillestrøm (rett ved Lillestrøm stasjon. 10 min fra Oslo og 10 min fra Gardermoen)

Pris:

PFF medlemmer kr. 4500.-
Andre: 5700.-

Påmelding gjelder for alle fire dagene: <http://fysioterapi.org/kurs>
Påmeldingsfrist: 01.07.2016

Ved avbestilling senere enn fire uker før kurs-start må hele kursavgiften betales.

Følgende tider og temaer:

Fredag 26.08

Svein Friis

09:30-10:00 Registrering

10:00-16:00

12.30-13-30

Lunsj

- Fagutvikling og forskning , hvorfor og hvordan?
- Planlegging av en undersøkelse
- Søk og valg av litteratur
- Valg av problemstilling
- Prosjektplanlegging
- Grunnleggende om statistikk

Fredag 23.09

Per Farup

09:00-16:00

12.00-13-00

Lunsj

- Ulike design for forskning
- Gruppearbeid
- Utforming av en forskningsprotokoll
- Gruppearbeid
- Lovverk
- Etske aspekter
- Feil/upålitelige forskningsresultater

Lørdag 27.08

Alice Kvåle

09:00-16:00

12.00-13.00

Lunsj

- Sentrale begreper
- Validitet
- Reliabilitet
- Målemetoder
- Evalueringsmetoder
- Tester mot klinisk praksis
- Klinisk kontrollerte forsøk
- Eksempel

Lørdag 24.09

Svein Friis

09:00-14:00

- Struktur og oppbygning av en artikkel
- Hvordan vurdere forskningartikler?
- Gruppeoppgave. Vurdering av vitenskapelig artikkel/ kritisk lesning (gjørne relatert til fysioterapi)
- Hvordan komme i gang med egen forskning?
- Oppsummering og evaluering

Nøyaktig tidsbruk på hvert tema og øvrige pauser er opp til foreleserne.

KURSOVERSIKT 2016

DATO	TEMA	STED
26.08 og 27.08 2016	Forskningskurs del 1 Svein Friis, Alice Kvåle	Lillestrøm
23.09 og 24.09 2016	Forskningskurs del 2 Per Farup, Svein Friis	Lillestrøm
07.10 og 08.10 2016	Medical Screening and differential diagnosis Mathew Newton (se omtale)	Lillestrøm
25.02 og 26.02 2017	Skulderen – teori og praksis Jermy Lewis	Lillestrøm (se omtale)

Se nærmere opplysninger på de forskjellige kursinvitasjonene

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

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

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

KURSKALENDER ULTRALYD

DATO	TEMA	STED
15. september	Basic – Eksamen	Apexklinikken, Oslo
16.-17. september	Basic – Modul 1 – Kne, ankel, fot	Apexklinikken, Oslo
28.-29. oktober	Advanced – Modul 7 – albue	Apexklinikken, Oslo
11.-12. november	Basic – Modul 2 – Skulder, albue og hånd	Apexklinikken, Oslo
01.-02. desember	Advanced – Modul 9 – Hofte	Aalborg, Danmark

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

OVERSIKT OVER OMI-KURS: se ominorden.com

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

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



Fremtiden er bærbar!

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



Nyhet!



Dreibar og 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.

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

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

Stativ/tilkoblinger

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

Programvare

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

Standard utstyr

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



Tralle medfølger.

Et vell av prober er også tilgjengelig.

MyLab™ Six

Samme gode funksjonaliteter, men stasjonær og større skjerm.

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

