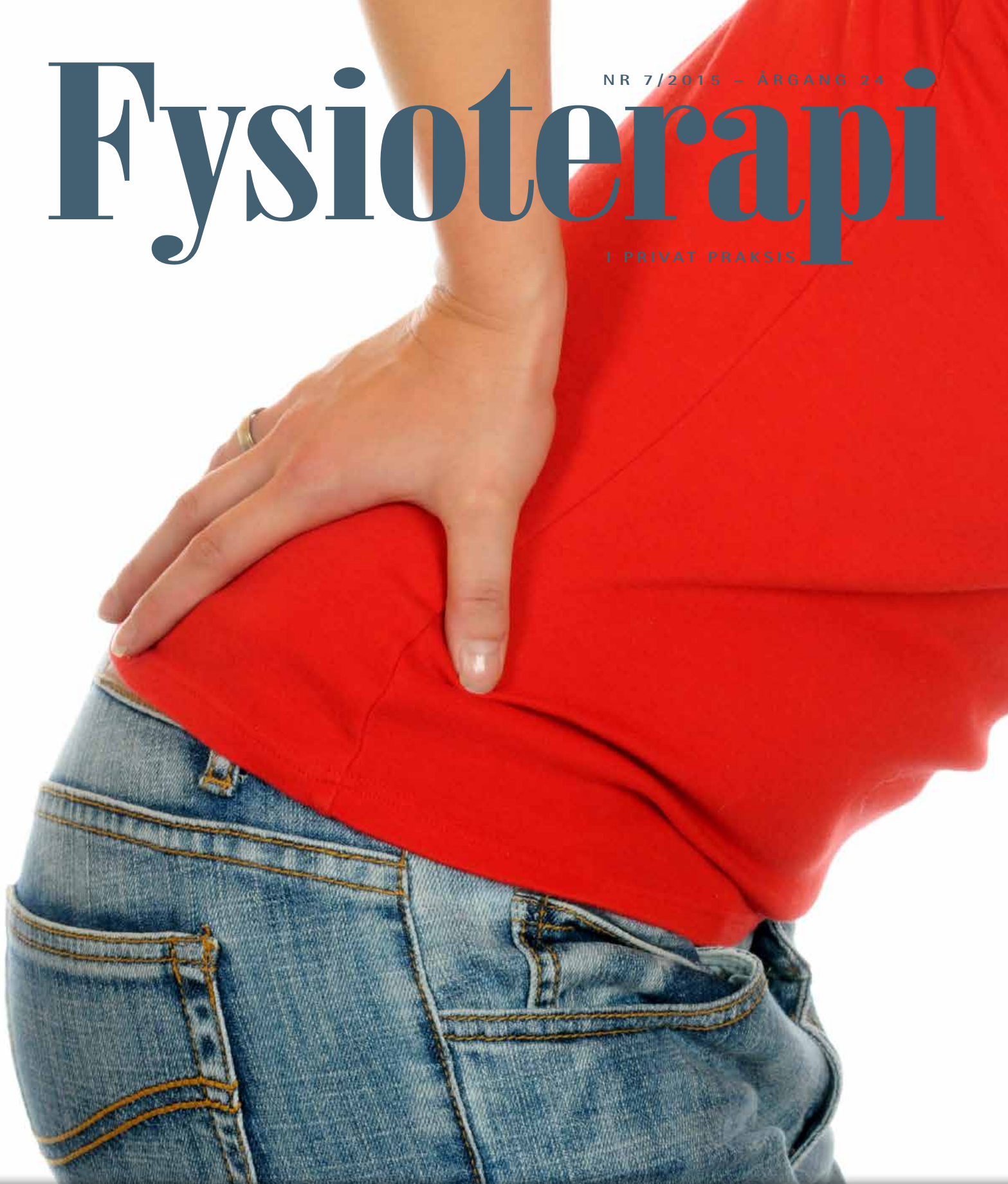


Fysioterapi

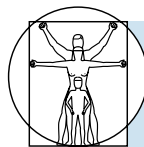
NR 7/2015 - ÅRGANG 24

I PRIVAT PRAKSIS



facebook

www.facebook.com/fysioterapi



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

twitter

www.twitter.com/fysioterapi





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!

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 nålevisualisering
- Dual-B
- Compound imaging, trapezoid
- 250 GB harddisk

Standard utstyr

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



Dreibar og høyoppløst medisinsk skjerm – overlegen bilde kvalitet!

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

Tralle medfølger.

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.



Et vell av prober er også tilgjengelig.



Innhold

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Nyttige webressurser for klinikerne ... | 4 |
| Behov for nøytral vurdering av A2K takstkompetanse | 6 |
| Hofte- og lyskeplagar blant utøvarar | 8 |
| Is- og kuldebehandling ved muskel- og skjelettplager – bør det brukes eller ikke? | 10 |
| Strid rundt Idrettens Helsesenter | 12 |
| Patella-Pubis Perkusjonstest (PPPT) | 16 |
| Side-stepping med strikk: Kroppsholdning avgjørende for aktivisering av glutealmuskulatur | 18 |
| Tradisjonelle hofteproteser kan vare i 35 år | 19 |
| Holdning | 20 |
| Ultralyddiagnostikk av ringbåndskader hos klatrere | 22 |
| Et personlig paradigmeskifte i praksis | 24 |
| Kurs | 28 |

Leder

Idrettens Helsesenter ble etablert i 2009 av Norges Fotballforbund og Norsk Toppfotball. Visjonen var å samle idrettsmedisinsk kompetanse og kvalitetssikre et behandlingsnettverk slik at fotballspillere fikk den beste behandlingen. Men ble det slik som fotballforbundet hadde tenkt seg? Ordningen har etter hvert høstet mye misnøye fra både utøvere og helsepersonell i Norge, og har blitt en kampsak for PFF's styre. I dette bladet kan du lese mer om hva styret mener om saken, og hvordan de vil arbeide fremover for å få bukt med det de i dag anser som en begrensning og et problem knyttet til behandlernetverket.



Redaktør Hilde Stette

I dette bladet har vi løftet frem hoften som tema. Vi nærmer oss vinteren og høysesong for hofteleddsfrakturer. Vi må naturlig nok snakke litt om det.

Skader i bekken-, lyske og hofteregionen er som vi vet også svært vanlig, og kanskje aller mest hos idrettsutøvere. Vi snakker da spesielt om idrett som innebærer raske løp, retningsendringer og spark. Derfor har vi i dette bladet tatt for oss skademekanismer, hvilke muskler som er mest rammet, og diskutert om vi kan stole blindt på bildediagnostikk når det kommer til hofte og lyske. Kanskje kan dette øke forståelsen for hva som skiller en utøver med hofte- og lyskeproblematikk fra en utøver som ikke har disse plagene. Håper du koser deg med bladet vårt!

God lesning!

*Redaktør
Hilde Stette*

Nyttige webressurser for klinikeren



AV LARS MARTIN FISCHER

Ny og oppdatert kunnskap er helt essensielt for at vi klinikere skal kunne levere et godt og sikkert produkt til pasientene våre. Evidensbasert praksis er målet, og for alle manuelle retninger er det en utfordring å bevege seg fra en empirisk tradisjon til en forskningsbasert praksis.

En årsak er at det rett og slett ikke foreligger mye konkret eller god forskning på mye av den behandlingen vi benytter, men også at etablerte klinikere har opparbeidet seg en praksis og arbeidsmetode som fungerer godt for pasient og behandler og kan være lite villige til å endre seg. Til dette er det viktig å huske at evidensbasert praksis hviler på 3 pilarer: 1 – Beste tilgjengelige evidens, 2 – Beste tilgjengelige empiri og 3 – pasientens verdier og forventninger. Internett flommer over av forskning, debattforaer og ressurser. Oppgaven med å sortere ut kunnskap og informasjon er altfor stor

for en terapeut med venterommet fullt til å takle. Heldigvis er det ivrige sjeler som har gjort denne jobben for deg.

Smertefysiologi

Dette temaet er uten tvil «den nye vinen» i manuelle terapiretninger siste 10-15 år. Temaet var helt fraværende da jeg tok fysioterapiutdannelsen, men nå er Explain Pain av Butler og Mosely på pensum i grunnutdanningen, en bok jeg anbefaler alle å lese, selv om den er ment som et hjelpemiddel for pasienter. Kunnskap om sentral sensitivisering, nedadstigende inhibisjon og fascilitering

har endret min tilnærming til pasienter med langvarige smerter, men det er ikke alltid lett å treffe den enkelte pasient med dette budskapet. Vi trenger konseptet forklart enkelt så både vi og pasientene kan forstå.

Retrain Pain (www.retrainpain.org) er en gratis nettside opprettet av 3 fysioterapeuter i New York. Her finner du et kurs om smerte i 8 deler med foredrags-slides. Her finner du en enkel forklaring på smertemekanismer, hvordan sensitivitet er til for å beskytte kroppen under tilheling og sammenligningen med smertesystemet som et alarmsystem.



Videre forklares det hvordan smerte alltid har to komponenter, afferente nerve-signaler til hjernen og sentralnervesystemets prosesser, hvordan descenderende inhibisjon og fascilitering fungerer, og til sist i kursrekken kommer tips om hvordan man kan bryte mønsteret ved å ha kunnskap om disse prosessene. Etter å ha gått gjennom undervisningsdelen, er det også 8 leksjoner i forhold til trening og søvn. Fra september i år vil det også bli tilgjengelig en versjon på norsk som kan være svært aktuell å introdusere for våre pasienter med langvarige smertetilstander.

Søker du etter artikler innenfor spesifikke områder relatert til smerte, anbefales et besøk til www.painscience.com. Siden drives av kanadiere Paul Ingraham som er utgiver av bladet Science Based Medicine. Selv er han ingen ekspert, men gjengir arbeidet til «de virkelige ekspertene». Siden finansieres ved salg av e-bøker, men er ellers helt fri for reklame, og artiklene der ligger fritt tilgjengelig. Siden fungerer som en blogg, der Paul tar opp temaer, kommenterer for og imot og legger ved relevante linker. Blant annet finner du et

langt innlegg om tøyning datert 1. juni i år som er vel verdt å lese, men du finner også korte innlegg med konsise poenger. Du finner informasjon om mange temaer, som plantar fasciitt, triggerpunkter og ryggsmarter, og siden kan være en snarvei til relevant kunnskap.

Lese forskning på egenhånd og relatere det til egen praksis?

Mange, meg selv inkludert, har nok sett på det å lese forskningsartikler nærmest som et nødvendig onde for å belyse en problemstilling i en avhandling eller oppgave og er kanskje likeglad så lenge vi finner en kilde som kan bygge opp under en påstand. Det å vurdere hvor relevant en forskningsartikkel er, byr på utfordringer og kan virke avskrekkende på mange. Med det veldige volumet med forskningsartikler som ligger ute på forskjellige databaser, er det ikke lett å holde stø kurs i navigeringen. Hvordan sikrer vi oss at vi finner valide svar fra forskningen, unngå bias i studier eller oppdage metodiske feil i forskning? Man kan lett bli svett av bare tanken. Sjansene er gode for at uansett hvilket fornuftig eller hårreisende standpunkt du måtte ha, kan du finne oppbacking i

en eller annen artikkel. Kollegaer imponeres og pasienter er tilfredsstilt når du står der med klare(?) fakta og en lang liste med kilder, mens du i virkeligheten har valgt deg ut de fakta som passer deg best?

Heldigvis er det hjelp å få, og det er gledelig å se at unge, norske terapeuter går ut i front her. Nettsiden Apply Research er opprettet av kiropraktor og fysioterapeut Jørgen Jevne og kiropraktor og legestudent Martin Bonnevie-Svendsen. Jevne har også gjort seg bemerket med innlegg i British Journal of Sports Medicine (BJSM). Gjennom 6 gratis webbaserte kortkurs og en ca. 40 siders e-book får du gode råd om hvordan du skal klare å kombinere forskning og etablere en levedyktig praksis.

– Det vi ønsker å formidle er hvordan forskningen kan være løsningen på mange av de praktiske problemstillingene som treffer unge klinikere som et godstog når de forlater skolebenken. Vi har forsøkt å fokusere på hvordan implementeringen av forskning vil gavne både klinikerne, pasienten og samfunnet. Dette har vi forsøkt å gjøre gjennom å gjøre forskningen tilgjengelig og forståelig, ved å presentere det som ofte er kjedelig akademia i en mer lettfattelig pakke hvor det er plass til humor, satire og populærvitenskap. – Jørgen Jevne, kiropraktor, fysioterapeut, co-funder ApplyResearch.

Å gi seg i kast med forskning kan virke som en uoverkommelig oppgave, men her kan du finne nyttige tips på hvordan komme i gang og på hvilken måte du kan relatere det til din praksis som terapeut. Å gi seg i kast med forskning betyr også at du må åpne deg opp for at etablerte sannheter i faget vårt kan bli motbevist, men er du villig er det både spennende og utviklende.



Behov for nøytral vurdering av A2K takstkompetanse



AV KJETIL NORD-VARHAUG
STYRELEDER PFF

Bakgrunn:

A2K taksten kan i dag benyttes av fysioterapeuter med spesialkompetanse godkjent av Spesialistkomiteen i NFF (Norsk Fysioterapeut Forbund). Også medlemmer av NMF og PFF må søke NFF om godkjenning til å bruke en takst selv om de er medlem i annet forbund.

I flere brev mellom PFF og NFF er kravene fra spesialistkomiteen til NFF formidlet. De sammenligner i realiteten PFF sine spesialister med egne spesialister, og setter krav til utfyllende kurs og kompetanse der de mener dette avviker fra egne krav.

PFF mener at det er urimelig at et annet forbund skal kunne avgjøre hvorvidt spesialister i PFF skal kunne benytte A2K taksten.

HOD og KS inviterer PFF til bordet

Etter mange år med monopol for NFF som part mot KS og HOD i forbindelse med takstforhandlinger og ASA4313, har PFF nå blitt tatt inn i varmen da man konkluderte med at en utelatelse var brudd på forvaltningsloven.

PFF mener at dette bekrefter at det er på tide å se også på NFF sin rolle som godkjenningssinstans overfor de forskjellige spesialitetene i fysioterapi.

PFF krever å få godkjenne egne spesialister:

PFF krever å få rett til å godkjenne egne spesialister. Det er ikke etablert en offentlig spesialistordning for fysioterapeuter, og så lenge det foreligger forbundsegne spesialistutdanninger og godkjenninger, mener PFF at vi burde ha anledning til å godkjenne kompetanse til de vi selv har utdannet.

NFF er inhabile:

NFF må anses som en inhabil part i forbindelse med godkjenning av spesialister fra PFF. NFF har en klar fordel av å nekte medlemmer i andre forbund godkjenning for bruk av A2K taksten, da dette vil føre til at disse medlemmene vil måtte

bytte forbund eller endre utdanningsinstitusjon for å få godkjent sin kompetanse.

PFF anser denne ordningen som konkurransevridende til fordel for NFF så lenge fysioterapeuter vet at de kun har en reell mulighet til å få betalt for sin kompetanse og utdanning så lenge de er medlem i NFF. At NFF har åpnet for at medlemmer av andre forbund skal kunne søke godkjenning endrer ikke dette, da vi har en rekke eksempler hvor disse søknadene blir avvist. Til nå har ingen fysioterapeuter utenfor NFF fått godkjenning for bruk av A2K taksten selv om flere har søkt, men fått avslag. Det er heller ikke etablert noen klageinstans. Formelle klager fra PFF til spesialistrådet har også blitt avvist med begrunnelsen at utdanningene har vesentlige avvik, selv om omfanget av spesialistutdanningene stort sett anses som tilsvarende.

I påvente av en offentlig spesialistordning

Det pågår i disse tider utredninger hvorvidt vi skal ha en offentlig spesialistordning for fysioterapeuter i Norge. Igjen er det NFF som har tatt initiativ til å fremme egne utdanninger, og det pågår en diskusjon hvorvidt de skal fremme kun manuellterapeutene som offentlig godkjente spesialister eller hele 5 forskjellige spesialister. PFF har støttet en offentlig spesialistordning for fysioterapeuter fremfor autorisasjon for manuellterapeuter, men frykter nå at dette arbeidet skal utelukke en rekke fysioterapeuter som ikke er organisert i NFF. PFF organiserer om lag 600 fysioterapeuter i privat praksis, mange av disse med kommunal driftsavtale og mange som helprivate fysioterapeuter uten avtale.

PFF mener at våre spesialistutdanninger må kunne godkjennes av eget forbund, hvis ikke NFF blir fratatt retten til å godkjenne alle spesialister, og Helsedirektoratet tar over oppgaven slik man nå har gjort for manuellterapeutene.

PFF sine spesialister:

PFF har to spesialistgodkjenninger i eget forbund.

- Spesialist i Klinisk Ortopedisk Fysioterapi
- Spesialist i Muskel og Skjelett Ultralyd

Rollen tildelt av HOD før PFF ble tatt med i takstforhandlingene

A2K taksten ble fremforhandlet i takstforhandlingene mellom HOD og NFF i 2011. I den forbindelse med NFF tildelt rollen med å godkjenne spesialister med A2K kompetanse av HOD. Etter dette har HOD slått fast at utelatelse fra forhandlingene av PFF var lovstridig, og dette lovbruddet hadde pågått i 30 år.

PFF mener at denne tildelingen nå må revurderes da både NMF og PFF nå deltar i takstforhandlingene, og at det derfor ikke lenger er naturlig at NFF skal løse denne oppgaven alene.

At NFF sin spesialistordning ble lagt til grunn i 2011 var naturlig så lenge kun NFF deltok i forhandlingene, men i dag er forbundene sidestilt, og det er derfor ikke naturlig at NFF fortsatt skal sitte med en slik særskilt rolle.

Usaklig forskjellsbehandling:

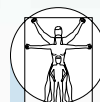
Vi viser for øvrig til at forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi er gitt med hjemmel i folketrygdloven og helse- og omsorgstjenesteloven. I forvaltningsretten gjelder et likhetsprinsipp. Det finnes ingen saklige grunner til at NFF skal ha enerett til å godkjenne kompetanse, når PFFs godkjenningsordninger tilfredsstiller alle faglige krav. Det er derfor et brudd med likhetsprinsippet i forvaltningsretten når det bare er NFF som kan godkjenne kompetanse. Eneretten til NFF må videre anses som usaklig forskjellsbehandling.

Spesialistgodkjenning i eget forbund eller hos Helsedirektoratet.

PFF ser for seg to scenarioer. Det ene scenarioet vil bety at PFF sine spesialistkomiteer får myndighet til å godkjenne egne spesialister, også med tanke på bruk av A2K takst.

Det andre scenarioet betyr at Helsedirektoratet tar over oppgaven med å godkjenne spesialister fra både NFF og PFF. Dette sikrer i så fall en nøytral vurdering, hvor forbundspolitiske forhold ikke får påvirke utfallet.

PFF har sendt inn disse kravene til HOD og Helsedirektoratet.



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

Personlig Enkelt Tilgjengelig

Vi er stolte over å være PFFs samarbeidspartner på forsikring og har opprettet et eget team som kjenner både avtalen og de behovene medlemmene har for forsikring. Ta kontakt med oss så hjelper vi deg med en gjennomgang av ditt og bedriftens forsikringsbehov.



Stein O. Sando
Telefon: 913 69 556
E-post: stein.o.sando@if.no



Geir Morten Sørensen, daglig leder
Telefon: 22 51 13 73/930 18 581
E-post: geir.morten.sorensen@if.no

Dette er forsikringspakken vi tilbyr PFFs medlemmer til en spesielt gunstig pris:

| Forsikringstype | Pris per år |
|-------------------------------------------------|-------------|
| Sykeavbrudd med 1 000 kr i dagserstatning | 14 480 kr |
| Personalforsikring uførhet ved ulykke og sykdom | 7 526 kr |

Andre forsikringer med PFF-rabatt

- Klinikkforsikring
- Pensjonsforsikring (OTP)
- Europeiske Reiseforsikring
- Helseforsikring
- Bilforsikring

For mer informasjon, ring oss eller gå inn på www.forsikringspartner.no

Forsikringspartner
medlem av assurandør.no





Hofte- og lyskeplagar blant utøvarar

Skadar i bekken-, lyske og hofteregionen er svært vanleg hjå idrettsutøvarar. Skadefrekvensen er særlig høg i idrettar som inneberer mellom anna raske løp, retningsendring og spark. I denne artikkelen skal vi ta for oss skademekanisme, kva for muskulatur som vert hyppigast ramma og om vi kan stole blindt på bilete-diagnostikk. Målet er å få ei betre forståing av kva som skil ein utøvar med hofte/lyskeproblematikk, frå ein utøvar som ikkje har desse plagene.



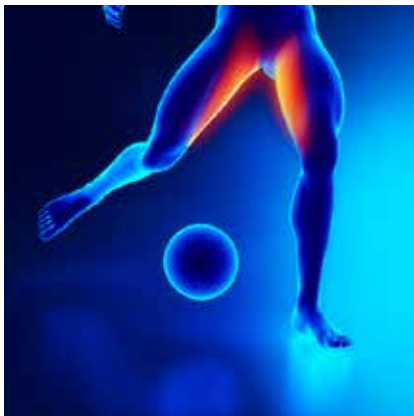
AV FYSIOTERAPEUT
NINA PAULSEN

Hofteskarar førekjem ofte i kontakt-idrettar og hjå utøvarar som stadig belastar hofta i retningar som adduksjon, abduksjon, innadrotasjon og utadrotasjon. Idrettar med høg føre-

komst av lyskeskarar kjenneteiknast ofte av hyppige spark og retningsendringar som belastar musklar, fascie og andre strukturar som er med å stabilisere bekken og hofter. Dette kan resultere i vevsskade og/eller inneklemming av strukturar som kan føre til hofte- og eller lyskesmerter, noko som vidare kan føre til fråvær frå idrett. Lyskeskarar er den fjerde vanlegaste skadetypen i fotball på elitenivå (1).

Diagnostisering av akutte lyskeskarar

Ein forskingsgruppe frå Aspetar har gjennomført ein stor tverrsnittstudie frå august 2012 til april 2014 (2). Her rekrutterte dei totalt 110 mannlege idrettsutøvarar (mellom 18-40 år) med akutte sportsrelaterte lyskesmerter. For å verte inkludert måtte utøvarane ha ein akutt skade i lyskereionen og kome til undersøking på klinikken innan 7 dagar etter skaden oppstod. Utøvarane gjennomgjekk ei standardisert anamnese,



klinisk undersøkning og magnetresonans-tomografi (MR) og/eller ultralyd (UL). Resultata frå studien viste at spark var den hyppigaste skademekanismen innan fotball (40 %), medan retningsendring var den mest utløyssande skademekanismen i andre idrettar (31 %).

Adduktorskadar mest vanleg

Den kliniske undersøkinga i den prospektive studien (2) kom fram til at skadar i adduktormuskulaturen stod for 66 % av alle tilfella. Primært innebar dette skade på m. adduktor longus. Totalt 91 % av desse skadane vart bekrefta på ultralyd, medan 93 % vart oppdaga på MR. Skade i m. iliopsoas og proksimale del av m. rectus femoris var også vanleg og innebar 15-25 % av alle skadetilfella. Ved desse skadane var ikkje ultralyd og MR like presist som ved adduktorskade. Av dei klinisk diagnostiserte adduktorskadane, var det kun 3-6 % som viste ei anna skade på UL eller MR. Ved skade på m. iliopsoas eller m. rectus femoris, viste resultata frå biletdiagnostikken noko anna enn den kliniske undersøkinga i 35-46 % av tilfella. Dette inneberer at det ikkje alltid er samsvar mellom funn på klinisk undersøkning og biletdiagnostikk ved

akutte lyskeskadar. Likevel ser ein at ein kan vere ganske treffsikker på den kliniske diagnosen ved adduktorskadar, dersom ein gjennomfører ei presis undersøkning.

Kva skil utøvarane frå kvarandre

Årsaken til hofte- og lyskeplagar er ofte multifaktoriell. Forskarar har trekt fram at tidlegare skader, høg alder, nedsett muskelstyrke i adduktormuskulatur og nedsett rørsleevne i hofte kan vere med å auke risikoen for hofte- og lyskesmerter (3). Klinisk diagnostisering gjennom systematisk undersøkning er blitt anbefalt med varierende resultat (4).

I en ny meta-analyse frå 2015 (3), har dei sett på kva som skil ein utøvar med hofte/lyskeproblematikk frå ein utøvar som ikkje har dette problemet. Resultata viste at det var sterk evidens for at utøvarar med hofte- og lyskeplagar hadde lågare score på subjektive kartleggingsverktøy (HAGOS, HOOS og SF-12) og smerte og redusert styrke ved adduktor-squeeze-test. I tillegg hadde dei same utøvarane redusert rørsle i medialrotasjon og ved «Bent-Knee-Fall-Out-test» i hofte, samt endra muskelfunksjon i trunkus samanlikna med friske utøvarar.

Oppsummering

For fysioterapeutar og andre kliniskarar er det viktig å gjere ei grundig undersøkning av utøvarar med hofte- og lyskeplagar. I anamnesen bør ei stille spørsmål rundt skademekanisme og tidlegare skadar, og ulike kartleggingsverktøy, smertescore, og test av styrke og rørsleevne bør stå sentralt i den kliniske undersøkinga av desse pasientane. Det er viktig å vite at det ikkje alltid er samsvar mellom funn frå den kliniske undersøkinga og biletdiagnostikken.



Kjelder:

1. Bahr et al (2014) Idrettsskader: diagnostikk og behandling. Bergen: Fagbokforlaget.
2. Serner et al. (2015). Diagnosis of Acute Groin Injuries: A Prospective Study of 110 Athletes. Am J Sports Med, 43(8):1857-64.
3. Mosler et al. (2015). Which factors differentiate athletes with hip/groin pain from those without? A systematic review with meta-analysis. Br J Sports Med.;49(12):810
4. Holmich, P (2004). Clinical examination of athletes with groin pain: an intraobserver and interobserver reliability study. Br J Sports Med;38:446-51.



Is- og kuldebehandling ved muskel- og skjelettplager – bør det brukes eller ikke?

Til tross for mangel på dokumentasjon, har is og kulde i mange år stått sentralt i behandlingen av skader og smertefulle tilstander i muskel- og skjelettapparatet. Bruk av is har blant annet vært en viktig del av PRICE-prinsippet ved akutte skader. Er det på tide å revurdere bruken av disse tiltakene i vår kliniske hverdag?



AV FYSIOTERAPEUT
NINA ERGA SKJSETH

RICE-prinsippet kom på banen først på slutten av 1970-tallet, da Dr. Gabe Merkin ga ut sin verdenskjente bok om idrettsmedisin og behandling av idretts-skader. I senere tid har det vært mye diskusjon om «Ice» bør være en del av det som nå kalles PRICE- eller POLICE-prinsippet, ettersom den evidensbaserte effekten av tiltaket er varierende.

Chris Bleakley og medforfattere (1) har tidligere oppsummert at det ikke finnes evidens som støtter bruk av is og kompresjon over kompresjon alene ved akutte skader. Enkelte studier har allikevel vist at is og trening kan ha en positiv effekt, og disse resultatene har blitt funnet hos personer med ankelskader og postoperative problemstillinger (1). I en studie fra 2013 (2) ble 24 utøvere oppfordret til å gjennomføre intensiv eksentrisk styrketrening for å skape betydelig muskelskade og DOMS. Gjentatte runder med nedkjøling i etterkant av treningsøkten ga redusert lokal hevelse, men det var ingen positiv effekt på muskelrestitusjonen på lang sikt. Samme funn har blitt funnet i andre lignende studier (3).

Vevstilheling krever betennelse

Når kroppen blir utsatt for et traume, setter immunsystemet i gang en betennelsesprosess, der enkelte typer celler og proteiner er avgjørende for å oppnå vevstilheling. Disse betennelsescellene frigjør et hormon (IGF-1) inn i



det skadde området, for å fremskynde tilhelingsprosessen i muskler og andre skadde strukturer. Ved å påføre is på skadet området for å redusere hevelse, har man sett en reduksjon i frigjøringen av dette hormonet. Is eller kulde fører til sammentrekning av blodårer, som igjen gir redusert blodstrøm og færre proteiner og hormoner inn til vevet som er skadet. Det hevdes at blodårene ikke åpnes for fullt før mange timer etter påføringen av is. Redusert blodstrøm kan forårsake celledød, nekrose og til og med permanente nerveskader. Alle faktorer som reduserer inflammasjonsprosessen vil kunne forsinke vevstilhelingen etter skader. Dette gjelder både kortisonbehandling, NSAIDs og is eller kulde (4).

Påvirker fysiske egenskaper

I idretten blir is ofte benyttet som en hurtigvirkende behandling for å hjelpe skadde utøvere å komme tilbake i kamp eller konkurranse. Selv om is kan redusere smerte, har man sett at det kan ha en negativ innvirkning på utøverens styrke, fart, utholdenhet og koordinasjon (4). En kort periode med oppvarming har imidlertid vist seg å føre til gjenvinning av normal styrke, hurtighet og koordinasjon. I mange studier har man benyttet is i 20 minutter eller mer. Det har derfor blitt foreslått at is som korttidsbehandling for å redusere hevelse og smerte bør gjennomføres i mindre enn fem minutter, etterfulgt av en progressiv oppvar-

ming før man returnerer til aktivitet eller spill (4,5).

Dr. Merkin sine anbefalinger

Dr. Gabe Merkin har selv kommet med noen anbefalinger rundt bruk av is ved akutte skader. Dersom skaden er begrenset til muskulatur eller andre bløtvevsstrukturer, anbefaler Dr. Merkin 10 min med isbehandling, etterfulgt av en pause på 20 min, før man påfører is på nytt i 10 min. Han mener at det ikke er nødvendig å ise ned det skadde området etter det har gått seks timer siden skaden oppstod. Han påpeker også at rehabiliteringen bør starte påfølgende dag ved relativt små skader (4).

Hva med kalde bad?

Toppidrettsutøvere i ulike treningsmiljøer har i flere år benyttet kalde bad etter trening for å kjøle ned muskulaturen og fremme restitusjonsprosessen. Nå viser studier at bruk av kalde bad kan ha negativ effekt på økningen i muskelmasse og muskelstyrke etter styrketrening (6).

Tidligere studier har vist at man kan oppnå positiv effekt på restitusjonen ved å benytte isbad etter harde treningsøkter (7). Man kan blant annet redusere stølheth (DOMS) og sårhet i muskulaturen ved å kjøle ned muskulaturen etter trening, noe som kan være gunstig for idrettsutøvere som har mange konkurranser over en kort periode. Nylig har forskere ved Norges idrettshøgskole og Australia publisert studier som viser at det å benytte kalde bad etter styrketrening derimot kan redusere treningseffekten.

I den ene studien (6) gjennomførte 21 veltrente menn styrketrening to ganger i uka over 12 uker, der halvparten av deltakerne satt i kaldt vann (ti grader) til navlen i ti minutter etter trening, mens de resterende deltakerne syklet i ti minutter uten motstand. Resultatene viste at deltakerne som syklet etter trening oppnådde 60 prosent økning i muskelstyrke, mens de som satt i kaldt vann kun fikk 40 prosent økning i styrke. Når det gjaldt økning i muskelmasse i beina var denne halvert for deltakerne som tok kalde bad. Den andre studien (6), tok for seg den akutte effekten av kalde bad etter styrketrening. I denne studien gjennomførte ni menn to styrketreningsøkter, med eller uten kaldt bad i etterkant. Det ble tatt biopsier av muskulaturen både 2, 24 og 48 timer etter treningen.

Analysene viste at signalene som skal føre til at muskelen vokser, ble kraftig redusert etter det kalde badet.

Oppsummering

Det er lite dokumentasjon som støtter bruk av is ved akutte skader i muskel- og skjelettapparatet. Det har blitt foreslått at isbehandlingen bør være intermitterende og begrenses til 10 minutter, og det bør være forbeholdt de første seks timene etter skade. Langvarig bruk av is kan redusere inflammasjonen og forsinke vevstilhelingen, noe som kan forlenge skadeperioden. Bruk av kalde bad har vist seg å redusere effekten av styrketreningen, selv om det kan ha en gunstig effekt på smerte og restitusjon.

Kilder:

1. Bleakley, C., McDonough, S., & MacAuley, D. (2004). The use of ice in the treatment of acute soft-tissue injury: a systematic review of randomized controlled trials. *Am J Sports Med*, 32 (1), ss. 251-61.
2. Guilhem, G., Hug, F., Couturier, A., Regnault, S., Bournat, L., Filliard, J. R., et al. (2013). Effects of air-pulsed cryotherapy on neuromuscular recovery subsequent to exercise-induced muscle

damage. *Am J Sports Med*, 41 (8), ss. 1942-51.

3. Tseng, C. Y., Lee, J. P., Tsai, Y. S., Lee, S. D., Kao, C. L., Liu, T. C., Lai, C., Harris, M. B., Kuo, C. H. (2013). Topical cooling (icing) delays recovery from eccentric exercise-induced muscle damage. *J Strength Cond Res*, 27(5), ss. 1354-61.
4. Mirkin, G (2014). Why Ice Delays Recovery. 16. Mars, 2014. Hentet den 10.09.15 fra: <http://drmirkin.com/fitness/why-ice-delays-recovery.html>.
5. Ho, S. S., Illgen, R. L., Meyer, R. W., Torok, P. J., Cooper, M. D., & Reider, B. (1995). Comparison of various icing times in decreasing bone metabolism and blood flow in the knee. *Am J Sports Med*, 23 (1), ss. 74-6.
6. Roberts, L. A., et al. (2015). Post-exercise cold water immersion attenuates acute anabolic signalling and long-term adaptations in muscle to strength training. *J Physiol*, 593 (18), ss. 4285-301.
7. Leeder, J., Gissane, C., van Someren, K., Gregson, W., & Howatson, G. (2012). Cold water immersion and recovery from strenuous exercise: a meta-analysis. *Br J Sports Med*, 46(4), ss. 233-40.



Strid rundt Idrettens Helsesenter

Idrettens Helsesenter ble etablert i 2009 av Norges Fotballforbund og Norsk Toppfotball. I 2014 ble Norges Fotballforbund eier alene. Visjonen var å samle idrettsmedisinsk kompetanse og kvalitetssikre et behandlingsnettverk slik at fotballspillere fikk den beste behandlingen. Men ble det slik som fotballforbundet hadde tenkt seg?

AV PFF STYRET

Stor misnøye

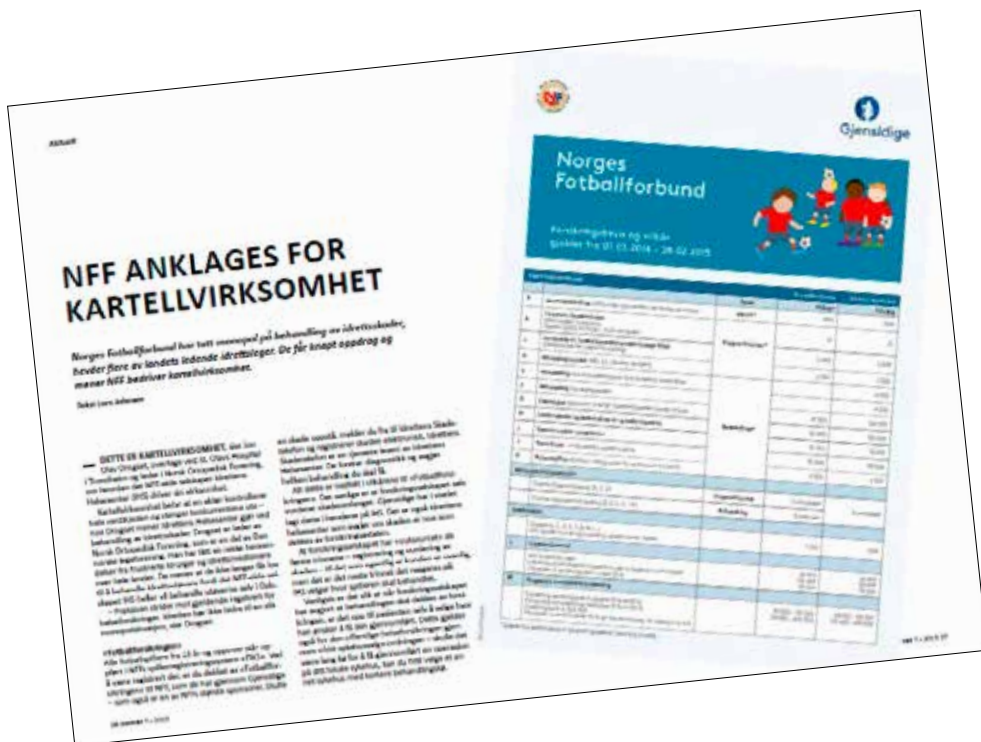
Ordningen har etter hvert høstet mye misnøye fra både utøvere og helsepersonell i Norge. Stadig flere spillere blir transportert til Oslo for operasjon på Idrettens Helsesenter, og klubbens tidligere fysioterapeuter og leger får ikke lenger lov til å behandle spillerne på vegne av forsikringen fotballforbundet har via Gjensidige.

Ordningen stenger ute noen av landets beste idrettsmedisinere, noe som til slutt går ut over utøverne, uttaler dr. Jon Olav Drogset, leder i Norsk Ortopedisk Forening, og dr. Inggard Lereim, professor dr.med. ved NTNU, til fotballtidsskriftet Josimar.

Flere fysioterapeuter med ansvar for tippeligaklubber blir også intervjuet i artikkelen i Josimar, og kan fortelle om spillere som nektes behandling hos anerkjente ortopeder fordi Idrettens Helsesenter ikke har avtale med den aktuelle legen eller sykehus.

Artikkel i fotballtidsskriftet Josimar

I starten av september 2015 publiserte journalist Lars Johnsen en dybdeartikkel i Josimar som tar for seg ordningen med lisensforsikringen fotballforbundet selger og organiseringen av Idrettens Helsesenter (IHS). Ortopeder, idrettsleger og fysioterapeuter med lang fartstid innen fotballen i Norge stiller seg sterkt kritiske til måten Idrettens Helsesenter administrerer forsikringsordningen til Gjensidige på, og flere har latt seg intervjuet i forbindelse med artikkelen. Dr. Jon Olav Drogset, leder i Norsk Ortopedisk Forening, uttalte til Josimar at de ville ta dette opp i etisk råd i Legeforeningen, og at han var sterkt kritisk



til at spillere ble nektet behandling hos anerkjente ortopeder ved andre private klinikker. I dag er det slik at over 60 % av spillerne som trenger operasjon, må reise til Oslo for operasjon på IHS.

Medisinsk leder Thor Einar Andersen ved IHS avviser kritikken og uttaler i en kommentar til NRK Østlandssendingen at han anser dette som sutring fra ortopeder som ikke lenger får operere så mange idrettsutøvere. Han tror medlemmer i ortopediforeningen kan ha sine egne motiver for å svartmale ordningen.

– Noen ganger når man får kritikk, kan det være fordi ordningen er bra. Det kan kanskje gå ut over enkelte behandlere, som får litt mindre å gjøre i perioder, uttaler Andersen til NRK.

PFF leder Kjetil Nord-Varhaug ble også intervjuet av Josimar i forbindelse med artikkelen, da PFF styret tidligere har uttalt seg sterkt kritiske til ordningen som ikke sikrer fri konkurranse om valg av forsikringsleverandør og derfor ska-

per et monopol hos de som Gjensidige og IHS velger å samarbeide med.

PFF styrets kommentar til Josimar

Kjetil Nord-Varhaug, styreleder i Privatpraktiserende fysioterapeuters forbund, mener det er et merkelig system at NFF kjøper forsikringen fra Gjensidige, og Gjensidige kjøper behandling tilbake fra NFF.

– Vi mener at ordningen er svært uheldig. I utgangspunktet burde det være mulig å velge forsikringsleverandør.

Men når systemet er som det er, burde forsikringen i hvert fall ikke være låst slik den er i dag – der IHS velger hvor du skal behandles. De har dermed null konkurranse. Og klubb eller spiller får ikke dekket utgiftene om de ønsker å bruke en lokal behandler, sier Nord-Varhaug.

Problematiske eierforhold?

Samlokaliseringen mellom den private

klinikken Best Helse Nordstrand og IHS ble også tatt opp som et potensielt problem i artikkelen i Josimar. Ledelsen i IHS sitter også med betydelige eierandeler i Best Helse som fungerer som utleier av lokaler til IHS. Denne rollefordelingen har skapt mye diskusjon i miljøene da spesielt klinikker i Oslo-regionen rapporterer om problemer med å få innpass i behandlernettverket til IHS.

PFF tok dette opp med ledelsen i IHS samt fotballforbundet, men fikk bekreftet at denne organiseringen ikke er noe man anser som problematisk fra deres hold, men så lenge konkurrerende virksomheter til Best Helse i Oslo-regionen opplever å bli nektet adgang til behandlernettverket, vil diskusjonen fortsette om valgene IHS gjør er faglig begrunnet eller har årsak i markedsmessige strategier.

PFF mener at det er uheldig at daglig leder og avdelingsleder ved IHS sitter med store eierandeler i en privat helseklinikk som også behandler pasienter på vegne av IHS. De har en tydelig egeninteresse i å holde konkurrenter ute av behandlingsnettverket, og så lenge organiseringen er slik vil mistanken alltid vedvare. Uansett om styret i fotballforbundet ikke finner dette problematisk.

Gjensidige på sin side opplyser til Josimar at de nå har en dialog med IHS vedrørende daglig leder Espen Rooth sin dobbeltrolle som leder for både Best Helse og IHS.

– Dette aktuelle spørsmålet har vi nå en dialog med dem om. Det er viktig for oss at det er ryddige forhold hos våre samarbeidspartnere, sier Øystein Thoresen hos Gjensidige til Josimar.

Konkurranselovens paragraf 11 omhandler forbud mot «utilbørlig utnyttelse av dominerende stilling»

Med sin forsikringsavtale med Gjensidige har NFF en klart dominerende stilling der de kontrollerer hele kjeden. Spørsmålet er om de utnytter denne dominerende stillingen ved å gi oppdragene til seg selv og sin samarbeidspartner Best Helse AS, skriver Josimar i sin artikkel.

Når NFF inngår avtaler om pålagte forsikringer for fotballspiller utøver man klart nok økonomisk virksomhet, mener advokat Bjørn A. Immonen. Dette er det grunnleggende vilkåret for at konkurranseloven skal komme til anvendelse. I kraft av sin monopolsituasjon vil NFF nødvendigvis ha en dominerende stilling ved slike avtaleinngåelser.

– Konkurranselovens paragraf 11 oppstiller et absolutt forbud mot «utilbørlig utnyttelse av dominerende stilling». Det gjelder i utgangspunktet intet generelt forbud mot å være dominerende, men bestemmelsen innskrenker hvordan en dominerende aktør kan opptre. Blant annet fremgår det direkte av bestemmelsen at det ikke er tillatt å påtvinge sine forbindelser «direkte eller indirekte, urimelige innkjøps- eller utsalgspriser eller andre urimelige forretningsvilkår». Et annet typisk eksempel på utilbørlig utnyttelse som er relevant i denne saken, er handlinger som rent faktisk ekskluderer eller begrenser muligheten til konkurrenter fra å opptre på markedet, uttaler jurist og ekspert på konkurranserett Bjørn A. Immonen til fotballtidsskriftet Josimar.

PFF mener at Norges Fotballforbund påtvinger sine medlemmer en forsikring med urimelige vilkår der de hindres i å benytte de samarbeidspartnerne de ønsker. Vi har derfor bedt Konkurransetilsynet om så se på saken.

forts. neste side →



MUSKELSTIMULERING Chattanooga Wireless Professional

NEUROLOGI • ORTOPEDI • REHABILITERING
TRENING • RESTITUSJON

Muskelstimulering brukes innen mange ulike indikasjonsområder og ytterligere forskning pågår kontinuerlig. Metodens effekt er evidensbasert.

Chattanooga følger nå opp suksessen i Norge med vår innovative trykkløse apparat med neste revolusjonerende produkt, Wireless Professional – en trådløs muskelstimulator, spesielt tilpasset for våre nordiske terapeuter og klinisk arbeid i det daglige liv.

Med ubegrenset mobilitet uten ledninger, kan pasientene gjøre funksjonelle øvelser og samtidig forbedre ytelsen gjennom elektroterapi. Med moderne design, brukervennlig grensesnitt (selvfølgelig på Norsk), tilpasser patenterte "Muscle Intelligence"™-teknologi Trådløs Professional til hver pasients unike muskel fysiologi. Stimulatoren er programmert med de mest populære programmene som er enkle å finne. Du er i gang med behandlingen etter bare tre klikk!

For oss handler det om evolusjon gjennom revolusjonerende produkter – for å gi enkle og pålitelige produkter, for å hjelpe deg til og hjelpe andre.

KONTAKT DIN PRODUKT- SPESIALIST:



Mathilde Myklebust
mobil 45670298
mathilde.myklebust@djoglobal.com
www.fysioett.no



DJO Nordic AB | Murmansgatan 126 | SE-212 25 Malmö | +46 40 39 40 00
info.nordic@DJOglobal.com | www.DJOglobal.no

PFF klaget ordningen inn til Konkurransetilsynet

PFF har de siste 3 årene arbeidet med denne forsikringsordningen, da en stadig økende klagestrøm har fremtvunget handling fra vår side. I 2014 sendte vi inn en formell klage til Konkurransetilsynet. Vi venter fortsatt på svar på denne saken, men tilsynet har unnskyldt seg med stor saksbehandlingsbelastning siste året. PFF valgte derfor å sende inn en purring på vår klage i lys av de nye opplysningene som kom frem i artikkelen i Josimar. Vi vil følge opp tett slik at tilsynet gjør en grundig vurdering av saken.

PFF sin advokat Øyvind Kraft har sett på saken og vil bistå med juridisk rådgivning i fortsettelsen.

Fotballspillere som skal drive med sin idrett i Norge avkreves lisens, og i denne lisensen ligger en obligatorisk idrettsforsikring. Denne har fotballforbundet kjøpt hos Gjensidige som dermed får monopol på alle idrettsskader i Norge. Klubb og spiller har ingen mulighet til å velge en annen leverandør av denne forsikringen, og påtvinges derfor vilkårene som hemmer dem i å bruke ortoped og fysioterapeut eller idrettslege på fritt grunnlag. Dette hemmer fri konkurranse.

Til det beste for idretten?

Hvis ordningen med sentralisert kompetanse er til det beste for idretten, bør fotballforbundet åpne opp for at fotballspillere og klubbene kan tegne idrettsforsikring med andre leverandører enn Gjensidige. Hvis deres tiltro til dagens ordning er så stor, vil vi knapt se noen velge andre leverandører, og IHS opprettholder sin dominerende rolle. Men basert på den debatten som nå har pågått i flere år, er det ikke sikkert 99,9 % av fotballspillerne vil velge Gjensidige og IHS som samarbeidspartnere, slik styreleder Jan Halstensen i IHS antyder. Det kan virke som om fotballforbundet ikke evner å ta inn over seg den massive kritikken denne ordningen har ført til over de siste årene, og at de håper stormen snart vil gå over så lenge de kategorisk hevder at de gjør dette til fordel for idretten.

Stadig flere idretter innlemmes i IHS

Listen over idretter og særforbund som inngår samarbeid med IHS blir stadig lengre. På sikt vil dette føre til at all idrettsmedisinsk behandling utføres av

noen få aktører som er uten konkurranse fra andre klinikker. Dette vil naturligvis føre til et dårligere faglig tilbud og høyere kostnader. Det er prinsipper fra fri konkurranse som gjelder, og når konkurransen opphører, faller insentivene for konkurransedyktige priser og god kvalitet bort.

Behandlernetverket

Et raskt nettsøk gir oss informasjon om at IHS har inngått samarbeidsavtale med en rekke fysioterapiklinikker rundt omkring i Norge. IHS har kun avdeling i Oslo og kan ikke kreve at spillere flys til Oslo for ordinær fysioterapibehandling slik de gjør med kirurgien. Mange av de terapeutene som har inngått avtale med IHS, og er en del av behandlingsnettverket, er også medlemmer i PFF.

PFF er ikke kritisk til ordningen med et behandlingsnettverk som sikrer alle fotballspillere og andre idrettsutøvere god kompetanse og kvalitetssikret behandling for sine skader i henhold til den opprinnelige organiseringen av behandlernetverket. Da ble det satt spesifikke krav til kompetanse og erfaring, og ved fremleggelse av denne dokumentasjonen ble fysioterapeuter innlemmet i behandlingsnettverket.

For noen år siden endret dette seg, og det åpne behandlernetverket ble lukket og kun IHS hadde oversikt over godkjente behandlere. Alle spillere måtte bestille time via Skadetelefonen hvor de fikk informasjon om hvilken behandler de kunne benytte. Kriteriene fra IHS på hvem som kunne delta i behandlernetverket ble endret til å omfatte enkeltterapeuter og ikke klinikker. De endret også muligheten for at nye kvalifiserte terapeuter kunne inngå i nettverket ved å uttale at de ikke inngikk nye avtaler for inklusjon i nettverket så lenge de hadde god nok dekning i det aktuelle området.

Skal IHS ordningen bestå også i fremtiden, må man gå tilbake til den opprinnelige løsningen med åpne lister og mindre skjønnsmessig vurdering av behandlernetverket. Både fysioterapeuter og kirurger bør innlemmes i behandlernetverket om de innehar nødvendig formell kompetanse og erfaring, og IHS må gå bort fra tankene om å bygge et sentralisert opplegg hvor alt skal foregå i Oslo.

PFF møtte ledelsen i IHS

PFF styret hadde i 2014 et møte med

IHS ledelsen hvor vi ble fremlagt informasjon om ordningen, og at valget med et lukket nettverk var for å sikre at de som behandlet idrettsutøvere fikk et stort nok volum og på den måten utviklet bedre kompetanse. PFF mener at dette i og for seg ikke er en dårlig tanke, men når ordningen hindrer fri konkurranse mellom behandlere, kan vi ikke godta en slik organisering. Organiseringen hindrer i praksis en rekke av våre medlemmer å behandle idrettsutøvere i sitt nærmiljø. Det hindrer klinikeiere i å inngå avtaler med idrettslag, da utøverne ikke kan benytte sin forsikring på den aktuelle klinikken. Dette fører igjen til at idretten går glipp av potensielle sponsormidler disse klinikkene kunne bidratt med spesielt i breddeidretten. Ingen klinikk vil gå inn som sponsor av idrett de ikke vil kunne hente pasienter ut av.

Det hindrer også idretten i selv å kunne velge leverandør av forsikring slik vi ser ellers i næringslivet der forsikringsselskapene konkurrerer med 5-6 andre selskaper om kundene. I IHS ordningen har Gjensidige fått monopol og ingen andre kan velges. Som takk for monopoliet får fotballforbundet lov til å drifte formidlingen av forsikringen selv og på den måten føre en del av inntektene på forsikringen tilbake i fotballforbundet.

PFF forholder seg ikke passive

PFF kan ikke forholde seg passive til en forsikringsordning som nå ser ut til å få så stort omfang at det hemmer fri konkurranse om tusenvis av idrettsutøvere i Norge. Bare innen fotballen, vil 350 000 utøvere være aktive med lisens i 2015. Selv om intensjonene med organiseringen var god fra oppstarten, har de siste års endringer ført til en pågående strid mellom de klinikker og sykehus som nektes adgang til forsikringskundene og IHS. Striden vil også omfatte de andre forsikringsleverandørene når de får innblikk i det monopoliet som fotballforbundet har tildelt Gjensidige.

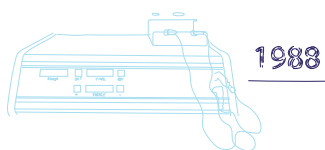
Konflikten vil kun utvikle seg i omfang så lenge organiseringen er slik den er i dag.

Kilder:

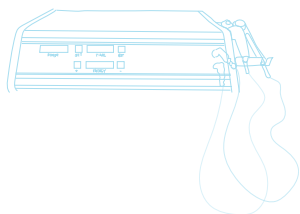
Josimar 7 – 2015
Idrettens Helseneter
Gjensidige Forsikring
Norges Fotballforbund
NRK Østlandssendingen

SKANLAB THERAPY

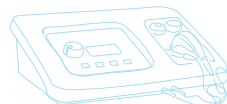
The Next Generation Deep Heat



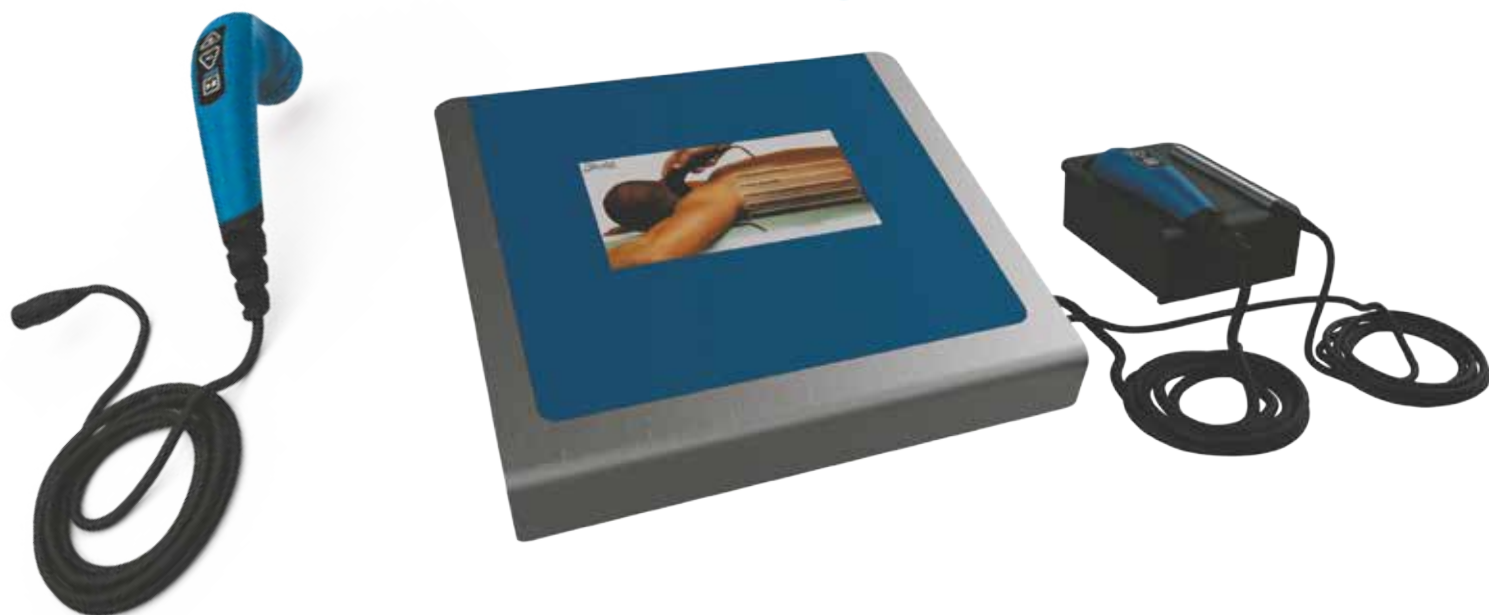
1988



1991



2003



ET TOUCH AV FREMTIDEN

REVOLUSJONERENDE TEKNOLOGI

BEHANDLE OVER METALLER

NAVIGASJON RETT FRA HÅNDKONTROLLEN

TOUCHSCREEN MED EN KOMPLETT
OVERSIKT OVER DIAGNOSER

Introduksjonspris
kr. 859,-/mnd*

Mer enn 150 000 pasienter behandles hver dag!

Patella-Pubis Perkusjonstest (PPPT)

PPPT er en klinisk test vi med enkelhet kan implementere i vår undersøkelse av pasienten som kan ha stor nytteverdi i å avdekke om frakturer i hofteleddet. Disse kan av og til være vanskelig å oppdage, og pasienter med skjulte hofteleddsfrakturer kan fort havne på din behandlingsbenk.



AV LARS MARTIN FISCHER

I USA regner man med 300 000 hoftefrakturer i året, og med aldrende befolkning anslås det at dette tallet vil fordobles innen 2040, og det er ikke unaturlig å tenke at vi kan få en økende tendens her i Skandinavia også. Morbiditet og mortalitet rapporteres til 14-36 % innen 12 måneder etter skade. De fleste tilfeller av hoftefrakturer vil presenteres med observerbar deformitet og blir diagnostisert med røntgen. Likevel vil det i 2-10 % av tilfellene ikke vises synlige tegn på fraktur, en skjult fraktur

Tabell 1 Tegn og symptomer assosiert med hoftefraktur

Tegn og symptomer hos pasienten

- Lyskesmerter
- Hoftesmerter
- Smerter i låret
- Smerter i sete
- Unormalt bevegelsesutslag i hofteledd
- Ømhet rundt hoftepartiet
- Avverge i gangmønster

Fraværende eller uttestede tegn og symptomer

- Unormal ROM columna
- Smerter ved SLR (Straight leg raise)
- Coxa vara (diagnose ved røntgen)
- Totalprotese kne
- Nattsmerter
- Positiv patella-pubis perkusjonstest (PPPT)



Røntgen viser høyresidig ikke dislosert brudd rett under caput

eller okkult fraktur. En okkult fraktur er definert som en mistanke om fraktur på bakgrunn av klinikk, men som ikke vises på røntgen. Pasientene har ofte en historie med et relativt lite traume, ingen åpenbare deformiteter og relativt normalt bevegelsesutslag. Ofte er de i stand til å gå, men da ofte i et avvergemønster. En okkult hofteleddsfraktur øker risiko for en dislosert fraktur som ofte fører til avaskulær nekrose og behov for kirurgisk behandling. Tabell 1 viser de viktigste funn og symptomer ved hofteleddsfrakturer.

Per nå er MR den eneste diagnostiske undersøkelsen som har vist seg å være 100 % sensitiv, hvilket betyr at et negativt svar på MR kan med sikkerhet utelukke muligheten for at pasienten har en udislosert hoftefraktur. MR er både dyrt og lite tilgjengelig. Auskultasjon og perkusjon er en måte å vurdere knokkelens integritet ved å sende vibrasjoner gjennom det og bruke et stetoskop for å analysere lyden. Det vi hører i

stetoskopet representerer svingningene i knokkelen, og vi sammenligner med motsatt side. Finner vi en forskjell, kan det tyde på at et brudd eller en anormalitet som forstyrrer vibrasjonsforplantningen. Lignende test er beskrevet for skulderskader, mer bestemt frakturer i kraveben og luksasjoner. Her perkuteres olecranon, mens stetoskopet plasseres på manubrium sterni.

PPPT gjennomføres med pasienten i ryggleie. Stetoskopet holdes over symfysis pubis av pasienten selv. Bena plasseres symmetrisk og ekstendert mens terapeuten perkuterer patella. Terapeuten stabiliserer patella og sørger for at benet som testes holdes i nøytral stilling. Lyden vurderes ut ifra tone og volum og sammenlignes så med motsatt side. Ved normal benstruktur bør sidene høres like ut. Ved brudd eller annen anormalitet vil affisert side ha en noe dempet lyd. Et unormalt funn på PPPT bør føre til mistanke om skade på knokkelstrukturer og markere et behov for ytterligere diagnostisk utredning (MR).



Gjennomføring av PPPT

Et positivt funn på PPPT er ikke ensbetydende med fraktur, men kan tyde på endret volum på leddvæske, bilateral skade, ikke-traumatiske lesjoner (cyster og tumorer) og Paget's sykdom. PPPT har ved to studier vist en interrater enighet på 84,2 og 90,2 %. I et studium på 37 pasienter var testen diagnostisk presis på 89,2 % og et annet studium oppgir PPPT til å ha en sensitivitet på 0.96 og spesifisitet på 0.86. Vel å merke er ingen av disse studiene systematiske reviews.

Det viktigste spørsmålet vi skal kunne svare på når pasienten er hos oss, er om dette er en pasient jeg skal behandle eller sende videre. Okkulte hoftefrakturer er vanlige og PPPT er en enkel klinisk test vi kan supplere vår undersøkelse med.

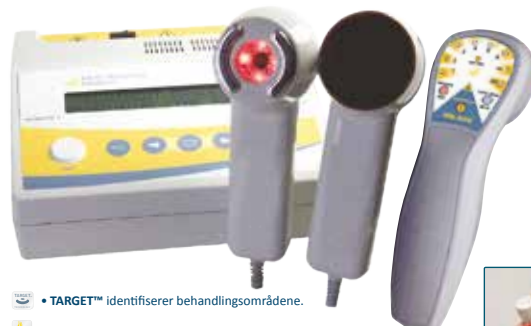
Kilde:

Borgerding LJ, Kikillus PJ, Boissonnault WG (2007): Use of the Patellar-Pubic Percussion Test in the Diagnosis and Management of a Patient with a Non-Displaced Hip Fracture. Jour Man & Manip Ther Vol. 15 E78-84

Altius Gruppen

Skaft deg markedets
beste Laser i dag !

MR4®
SUPER PULSED LASER



- **TARGET™** identifiserer behandlingsområdene.
- **LaserStim™** gir meget målspesifikke behandlinger.
- **LaserSweep™** hindrer biologisk tilvenning til behandlingen.



Den unike og patenterte kombinasjonen av bølgelengder og lyskilder i MR4 Laser Therapy System har skapt et lysbehandlingsapparat som er forankret i vitenskapen. Kliniske tester har dokumentert at behandlingen gir varige positive resultater blant pasientene.

Multi Radiance Medical har forpliktet seg til å drive evidensbasert og såkalt "translational" forskning. (Med det menes at de tar forskning fra statistisk signifikans til klinisk signifikans).

Ta kontakt med oss for å få den nyeste forskning

Gunstig leasing!

SOCIETE GENERALE
Equipment Finance

Den mest portable og brukervennlige
trykkbølgeapparatet på markedet



- Pulsfrekvens: 1 - 15 Hz
- Arbeidstrykk: 1 - 4 bar
- Innebygget luftkompressor

chattanooga™

www.altiusgruppen.no

info@altiusgruppen.no

40 00 70 08

Side-stepping med strikk:

Kroppsholdning avgjørende for aktivering av glutealmuskulatur

Aktivering av m. gluteus medius står ofte sentralt i rehabiliteringen av pasienter med ulike problemstillinger. Sideveis gange med strikk er en av mange øvelser som blir brukt for å trene hofteabduktorene, og nå viser en studie at kroppsholdningen under utførelse er avgjørende for hvor mye man klarer å aktivere de aktuelle musklene.



AV NINA ERGA SKJSETH
FYSIOTERAPEUT

Svakhet i hofteabduktorene er vanlig hos pasienter med plager i både rygg, bekken, hofte, kne og fot/ankel. Nedsatt muskelstyrke i m. gluteus medius er et typisk funn hos mange av disse pasientene. Det er antatt at svakhet i gluteus medius kan føre til en overdreven kompensatorisk bruk av m. tensor fasciae latae (TFL), som igjen kan føre til en ytterligere redusert aktivitet i gluteus medius. Siden TFL også innadroterer i hofte, har det blitt foreslått at overdreven TFL-aktivitet kan forverre de unormale bevegelsesmønstrene i underekstremitetene som er knyttet til gluteus medius svakhet.

Fysioterapeuter og andre klinikere velger ofte øvelser for å øke muskelstyrken i gluteus medius, med fokus på å forbedre rekrutterings- og bevegelsesmønstrene i underekstremitetene. Hos noen pasientgrupper er det viktig å være oppmerksom på overdreven bruk av TFL når man velger øvelser. Det vil derfor være aktuelt å velge øvelser som fortrinnsvis øker gluteus medius

aktivering uten overdreven bruk av TFL. Sideveis gange med motstand er en mye brukt øvelse for å aktivere muskulatur som abdukerer i hofte. En ny studie som ble publisert i JOSPT i september undersøkte aktiveringen av gluteus maximus, gluteus medius og TFL



ved sideveis gange med strikk rundt ankene. Det ble gjort EMG målinger av både standfot og bevegelig fot, i både stående og lett flektert posisjon. De 24 deltakerne kunne selv styre hvor dypt de gikk i knebøy ved flektert posisjon. Resultatene viste at EMG aktiviteten var signifikant høyere i alle de tre hofteabduktorene i standfoten enn i ekstremiteten som styrte bevegelsen sideveis. I tillegg så man at aktiveringen av gluteus maximus og medius var signifikant høyere i knebøyposisjon enn i stående posisjon. Samtidig ble aktiveringen av TFL betydelig lavere i flektert stilling enn i oppreist posisjon.

Alt i alt tyder dette på at man bør vurdere forskjellene i holdning og kroppsposisjon når man anbefaler øvelser for hofteabduktorene.

Kilder:

Berry, J. W.; Lee, T. S.; Foley, H. D.; Lewis, C. L. (2015). Resisted Side Stepping: The Effect of Posture on Hip Abductor Muscle Activation. J Orthop Sports Phys Ther, 45(9):675-82.

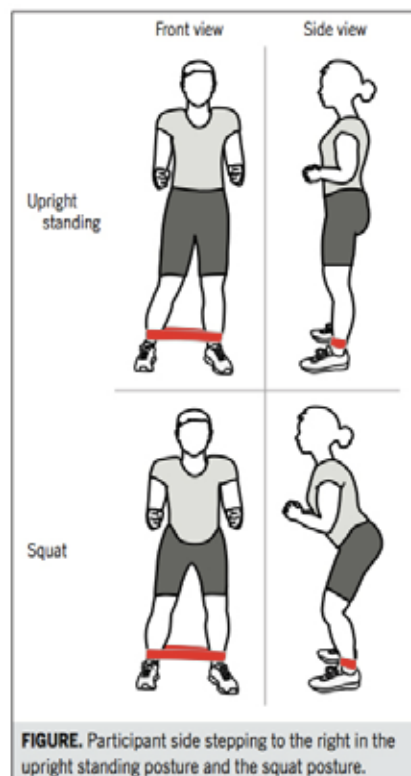


FIGURE. Participant side stepping to the right in the upright standing posture and the squat posture.

Tradisjonelle hofteproteser kan vare i 35 år

En studie som har evaluert langtidsresultatene av den tradisjonelle Charnley-protesen har vist at hofteproteser kan være levedyktige så lenge som 35 år etter innsettelse av totalprotese i hofteleddet.



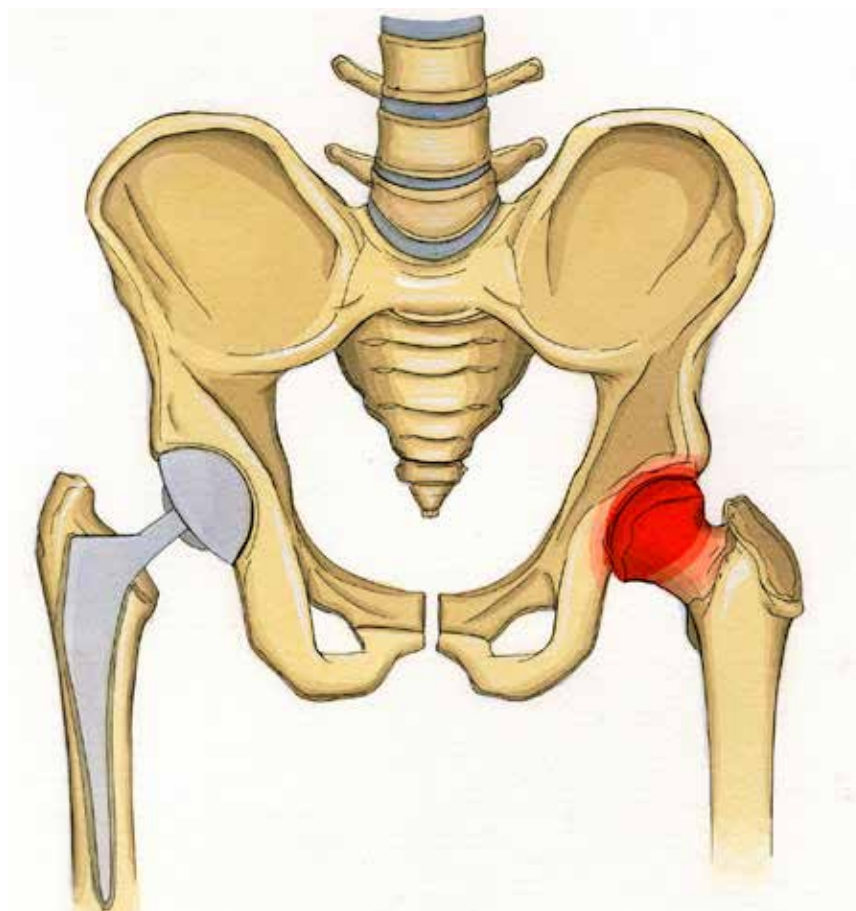
AV NINA ERGA SKJSETH
FYSIOTERAPEUT



Den tradisjonelle Charnley-protesen har lenge blitt sett på som gullstandarden innenfor protesekirurgi. Den sementerte totalprotesen har blitt benyttet helt siden

legen John Charnley oppfant prosedyren og tok i bruk protesen tidlig på 1960-tallet. I Norge har protesen vært på markedet siden 1971.

En gruppe amerikanske forskere har designet en kohortstudie for å følge det naturlige forløpet ved innsettelse av Charnley-protese i hofta hos personer under 50 år. Totalt 93 hofteproteser hos 69 deltakere under 50 år var i utgangspunktet med i studien. Ved oppfølging etter 35 år var 30 av deltakerne i live og tilgjengelige for oppfølging. Av de 93 hofteprotesene hadde 34 av protesene blitt fjernet eller revidert ved 35-års oppfølging. Av disse hadde 21 acetabularkomponenter og sju femoral-komponenter blitt revidert på grunn av aseptisk løsning. Selv om 63,5 % av de opprinnelige hofteprotesene var velfun-



gerende ved siste oppfølging eller ved tidspunktet for pasientens død, så man en betydelig reduksjon i aktivitets- og funksjonsnivå hos hoftepasientene fra 25- til 35-års oppfølging.

Til tross for at en tredjedel av utvalget hadde revidert eller fjernet protesen ved siste oppfølging, ser det ut til at totalprotesene i hofta kan vare betydelig lenger enn 10-20 år, som i mange tilfel-

ler har blitt anslått som en potensiell levetid.

Kilder:

1. Warth, L. C.; Liu, S.; Klaassen, A.; Goetz, D. D.; Johnston, R. C.; Callaghan, J. J. (2014). Assessment of Durability and Function at Minimum 35 Year follow-up of THA in Patients 50 and Under.

RIMELIG BENKEPAPIR - HØY KVALITET

Bestill på 4843 4224

salg@helseoghudpleie.no

nettbutikk
FOR HELSE OG HUDPLEIE



Holdning

Dårlig holdning. Holdningsanalyse. Holdningskorreksjon. Kjært barn har mange navn. Vurdering av holdning har alltid vært en integrert bestanddel i en fysioterapeutisk verden. Men hva er holdning? Hva er god holdning, og hva er dårlig holdning? Hvem avgjør dette? Hva analyserer vi? Og hvor pålitelig er informasjonen vi får av denne analysen? Og sist, men ikke minst; hva betyr holdningen for smerteproblematikken pasientene presenterer seg med?



AV STIAN CHRISTOFFERSEN

Fra skolebenken ble vi opplært i å vurdere holdning ut fra statiske prinsipper: benlengdeforskjeller, skolioser, vingende skulderblad, lordoser, kyfoser og protrauerte skuldre. Basert på strukturalismen virker det intuitivt logisk at en skjevhet i kroppen kompenseres for et annet sted i kroppen, at denne kompensasjonen fører til økt belastning og stress for de involverte vevsstrukturene, og at denne belastningen fører til smerte. Likevel vet vi nå at smerte som opplevelse består av to hovedkomponenter;

1. Sensorisk feedback fra vevet
2. Hjernens komplekse tolkning og analyse av denne feedbacken

Det vil si at smerte som opplevelse kan regnes som en output fra hjernen, og denne output'en er påvirket av en rekke inputs, inkludert kontekst, psykiske og sosiale faktorer. De biologiske faktorene i vevet som følge av overbelastning/stress er fortsatt til stede, men har sannsynligvis en mindre rolle i smerteopplevelsen enn vi tidligere har trodd. Videre virker sammenhengen mellom kroppsholdning og smerte i beste fall å være svak, om ikke nærmest ikke-eksisterende:

- Det ses ingen sammenheng mellom benlengdeforskjell og ryggsmerte (1)
- Det ses ingen signifikante forskjeller i lumbal lordose eller benlengdeforskjell mellom 3 grupper av 321 menn



med betydelig, moderat eller ingen smerte (2)

- Det ses ingen sammenheng mellom cervikal kurvatur og nakkesmerte (3)
- Det ses ingen signifikante forskjeller i lumbal lordose, bekkentilt, benlengdeforskjell og abdominal-, hamstring- og psoasmuskulatur hos 600 mennesker med og uten ryggsmerte (4)
- Tenåringer med «postural asymmetri», økt thorakal kyfose og/eller lumbal lordose hadde ikke større sannsynlighet for å utvikle rygg-

smerte som voksne enn jevnaldrende med «bedre» holdning (5)

- Gravide med økt lumbal kurvatur gjennom svangerskapet hadde ikke økt sannsynlighet for å utvikle ryggsmerte (6).

De overstående konklusjonene står i sterk kontrast til hva jeg opplever er den generelle oppfatningen både terapeuter og pasienter har til kroppsholdning og smerte. De står også i sterk kontrast til hva underteegnede lærte på fysioterapiutdanningen i sin tid. De potensielle

utfordringene med et strukturalistisk syn er en sykeliggjøring av normale asymmetrier. Vi er ikke symmetriske, og det burde heller ikke være et uttalt mål å bli det. Å fortelle pasienter at deres skjevheter og skavanker er årsakene til at de har vondt og må korrigeres etter en strukturalistisk fasit, gir sannsynligvis i beste fall ingen endring og i verste fall en forverring av plagene gjennom et feilaktig inntrykk av at kroppen er skrøpelig og ute av stilling.

Den første åpenbare utfordringen med å vurdere holdning er at vi ikke har en fasit på hva som er «god» eller «dårlig» holdning. Vi kan ha en idé om hva vi mener er god og dårlig holdning og se sammenhengen mellom dette og pasientens smerteproblematikk, men når det gjelder koblingen mellom holdning og smerte, kan det være like sannsynlig at det er smerten som har fremprovosert holdning som vice versa.

Todd Hargrove (7) hevder at god holdning må møte tre kriterier;

1. Den må være effektiv, i den betydning at du kan være i en smertefri stilling med minst mulig bruk av krefter.
2. Den må ikke hemme pågående aktivitet.
3. Den må tillate en rask veksling til neste bevegelse.

Sett ut ifra dette kan ikke holdning vurderes som en statisk stilling, men heller som en kontinuerlig veksling mellom den til enhver tid mest arbeidsøkonomiske stillingen å være i. Å skulle overstyre underbevissthetens oppfatning av hvordan organismen bruker minst mulig krefter for å opprettholde en stilling, er et eksperiment som i beste fall vil vare i noen sekunder av gangen – det vil si at du kan opprettholde den nye stillingen helt til du begynner å tenke på noe annet. Det vil kreve en enorm treningsinnsats for å endre det posturale refleksmønsteret, og i langt de fleste tilfellene fører innsatsen ingensteds hen. Så i stedet for å søke en holdning noen andre har fremsatt som ideell, forsøk heller en aktiv tilnærming der fokuset ligger på variasjon av bevegelsesmønstre og utfordringer av det posturale systemet. Hva som er en god holdning er individuelt, og er i langt større grad en aktiv tilstand preget av bevegelse enn en analyse av statisk alignment.

Referanser

1. Grundy, Roberts (1984) Does unequal leg length cause back pain? A case-control study. *Lancet*. 1984 Aug 4;2(8397):256-8.
2. Pope, Bevins (1985) The relationship between anthropometric, postural, muscular, and mobility characteristics of males ages 18-55. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1985 Sep;10(7):644-8.
3. Grob, Frauenfelder et al. (2007), The association between cervical spine curvature and neck pain. *Eur Spine J*. 2007 May; 16(5): 669–678.
4. Nourbakhsh, et al. (2002) Relationship between mechanical factors and incidence of low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2002 Sep;32(9):447-60.
5. Dieck, et al. (1985) An epidemiologic study of the relationship between postural asymmetry in the teen years and subsequent back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1985 Dec;10(10):872-7.
6. Franklin, et al. (1988) An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1998 Sep;28(3):133-8.
7. <http://www.bettermovement.org/2014/does-bad-posture-cause-back-pain/>



Ultralyddiagnostikk av ringbåndskader hos klatrere

Ringbåndskader anses som den hyppigste skaden hos klatrere, og er omtalt i en tidligere utgave av dette bladet. Siden klatring er en av de idrettene som vokser mest per i dag, er det sannsynlig at flere fysioterapeuter vil møte problemstillingen med ringbåndskader, og det vil være til stor hjelp for pasienten dersom det blir stilt en korrekt diagnose med en gang.



AV STIAN CHRISTOFFERSEN

MR og ultralyddiagnostikk har vist seg like spesifikke og sensitive for å vurdere rupturer av ringbåndene, og siden det nå er flere og flere terapeuter som tar vide-reutdanning i ultralyddiagnostikk, har vi en unik mulighet til å stille en diagnose raskt og korrekt.

Kliniske tegn

De kliniske tegnene på en ringbåndskade vil være en akutt skademekanisme, i en del tilfeller også med et hørbart «popp» i det båndet ryker. I langt de fleste tilfellene vil det følge en hevelse rundt det aktuelle båndet, det vil være trykkømt og ofte er det redusert kraft for fingerfleksjon grunnet smerte. Dersom det er 3 eller flere ringbånd som ryker samtidig, kan man også klinisk kunne se flexorsenen som en buestreng ut mot huden, men dette er en mer sjelden hendelse.

Diagnostisering

Diagnostiseringen med ultralyd er en relativt enkel prosedyre. Proben legges longitudinelt mot ekstendert finger over det aktuelle området og flexorsenen og phalangen identifiseres. I hviletilstand måles avstanden mellom sene og knokkel (TP-distance = Tendon-Phalang-distance) i millimeter. Videre må avstanden måles under belastning. Dersom vi mistenker en A2/A3-skade bes pasienten flektre PIP-leddet mot isometrisk hold fra terapeuten og TP-avstanden måles. Ved mistanke om A4-skade bes pasienten flektre DIP-leddet mot isometrisk

hold fra terapeuten og TP-avstanden måles. Tabell 1 (1) gir en pekepinn på sammenhengen mellom TP-avstand og graden av skade. Sonografisk vil vi som regel også se væskeøkning profundt for flexorsenen og i paratenon samt økt doppleraktivitet.

Retningslinjer

Det videre forløpet etter skaden illustreres i tabell 2 (2). Dette er ment som

retningslinjer, og som i alle idretter er det mulig å eksperimentere med load management og hva som er optimal loading i den enkeltes rehabiliteringsforløp. Det er ikke vist redusert kraft eller prestasjonsnivå i klatring ved ett års follow-up for pasienter med ringbåndskade, og dette er en viktig beskjed å gi til pasienten for å motivere dem til å følge rehabiliteringsplanen og trene seg opp igjen til tidligere nivå.

Measured US TP Distance in Symptomatic Fingers with MR Imaging or Surgically Proved Finger Pulley Injuries

| Suspected Pulley Injury | TP Distance (mm) | |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|
| | At Rest | Forced Flexion |
| Nonrupture (n = 28)* | 0.1 ± 0.1 (0–0.2) | 0.3 ± 0.2 (0–0.8) |
| Incomplete rupture (n = 15)* | 0.9 ± 0.7 (0–2.2) | 1.5 ± 0.6 (1.0–3.1) |
| Complete rupture A4 (n = 9)* | 1.5 ± 0.4 (1.1–2.0) | 3.1 ± 0.5 (2.5–3.7) |
| Complete rupture A2 (n = 16) | 2.8 ± 0.7 (1.1–3.3) | 4.6 ± 0.6 (3.0–4.9) |
| Complete combined rupture (n = 6) | 2.9 ± 0.6 (1.9–3.4) | 6.1 ± 0.5 (5.1–6.4) |

Tabell 1: TP-avstand i mm ved ulik grad av ringbåndskade

TABLE II.—Therapeutic guidelines for pulley ruptures.²⁷

| | Grade I | Grade II | Grade III | Grade IV |
|--------------------------------|---------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Injury | Pulley strain | Complete rupture of A4 or partly rupture of A2 or A3 | Complete rupture A2 or A3 | Multiple ruptures, as A2/A3, A2/A3/A4 or single rupture (A2 or A3) combined with M. lumbricalis or ligamentary trauma |
| Therapy | Conservative | Conservative | Conservative | Surgical repair |
| Immobilization | None | 10 days | 10–14 days | Postoperative 14 days |
| Functional therapy | 2–4 weeks | 2–4 weeks | 4 weeks | 4 weeks |
| Pulley protection | Tape | Tape | Thermoplastic or soft cast ring | Thermoplastic or soft cast ring |
| Easy sport specific activities | After 4 weeks | After 4 weeks | After 6–8 weeks | 4 months |
| Full sport specific activities | 6 weeks | 6–8 weeks | 3 months | 6 months |
| Taping through climbing | 3 months | 3 months | 6 months | >12 months |

Tabell 2: Retningslinjer etter ringbåndskader

Sonografisk fremstilling av normalt tilstand flexorsene og A2/A3-funksjon i hvile. MCP-ledd ses til høyre, distalt forløp mot venstre.



Sonografisk fremstilling av komplett A2-ruptur under dynamisk test. Legg merke til den økte TP-avstanden og ødemet profunt for senen.



Sonografisk fremstilling av komplett A4-ruptur. PIP-leddet ses til venstre og distalt forløp mot høyre. Legg merke til den økte TP-avstanden og ødemet profunt for senen.



1. Klauser et al: Finger Pulley Injuries in Extreme Rock Climbers: Depiction with Dynamic US. Radiology 2002; 222:755–761
2. Schöffl, V: Finger pain in rock climbers: reaching the right differential diagnosis and therapy. Journal of Sports Medicine and Physical Fitness; Mar 2007; 47

Mer detaljert informasjon om ringbånd og skademekanismer finnes også på www.skadefriklatring.no

Et personlig paradigmeskifte i praksis

Nevrovitenskap og smertefysiologi har feid innover faget vårt som en storm de siste årene, og mye takket være deling av kunnskap i sosiale medier har flere og flere, undertegnede inkludert, begynt å applisere denne kunnskapen i praksis.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN

Lærte jeg noe om smertefysiologi på HiO i perioden 2004-2007? Nei. Lærte jeg noe om hjernens og sentralnervesystemets rolle i smerteopplevelsen? Nei. Lærte jeg at smerte i bunn og grunn er hjernens endelige tolkning av situasjonen – eller output om du vil – basert på en avsindig mengde ulike inputs? Nei.

Over de siste årene har jeg fundert mye over dette, og med tanke på at kunnskapen om smerte har eksistert i lang tid, er jeg i dag veldig skuffet over at utdanningen ikke implementerte denne i læreplanen. Særlig med tanke på at langt på vei de fleste pasientene jeg ser henvender seg fordi de har vondt et sted.

I stedet for å lære om kompleksiteten i smertetilstander lærte vi oss et strukturalistisk syn etter find it-fix it modellen, der smerten pasienten opplevde var et direkte resultat av en skade eller en feil i det systemet vi kalte kroppen, og at smerten ble borte bare vi fikset denne feilen. Dette resonnementet ble først beskrevet av René Descartes i 1654, og er – needless to say – overmodent for utskifting.

Likevel, etter å ha bli utdannet etter denne modellen, og siden samtlige kurs tatt etter utdanningen har forfektet samme ideologi om at «noe» i kroppen er feil og må fikses, virker det overveldende å ta inn over seg at modellen er feil. At ingenting vi gjør virker. At vi bare skal snakke med pasienter nå.

Men det er jo ikke sånn.

Mye av det vi gjør hands-on virker, bare ikke nødvendigvis på samme årsaksgrunnlag som vi trodde. I utgangspunktet har jo alt vi gjør en mulighet til å virke positivt inn på pasientens smerte. Jeg har ikke bare hatt misfornøyde pasienter de siste 7 årene, men de har sannsynligvis blitt bedre av helt andre grunner enn det jeg trodde. Jeg vil gjerne dele en pasienthistorie der jeg føler skiftet fra en strukturalistisk til en mer helhetlig tankegang rundt smertetilstander kommer til syne.

Pasienten er en mann i midten av 30-årene som fikk akutt smerte anteriort i albue under styrketrening for klatring for 15 år siden. Etter en liten hvileperiode forsøkte han igjen, men smerten kom fort tilbake. Han oppsøkte helsepersonell og søkte råd hos venner som klatret. Med mange sprikende råd økte usikkerheten rundt hva han kunne og burde gjøre, og siden smertene vedvarte, fikk han også beskjed fra helsepersonell om at han kanskje bare burde slutte med klatring. Det ble etter hvert også resultatet, og de få gangene han forsøkte å ta opp igjen aktiviteten var det alltid albue som sa stopp når han begynte å komme inn i treningen igjen.

Det første som slo meg da jeg møtte ham var at jeg umulig kan finne vevspatologi 15 år etter det han oppga som skadetidspunkt. Det fremstod som en urimelig konklusjon at vevet ikke skulle ha oppnådd homeostase på den lange tiden. Kan en smertetilstand drives av noe annet enn vevspatologi? Ja. Og i dette tilfellet var det mange psykososiale drivere til smerte, og det lå mange feilslåtte tilnærminger til problemstillingen som et bakteppe. Der jeg tidligere nok i større grad ville fokusert på to albuer, fokuserte jeg nå på hvordan vi kunne endre smertetilstanden gjennom en omtolkning av situasjonen han var i. Ledetråden ble «confidence cures». Vi snakket sammen i om lag 90 minutter første gang og reflekterte mye rundt hjernens opplevelse av hvilken fare organismen er i, hva sensitivisering av nervesystemet var, hvorfor det oppstår og ikke minst – at det er reversibelt. Videre satte vi opp en plan for gradvis økende belastning gjennom klatring, og delte økttypene i to – en «komfortøkt» der han kunne klatre mye uten å aggrave smerten og en «eksponeringsøkt» der han kunne forvente å trigge frem en smerterespons. Tanken bak var å få mange smertefrie bevegelser og lystbetont aktivitet i «komfortøktene» slik at dette ga mestring og trygghet på klatringen, og at han skulle øve seg på å omtolke smerteresponsen i «eksponeringsøktene». Mottoet for sistnevnte økttype ble utsagnet «if there's no fire, why the hose?». Han skulle trene annenhver dag, og i stedet for å bruke smertegrense som referanse definerte vi baseline ut ifra hvordan tilstanden var

nå, og at han skulle registrere endringer ut i fra baseline. Alt dette fikk han videre beskjed om å summere opp og maile meg etter timen. I tillegg skulle han gå igjen- nom presentasjonen som ligger på www.retrainpain.org.

Siden han bor i en annen by enn meg ble neste oppfølging over telefon og per e-post, men allerede etter to uker kom denne tilbakemeldingen; «Det som har vært tydelig for meg er at smerten har vært mindre enn forventet på de harde øktene. Jeg føler vel egentlig at jeg har hatt problemer med å få fram mer smerte. Jeg har ikke tenkt så mye på hva som vil skje med tanke på smerte, men heller fokusert på at jeg kan klatre slik jeg vil.

Jeg er vel egentlig litt forundret over hvor bra det egentlig har gått.»

Nå har det gått ytterligere tre uker, og bedringen vedvarer. Selv om jeg er fullstendig klar over at enkeltsaker ikke kan generaliseres, er denne casen en slags personlig manifestasjon på hvordan jeg klarte å implementere ny og bedre kunnskap i pasientarbeidet. Dette er ikke en underkjennelse av de biologiske faktorene i en smertetilstand, men en bevisst nedtoning av hvor viktige disse er sett opp imot andre faktorer som bidrar til en vedvarende smertetilstand. Det norsketablerte selskapet PainCloud la nylig ut et bilde som oppsummerer denne tilnærmingen godt:



Hva som skal ligge innunder «symptom modification» og «graded exposure» må selvfølgelig individualiseres, men det er et mulighetsrom her der vi få brukt det vi skal være gode på som fysioterapeuter – både manuelle tiltak og tilpasset trening.



Graded Motor Imagery

Norway | Lillestrøm | 9 – 10 April 2016 | Tim Beames

WHAT IS GRADED MOTOR IMAGERY?

GMI is a rehabilitation process used to treat pain and movement problems related to altered nervous systems by exercising the brain in measured and monitored steps, which increase in difficulty as progress is made.

The three different treatment techniques include left/right discrimination training, motor imagery exercises and mirror therapy. These techniques are delivered sequentially but require a flexible approach from the patient and clinician to move forwards, backwards and sideways in the treatment process to suit the individual.

COURSE DESCRIPTION

For the first time, effective treatment for difficult neuropathic pain states (e.g. CRPS) is now available. The Graded Motor Imagery (GMI) course provides the most up to date basic sciences, clinical trials, and clinical use of the programme. The course is series of lectures, practical sessions and clinical applications.

The term 'graded motor imagery' broadly means that in rehabilitation the focus is placed on synaptic exercise and health and is delivered in a graded fashion. The exercising of synapses assumes that the brain is changeable and easily adaptable and gives hope to people with difficult pain states. It involves the use of computers, flashcards, imagined movements and mirror visual feedback.

Evidence for the use of GMI comes from basic neuroscience and clinical trials. It can offer substantial improvements in pain and disability in complex regional pain syndrome and phantom limb pain and anecdotally, the GMI programme, or parts of it may offer improvements in a range of chronic pain states such as brachial plexus lesions and osteoarthritis.

COURSE OBJECTIVES

At the end of the course, participants will have:

1. Knowledge of the neuromatrix paradigm and how the brain changes in pain
2. Awareness of graded exposure and its application to pain neurosignatures
3. Practical knowledge and skills of the Graded Motor Imagery 'process' – including left/right body discrimination, implicit and explicit motor imagery and mirror therapy
4. Understating of some associated educational techniques.

COURSE TIMETABLE

DAY 1: 8.30am – 5.00pm

DAY 2: 9.00am – 4.30pm

INSTRUCTOR

Tim Beames MSc BSc MCSP, UK



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

REGISTRATION

Price:

Members of PFF NOK 2900

Non-Members of PFF NOK 3500

To register: www.fysioterapi.org/kurs

For more information contact course host Linda Linge

Email: linda@romerike-fysioterapi.no

Course address:

Romerike Helsebygg,
Dampsagveien 2a,
2000 Lillestrøm.

Registration is open to physiotherapists and kiropractors

PREREQUISITES:

While there are no prerequisites for this course, attendance at an *Explain Pain* course would certainly assist, as would pre-reading *The Graded Motor Imagery Handbook* and study of the information and resources provided at atgradedmotorimagery.com.

RESOURCES

The Graded Motor Imagery Handbook,

David Butler, Lorimer Moseley, Tim Beames and Tom Giles.

Available on www.amazon.co.uk





Mobilisation of the Nervous System

Norway | Lillestrøm | 14 – 15 November 2015 | Tim Beames

This popular lecture and practical course developed by David Butler and the Neuro Orthopaedic Institute provides a comprehensive introduction to the diagnosis and management of the physical dysfunction of the nervous system.

Using cutting edge pain sciences to provide a clinically relevant understanding of the physical health issues of the entire nervous system. This course considers the molecular and homuncular targets of therapy, integrating this knowledge using a clinical reasoning framework and advanced manual assessment and management options. Skilled reasoning is evidence based medicine at its best.

This course offers a fresh understanding and management strategies for common syndromes such as plantar fasciitis, tennis elbow, nerve root disorders, carpal tunnel syndromes and spinal pain. Innovative management tools involve conservative decompression of nerves, various neural mobilising techniques and the new patient education techniques which emerge from neurodynamics and pain sciences.

All NOI courses include patient education as an evidence-based treatment tool, and are supported by quality workbooks, graphics and post course web involvement.

Lots of practical, lots of interaction, cutting edge neuroscience....and you will have fun learning!

COURSE AIMS

1. To provide a basic knowledge of neuroanatomy, neurodynamics and pathobiology related to the manual examination of the nervous system.
2. To integrate the sciences of clinical reasoning, neurodynamics and neuroscience.
3. To provide safe and effective diagnostic skills in the examination and interpretation of physical dysfunction of the nervous system.
4. To apply these skills to patient management by clinical reasoning skills.
5. To engage in a forum to critically analyse aspects of present day physical therapy.

COURSE PROGRAMME

Day 1 8.30 – 5.00

Registration 8.30 to 9.00am
A Neuro Orthopaedic approach
Pain update
Palpation of nerves (P)
Neurodynamics Straight Leg
Raise and derivatives P
Slump Test and derivatives (P)
Femoral Nerve Test and derivatives (P)
Issues in the tissues

Day 2 9.00 – 4.30

Zings and zaps from nerves
Central pain mechanisms
Upper Limb Neurodynamic tests (P)
Immune, endocrine, motor, autonomic response systems
Analysis of tests
Precautions and contraindications
'Jazzy' technique session (P)
Management guidelines via patient examples

P = Practical

**Program may be subject to slight changes*

INSTRUCTOR

Tim Beames MSc BSc MCSP, UK



Tim lives in London where he works in private practice and is co-founder of Pain and Performance, an organisation which focuses on the treatment of complex and persistent pain states and the provision of pain education for both the patient and health professional. Tim is also the principal instructor for NOI UK and teaches the Mobilisation of the Nervous System, Neurodynamics and the

Neuromatrix, Explain Pain and Graded Motor Imagery courses throughout the UK, Europe and Australia. He is also co-author of the Graded Motor Imagery Handbook along with Lorimer Moseley, David Butler and Tom Giles.

REGISTRATION

Price:

Members of PFF NOK 2900

Non-Members of PFF NOK 3500

To register: www.fysioterapi.org/kurs

For more information contact course host Linda Linge

Email: linda@romerike-fysioterapi.no

Course address:

Romerike Helsebygg,
Dampsagveien 2a,
2000 Lillestrøm.

Registration is open to physiotherapists and chiropractors

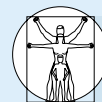
RESOURCES

The Sensitive Nervous System, by David Butler



The Sensitive Nervous System updates and integrates the growing science of neurodynamics. Physical examination of the nervous system is carefully illustrated and explained. Management strategies are underpinned by cutting edge neurobiology and evidence-based medicine. Available on www.amazon.co.uk

Invitasjon til Modul 1 kurs i diagnostisk ultralyd



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

Tema: kne, ankel og fot

Vi har i samarbeid med Interessegruppen for Ultralyd i Privat Praksis gleden av å invitere til modul 1 kurs i diagnostisk ultralyd for helsepersonell som ønsker å lære seg metoden til bruk i egen praksis.

Kurset arrangeres i Oslo i Apexklinikken sine lokaler på Helsefyr.

Målet med kurset er å sette deltakerne inn i mulighetene ved diagnostisk ultralyd. Deltakerne vil igjennom kursrekken bli utdannet til å benytte ultralyd i en trygg praksis som et tillegg til den kliniske undersøkelsen.

| | |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Kurs: | Modul 3 i diagnostisk muskel og skjelett ultralyd: kne, ankel og fot |
| Tidspunkt: | Fredag 13.11.2015, 0900- 2000 Lørdag 14.11.2015, 0900-1700 |
| Sted: | Apexklinikken Oslo – Helsefyr |
| Pris: | Medlemmer PFF: 5.900,- Andre: 7.900,- |

Påmelding kurs:

<http://www.fysioterapi.org/kurs>

Avbestillingsregler: Ved avbestilling senere enn 30 dager før kursstart, belastes kursavgiften i sin helhet.

Bakgrunn:

Det første ultralydkurset som ble arrangert i Oslo i mai 2011 av PFF ble raskt fulltegnet og det utdannes til en hver tid drøyt 20 fysioterapeuter, manuellterapeuter, leger og annet helsepersonell via modulrekken.

Underviserne har lang erfaring i både klinisk bruk av ultralyd, samt undervisning og veiledning. Kursene er bygget på den danske modellen (DUDS), og holder høy kvalitet. Den er også kvalitetssikret opp mot European Society of MusculoSkeletal Radiology sine retningslinjer for muskel og skjelett ultralyd diagnostikk.

Mer informasjon om utdanningen:

<http://www.ultralydscanning.no/videreutdanning.html>
For spørsmål relatert til påmelding kan dette rettes til Christin Foss i PFF sekretariatet: pff@fysioterapi.org.

Videreutdanning: Fokus på Modul 1, 2 og 3 (modulene kan tas i vilkårlig rekkefølge):

- Å kunne identifisere normale anatomiske strukturer i de aktuelle kroppsdeler
- Å kunne påvise og beskrive spesifikke ultralydskanninger samt å kunne identifisere og diagnostisere relevante funn, som understøtter den kliniske undersøkelsen
- Å kunne utføre i alt min. 100 skanninger/projeksjoner selvstendig. Skanningene/projeksjonene gjennomgås først, deretter jobber man med disse i grupper på 3 (evt. 2) under supervisjon og til sist så skal disse godkjennes av veileder.
- Praktisk veiledning vektlegges på kursene. Flere erfarne instruktører følger alle deltakere tett og bidrar med veiledning og godkjenning av skanningene.

Kursoversikt 2015–2016

Se nærmere opplysninger på de forskjellige kursinvtasjonene

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.

| TEMA | DATO OG STED |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Differensialdiagnostikk og workshop underekstremiteter Kiropraktor Thomas Lauvsnes | 9. oktober Lillestrøm 14.00–20.00 |
| Funksjonell knespesialist Ragni Narum | 5.–8. november Lillestrøm |
| Mobilisation of the Nervous System Tim Beames | 14. og 15. november Lillestrøm |
| Maitland Concept of Manual Therapy, kurs 1 Informasjon om kursene: www.ozpt.com | 20.–24. januar 2016 Hønefoss |
| Bekkenrelaterte plager og inkontinens Britt Stuge og Ingeborg Hoff Brækken | 11. og 12. februar 2016 Lillestrøm |
| PFF-kongress 2016 Tema skulder | 11. og 12. mars 2016 Oslo |
| Graded Motor Imaginary Tim Beames NOI | 09. og 10. april 2016 Lillestrøm |
| Maitland Concept of Manual Therapy ,kurs 2 | 20–24. april Hønefoss |
| Fascial Fitness, nytt introduksjonskurs og Videregående kurs Hilde Gudding | Introduksjonskurs 21. og 22 april 2016 Videregående kurs 23. og 24. april 2016 |
| Maitland Concept of Manual Therapy ,kurs 3 | 1.– 5. juni 2016 Hønefoss |
| Maitland Concept of Manual Therapy, kurs 4 | 7.–11. september 2016 Hønefoss |

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.

Ultralyd kurskalender 2015:

| TEMA | DATO | STED |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Advanced – Modul 9 | 23.–24. okt | Apexklinikken |
| Basic – Modul 1 | 13.–14. nov | Apexklinikken |
| Advanced – Modul 6 | 3.–4. desember (påmelding til Marius) | Aalborg |
| <i>Se kurskalender på www.fysioterapi.org</i> | <i>Hemsedal og Aalborg kurs. Påmelding: mf@arkadensfysioterapi.dk</i> | |

McKenzie Norge – kursoversikt 2015:

McKenzie konseptet er en diagnostiserings og behandlingsmetode for muskel/skjelettproblemer som aktivt tar i bruk pasientens egne ressurser. Det er først og fremst en øvelsesbasert behandling som bygger på en grundig og strukturert anamnese og funksjonsundersøkelse. I tilfeller hvor øvelser ikke er tilstrekkelig kommer manuelle terapeutteknikker inn i bildet.

McKenzie Norge tilbyr følgende kurs:

- Part A: Lumbar Spine
- Part B: Cervical & Thoracic Spine
- Part C: Advanced Lumbar Spine and Extremities – Lower Limb
- Part D: Advanced Cervical & Thoracic Spine and Extremities – Upper Limb
- Credentialing Exam

Etter å ha fullført kursene A – D kan du ta The Credentialing Examination.

Innehavere av spesialisttittelen Klinisk Ortopedisk Fysioterapi må ha fulgt McKenzie kursene A til D innen 5 år etter ervervelsen av tittelen som et ledd i vedlikeholdet av spesialiteten. McKenzie kurs A-D er betingelse for The Diploma Programme. Påmeldingsfristen for kurs er ca. to måneder før oppstartsdato, se tabellen for hvert enkelt kurs. Les mer på www.mckenziemdt.org

McKenzie Norge – kursoversikt:

| KURS | DATO OG STED | PRIS PFF | PRIS ANDRE | PÅMELDING/BET.FRIST |
|------|---------------------------------|----------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | 28.- 31. Januar 2016 Lillestrøm | kr. 5490 | kr. 5990 | Påmeldingsfrist: 28. November 2015 På mail til: kurs@mckenzie.no |
| C | Mars 2016 Lillestrøm | kr. 5490 | kr. 5990 | Påmeldingsfrist: Januar 2016 På mail til: kurs@mckenzie.no |

- * Studentpris: 3500,- pr kurs A-D.
- * Pris på Credential Exam kommer.

Dagskurs kan også kombineres til to-dagers kurs.

Kontonr. for innbetaling av kursavgift: 5083 05 38388.

Kursrekken må startes med A-kurs og fullføres med D-kurs. B- og C-kurs behøver man ikke ta i alfabetisk rekkefølge.

Kurs holdes av norsk og dansk underviser. Språk kan også være engelsk. Er tidligere kurs tatt i Norge før 2007

eller i utlandet må kursbevis fremlegges. Ved kurs-repetisjon er det 50 % avslag på prisen.

A-kurs settes opp andre steder i landet på oppfordring, hvis min. 20 deltagere.

For kurspåmelding send følgende informasjon til kursansvarlig: kurs@mckenzie.no

Deltagernavn og adresse; telefon nummer (jobb & mobil); e-post adresse samt kursnavn (bokstav A til E), dato og sted.

Betaling regnes som påmelding.

Du er ikke påmeldt kurs før betaling er registrert. Påmelding er bindende. Spørsmål angående kurs kan sendes til post@mckenzie.no eller telefon 90042177.

The McKenzie Institute Branch of Norway kan endre kurs tilbud ved; endring i mulighet for leie av lokaler; behov / etterspørsel fra deltagere; endring av kurs dato mht. tilgjengelighet av lærer. McKenzie Norge utsetter/avlyser kurs-tilbud hvis det ikke er tilstrekkelig antall deltagere når påmeldingsfristen har gått ut. Penger som er betalt som kursavgift blir i så fall tilbakebetalt.

Bekkenrelaterte plager og inkontinens

Ved Ingeborg Hoff og Britt Stuge Brækken

Dato: Torsdag 11. februar 16.00 – 20.00
Fredag 12. februar 09.00– 16.00
Sted: Romerike helsebygg, Dampsagveien 2a,
2000 Lillestrøm
(rett ved Lillestrøm stasjon)

Kursavgift: Medlemmer av PFF: kr 1 800.-
Andre: 2 800.-

Påmelding til pff@fysioterapi.org/kurs . Avbestilling senere enn fire uker før kursstart må betales i sin helhet. Påmelding etter fire uker før kursstart belastes med 10% tillegg i kursavgift.

Urinlekkasje og bekkenbunnsnedfall

Foreleser: Manuellterapeut, Cand.Mag, Cand.scient og PhD Ingeborg Hoff Brækken.
Har deltatt i flere forskningsprosjekter innen idrettskader og bekkenbunnstrening

Dato: Torsdag 11. februar 16.00 – 20.00

16.30 – 17.30: Teori
17.30 – 17.45: Pause
17.45 – 19.15: Anamnese og undersøkelse
19.15 – 19.30: Pause
19.30 – 20.30: Praktisk trening

Hvordan undersøke og behandle kvinner med bekkenleddsplager i svangerskap og etter fødsel?

Dato: Fredag 12. februar

09.00-16.00

Foreleser: Britt Stuge, PT, Phd, spesialist i kvinnehelse, forskningsleder i fysioterapi Oslo Universitetssykehus

09.00 – 12.15

Bekkenleddsplager – hva er det?

Hvordan undersøke bekkenleddsplager? Kliniske tester, teori og praksis.

12.15-13.00

Lunsj

13.00-16.00

Hvordan behandle bekkenleddsplager? Teori og praksis.

Oppsummerende kasus – diskusjon.

Godkjent 11 timer for opprettholdelse av «Spesialist i klinisk ortopedisk fysioterapi»

Ha ledig tøy eller treningstøy på så vi kan delta i praktiske øvelser. Velkommen!

Funksjonell knespesialist



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

Ved fysioterapeut Ragni Narum

Vil du raskt og effektivt lære å behandle kroniske og akutte kneproblemer, samt annen problematikk i bekken og underekstremitet?

«Funksjonell knespesialist» er en unik og helhetsorientert behandlingsmodell, som gjenoppretter optimal leddstilling og leddfunksjon i kneet og de tilhørende funksjonsslynger ned i foten samt opp i hoften, bekkenet og ryggen. På kurset lærer du hvordan du raskt kan undersøke biomekaniske dysfunksjoner samt hvordan du kan behandle årsaken til dette.

Mer informasjon på www.Move2PeakAcademy.dk/
Funksjonel-Knaespesialist

«Det var virkelig et fedt kurs. Indholdet var meget mere omfattende end forventet. Det har udviklet mig som terapeut rigtig meget.»

Maria Mikkelsen, Fysioterapeut, Danmark

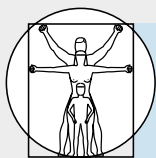
Påmelding: www.pff@fysioterapi.org/kurs

Pris: For PFF-medlemmer 6900.- Andre 8000.-

Tid: 5.-8. november 2015

Sted: Lillestrøm, Dampsagveien 2a – rett ved Lillestrøm tog- og busstasjon

Påmeldingsfrist 5. oktober. Påmelding etter den dato gir et tillegg på 10% i kursavgiften. Ved avbestilling etter 5. oktober må kursavgiften betales.



**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.

PFF på nettet: www.fysioterapi.org • E-mail: pff@fysioterapi.org

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

Ivaretas av styret

FORSIKRINGSSAMARBEID

IF
Tlf.: 02400

RETTSHJELP

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

Neste utgivelse

Fysioterapi

Neste utgivelse:
desember 2015

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 | |

Sekretariatet

| | | | |
|-----------------|---------------------|----------|----------------------------------------------------------------------|
| LEDER: | Christin Foss | 32893719 | pff@fysioterapi.org |
| SEKRETÆR: | Toril Strøm Bruvold | 32893719 | pff@fysioterapi.org |
| GEN.SEKRETÆR: | Henning Jensen | 64958093 | gensekr@fysioterapi.org |
| STUDENTKONTAKT: | Marius Solstrand | 75120144 | marius@iliaden.no |

Fysioterapi i Privat Praksis

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

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 totalt åtte ganger
pr. år.

Fire ganger årlig i 6000 eks.,
i tillegg til 4 ganger i 2200 eks.

Signert stoff står for forfatterens egen regning
og er ikke nødvendigvis i overensstemmelse
med PFFs syn. Stoff til bladet må være mas-
kinskrevet. 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.

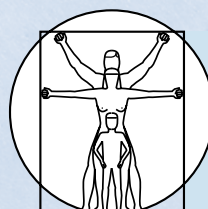
Grafisk utforming/design: Pluss Design,
Lene Hannevig, tlf. 99 64 88 82

Trykk: Zoom Grafisk AS, tlf. 32 26 64 50

PFF – et forbund i vekst og bevegelse

PFFs fagpolitiske målsettinger

- overføre driftstilskuddsmidlene til refusjon
- jobbe for at behandlingsmetoder utvikles og dokumenteres
- sikre at midler fra Rikstrygdeverket brukes til forskning, etter- og videreutdanning i privat sektor (se www.fysioterapi.org)
- ha et relevant kurstilbud til privatpraktiserende fysioterapeuter
- drive markedsføring av fysioterapi
- forenkle takstsystemet
- øke rettssikkerhet for utøvere i forhold til direkte oppgjør
- støtte medlemmer i konflikt med myndighetene
- jobbe for at privatpraktiserende har råderett over egne saker
- informere om aktuelle fagpolitiske nyheter



**Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund**