

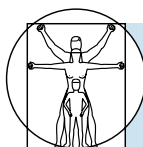
NR 5/2015 – ÅRGANG 24

Fysioterapi

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

Aktiv A – aktiv med artrose.....	4
Cervikal arteriell dysfunksjon (CAD) og vertebrobasilar insuffisiens (VBI).....	6
– Et av de største fremskrittene for fysioterapifaget på flere år.....	9
Eksisterer triggerpunkter?.....	10
Vann i vinden	12
Norske fysioterapeuter mer likestilte	14
helsebiblioteket.no – å velge gode kunnskapsressurser...	16
Et kritisk blikk på Kinesio Tape og forskning	18
Barn og unge til topps?	20
Ung idrettshelse	21
Muskel- og skjelettlidelser – regnskapets time.....	22
Om sammenhengen mellom kropp og hode.....	24
Kursoversikt.....	28

Leder

Det er mye man skal høre før ørene faller av, og det er mangt som skal læres før man skjønner at man aldri blir ferdig utlært. Men det du leser i dette bladet kan du føle deg trygg på. Nesten alle journalistene våre er fysioterapeuter som jobber i klinikk i hverdagen, og som forholder seg til faget vårt hver eneste dag. Flere av dem studerer til master og andre videreutdanninger. Det jobbes, skrives, kurses og konkluderes. Det er flinke folk som forfatter dette bladet. Det er jeg ekstremt stolt av, og jeg ser på det som et kvalitetstegn man ikke bør kimse av.



Redaktør Hilde Stette

I denne utgaven av Fysioterapi i privat praksis kan du lese om triggerpunkter, ungdom og overtrening, vannterapi i Mexico, Kinesio-taping og mye mer. Og visste du at norske fysioterapeuter er langt mer likestilte enn våre kollegaer i andre land? Ny forskning viser dessuten (om det skulle telle for noe), at sportslighet er tett knyttet til maskulinitet, og at de hypersportslige mannlige studentene i norsk fysioterapiutdanning blir sett på som de mest attraktive blant studentene. Kjekt å vite!

Vi i redaksjonen tar snart ferie, så neste utgave av bladet vårt er ikke i postkassene før i slutten av august. I mellomtiden håper vi at dere hardtarbeidende folk tar dere en velfortjent ferie, og nyter varme dager, sol og kos. Høsten kommer tidsnok, og da blir det fulle behandlingslister igjen. Riktig god sommer til dere alle, det har dere fortjent!

Hilde Stette

Redaktør

Aktiv A – aktiv med artrose



I mars gikk første kurs for Aktiv A som etter planen skal bli nasjonalt artroseprogram. Målet er at dette skal inngå i et kvalitetsregister som kan vise utviklingen for artrosepasienter fra symptomdebut, gjennom rehabilitering og til etter eventuell operasjon og på denne måten dokumentere og kvalitetssikre den jobben som gjøres av fysioterapeuter allerede. Et vellykket prosjekt vil være gull verd for å få politikere og beslutningstagere til å satse på fysioterapi for denne pasientgruppen i årene som kommer.

AV LARS MARTIN FISCHER

Pasienter med artrose i hofte- og kneledd utgjør en stor gruppe, man regner med at et sted mellom 4 og 25 % av befolkningen har artrose. Tilstanden utvikler over tid og kan påvirke leddbrusk, kapsel, menisker og leddbånd. Det er heller ikke en gitt sammenheng mellom funn på bildediagnostikk og opplevd smerte eller funksjonstap hos pasienten. Vi har nasjonale retningslinjer som anbefaler informasjon (artroseskole), trening og vektreduksjon for pasienter med artrose. På tross av dette viser det seg at dette ikke etterleves i primærhelsetjenesten, og for mange pasienter går veien fra fastlegen direkte til ortopedien, uten å ha vært i kontakt med fysioterapeut eller forsøkt trening først.

24. mars gikk første kurs for Aktiv A som tar mål av seg å bli et nasjonalt artroseprogram. En stor forsamling fysioterapeuter fra ulike klinikker fikk innføring i prosjektet og blir de første klinikkene som deltar i prosjektet. Nytt kurs går av stabelen 5. mai. Dette er allerede fulltegnet, så interessen er stor. Neste mulighet vil bli 3. september, gå inn på nettsiden til prosjektet for mer informasjon. Ledere for prosjektet er Inger Holm og May Arna Risberg, og hele prosjektet er forankret i Ortopedisk Avdeling, Oslo Universitetssykehus, og prosjektet er non-profit. Lignende landsdekkende prosjekter er allerede godt i gang i Danmark (GLA;D) og

Sverige (BOA) og erfaringene herfra er at et slikt prosjekt er gjennomførbart og potensialet et stort. I Sverige har de nå kommet dit hen at pasientene ikke vil få vurdering hos ortopedien FØR de har vært gjennom en artroseskole og veiledet trening først.

Tanken er at pasienter med artrose tilbys behandling hos fysioterapeut som har gjennomgått Aktiv A kurs, og her mottar de pasientundervisning og et individuelt tilpasset treningsprogram. Treningen kan utføres individuelt eller i gruppe, og som deltagende terapeut får du ferdige foredrag og brosjyremateriell til undervisningen. Både terapeut og pasient skal så gjennomføre spørreskjemaer på nett. For deg som fysioterapeut vil det si en gang ved oppstart og en gang ved 3 måneders kontroll. Pasienten vil i tillegg få tilsendt elektroniske spørreskjemaer etter 12 og 24 måneder. Målet er at dette skal inngå i et kvalitetsregister som kan vise utviklingen for artrosepasienter fra symptomdebut, gjennom rehabilitering og til etter eventuell operasjon, og på denne måten dokumentere og kvalitetssikre den jobben som gjøres av fysioterapeuter allerede. Et vellykket prosjekt vil være gull verd for å få politikere og beslutningstagere til å satse på fysioterapi for denne pasientgruppen i årene som kommer.

Pasienter som kan delta, er de over 35 år med symptomer og funn som indikerer artrose i hofte og/eller knær,

pasienter med degenerativ meniskskade. Tilsvarende prosjekt i Sverige har pågått siden 2008 og favner per i dag data fra over 25 000 pasienter, og 1200 terapeuter har vært gjennom kursprogrammet, mens lignende prosjekt i Danmark så langt har 3500 pasienter og 400 terapeuter.

Pasienter og fastleger kan enkelt gå inn på hjemmesiden og finne det stedet i nærheten som tilbyr Aktiv A. Hjemmesiden fungerer også som portal for å registrere data, både for terapeut og pasient. Dette vil si at du som fysioterapeut ikke trenger å bekymre deg for et stort skjemavelde, og prosjektet tar seg av drift av nettside, datainnsamling og produksjon av brosjyremateriell.

Aktiv A er en enestående mulighet for vår profesjon til å vise at jobben vi gjør med disse pasientene er samfunnsøkonomisk nyttig, kan forbedre ressursbruken i offentlig helsevesen og ikke minst er til det beste for pasienter med artrose. Det er ingen tvil om at det gjøres mye bra allerede på klinikker rundt om, men her får vi en mulighet til å dokumentere vår innsats og kompetanse i stor skala.

Linker:

www.aktivmedartrose.no
www.boaregistret.se
www.glaiddk

Ønsker du å tilby produkter fra

 BAUERFEIND®

til dine pasienter?

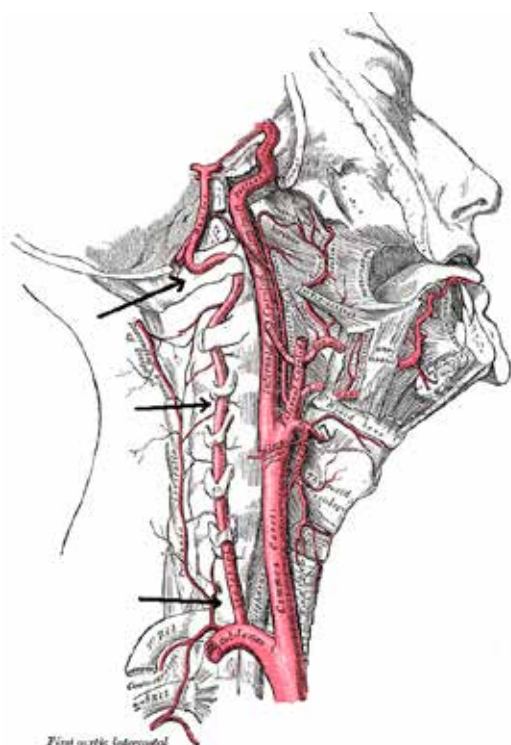
Ta kontakt med oss for mer informasjon på
bauerfeind@demp.as

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

www.bauerfeind.no

Cervikal arteriell dysfunksjon (CAD) og vertebrobasilar insuffisiens (VBI)

Når pasienter oppsøker oss for hjelp med sine plager, er det et spørsmål vi som klinikere må stille oss hver gang – er dette en jeg kan behandle på en trygg måte? Smerte kan ha mange mulige årsaker, og ofte kommer pasientene til oss uten at de har vært gjennom en grundig medisinsk utredning. Det er derfor viktig at vi kan fange opp signaler på alvorlig patologi, såkalte røde flagg.



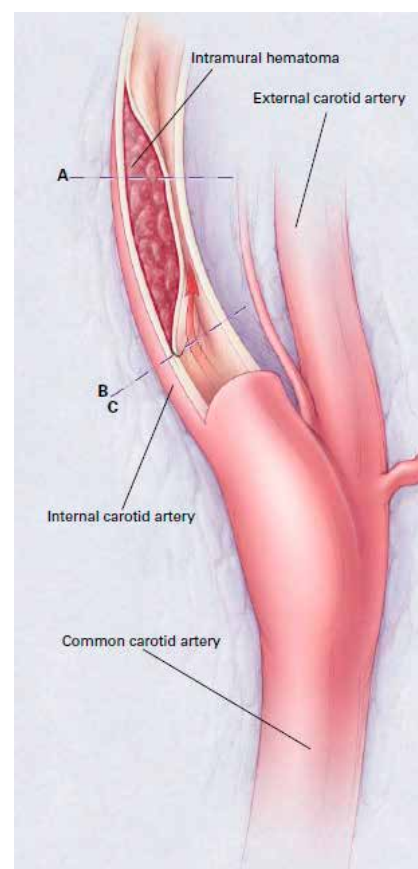
AV LARS MARTIN FISCHER

I mai ble det kjent at regjeringen vil åpne for at pasienter kan gå direkte til fysioterapeut uten henvisning fra lege, en anerkjennelse av fysioterapifaget, men med dette øker også ansvaret til den enkelte terapeut om å avdekke fare-signaler som krever videre utredning. Å ha kjennskap til patologi og potensielle komplikasjoner og uønskede hendelser er derfor helt essensielt. For terapeuter som benytter manuelle teknikker på cervicalcolumna, og spesielt for de som benytter manipulasjon (HVLA – High velocity low amplitude, HVT – high velocity trust) er det viktig å kjenne til sirkulatoriske forhold i nakken, og hvordan sykdom eller skader her kan gi lokale eller regionale smertemønstre

som ligner de fra muskel/skjelettsystemet. CAD er heldigvis sjelden, men de potensielle følgene kan være svært alvorlige - neurologiske utfall, cerebrovaskulær ischæmi (slag eller TIA) og død (1). I litteraturen finner vi en kobling mellom alvorlige bivirkninger, CAD og manipulasjonsbehandling, men hvorvidt det er selve behandlingen eller andre medvirkende faktorer som er årsak til at pasienten får disse komplikasjonene, er ikke klarlagt (2). Faktisk er bruk av NSAIDs forbundet med større fare for alvorlige bivirkninger enn nakkemanipulasjon. Som klinikere bør vi likevel utvise forsiktighet med behandling hvis pasienten presenteres med tegn til skade på vaskulære strukturer i cervicalcolumna.

Patoanatom

Arteriell sirkulasjon til hodet passerer cervicalen via arteria carotis på ventralsiden og arteria vertebralis (VA) på dorsalsiden. A. vertebralis stammer fra a. subclavia og går gjennom foramen transversaria på processus transversus C1-C6, før den trer inn gjennom foramen magnum, og de to sidegrenene danner sammen a. basilaris ved overgangen mellom medulla oblongata og pons. A. carotis kommer direkte fra aorta på venstre side og fra a. brachiocephalica på høyre side og deler seg i carotis interna (CI) og externa cirka ved nivå C3. Rett ovenfor delingsstedet finner vi sinus carotis i CI som har fibre fra hjernenerve IX (n. glossopharyngeus) og baroreseptorer som er viktige for å regulere blodtrykket. I dette området er det også vanlig at det kan dannes arteriosklerotiske forandringer. Strukturdefekter i arterieveggen kan føre til spontan disseksjon av CI og a. vertebralis,



det være seg subintimalt hematoma, trombe (eventuelt med embolusdannelse) eller aneurisme (se figur). Enkelte arvelige sykdommer kan predisponere for disse forandringene, og vi vet at ved økende alder vil arterieveggen bli mindre elastisk og tynnere. Derfor kan selvsagt faktorer som økte kolesterolnivåer eller røyking være risikofaktorer for VBI. Disseksjon av CI eller VA starter ofte med en rift i intima (blodkarveggen) der riften fører til at arterielt blod kommer inn i åreveggen og danner et såkalt intramuralt hematoma. Dette kan føre til en stenose av lumen i blodkaret og dilatasjon av karet (aneurisme) (3)

Symptomer og kliniske tegn på CAD		
	Vertebrobasilare system	Carotis interna
Ikke-ischemisk	Ipsilateral post. nakkesmerter	Ipsilateral midt- og øvre nakkesmerter
	Ipsilateral occipital hodepine	Ipsilateral frontal-temporal eller preorbital hodepine
	Uvanlig type hodepine, «thunderclap» headache	Plutselig debut av symptomer
	Sjelden: C5-C6 nerverotsaffeksjon	Horners syndrom
		Parese cranielle nerver
Ischemisk	Kardinale tegn (se over)	TIA
	Oppkast	Slag i området som forsynes av a. cerebri media
	Tap av korttidsminne	Retinalt infarkt
	Vaghet	Amaurosis fugax – forbigående blindhet
	Anhidrose	Uklart syn
	Hørselsforstyrrelser	Svakhet i muskulatur rundt øyet
	Utilpasshet	Protusjon av øyet
	Perioral dystesi	
	Fotofobi	
	Klønede fremferd	
	Lar seg lett irritere	
	Parese cranielle nerver	
	Bakhjerneslag – Wallenberg eller locked in syndrome	
Van der El (2009) (4)		

En mer systematisk gjennomgang av risikofaktorer kommer senere i artikkelen. Spontan disseksjon av CI har en insidens på 2,5-3 per 100 000, mens AV har 1-1,5 per 100 000 og er årsak til ca. 2 % av alle ischemiske slag, men hos yngre og middelaldrende personer er dette årsaken i 10-25 % av slagtilfellene (3). Kerry og kollegaer tok i 2008 til orde for å innføre begrepet cervikal arteriell dysfunksjon, som et mer dekkende begrep for skader som oppstår i CI eller VA og understreket viktigheten om kunnskap om tegn på arteriell dysfunksjon vil hjelpe klinikere å bedre utføre sin differensialdiagnostisering.

Kliniske tegn

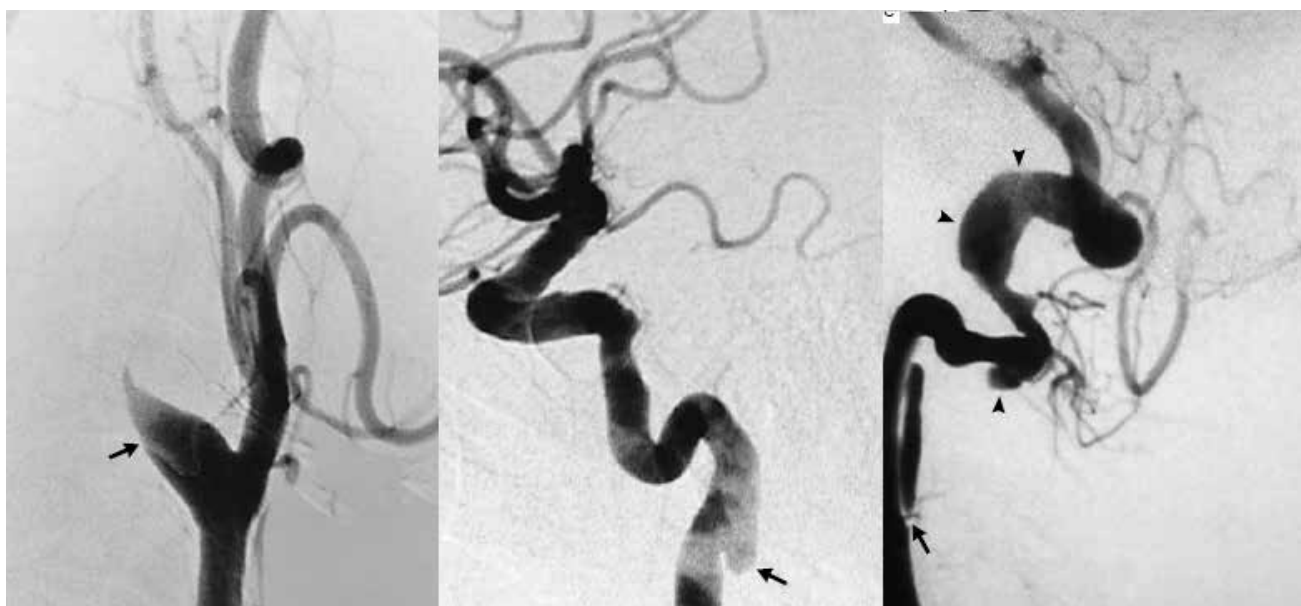
Det vanligste symptomet pasienten kommer med er smerter i hode og nakke, men de oppgir ofte at det er en annen type smerte enn hva de har opplevd tidligere (haldemann). Van der El lister opp ni kardinale tegn på VBI – Svimmelhet, Drop attacks (faller om uten å miste bevissthet), diplopi (dobbeltsyn), dysartri (nedsatt evne til artikulasjon), dysfagi (problemer med å svelge), ataxi (problemer med koordinasjon, gange), kvalme, nummenhet (samme side ansikt, motsatt side kropp) og nystagmus (ufrivillige, rytmiske øyebevegelser) (4) Se tabell for oversikt

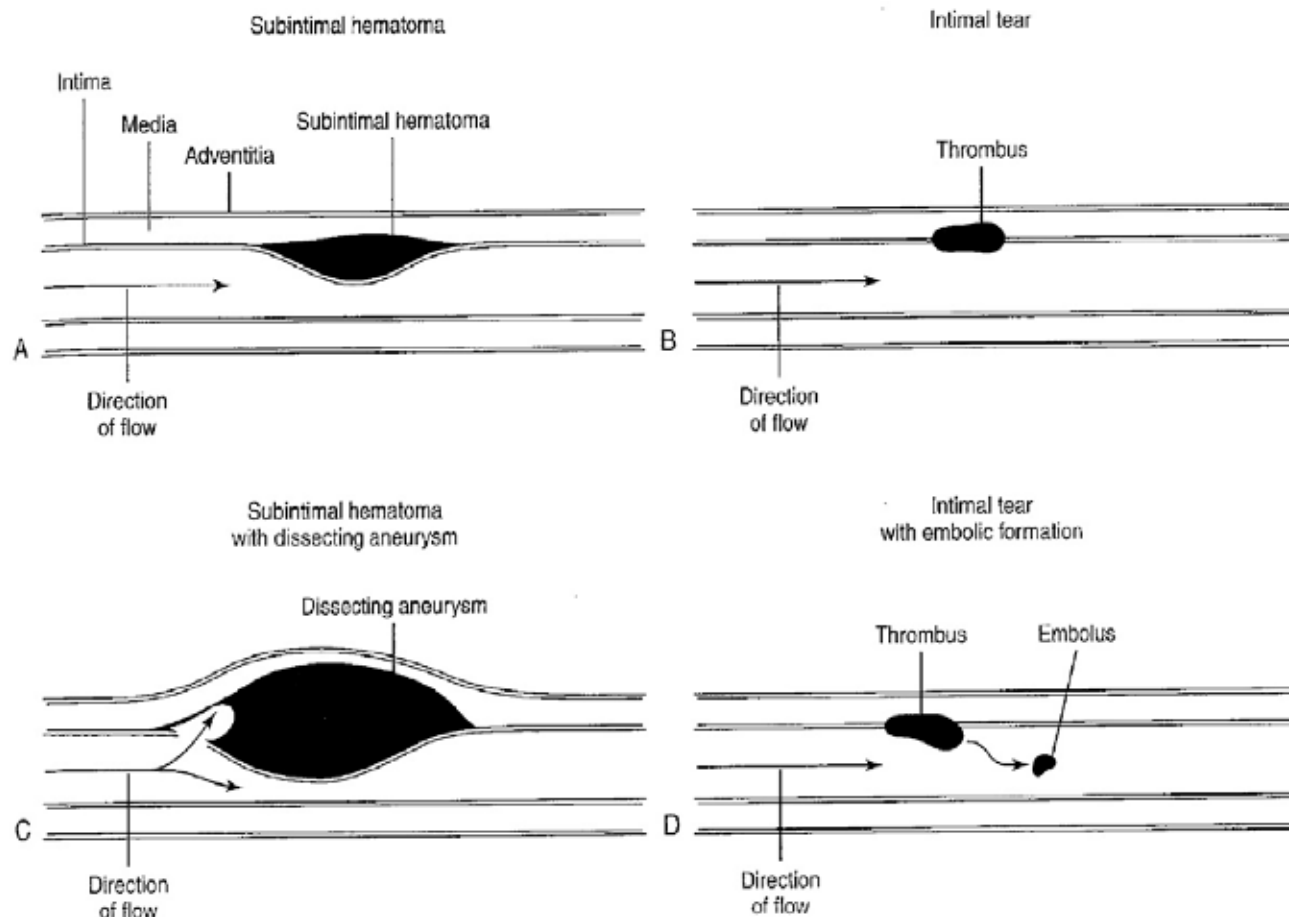
over CAD med ischemisk og ikke-ischemisk årsak.

Mange kjenner kanskje til to kliniske tester for å avdekke VBI, nemlig Hautant's test og deKleyns test som begge kombinerer rotasjon og ekstensjon i opptil 30 sekunder for å avdekke forsnevring av blodkar i øvre cervikal (5). Disse har dessverre liten klinisk verdi, da de ikke er sensitive nok, og man regner med å få mange falske negative svar. MR kan benyttes, men gullstandard er angiografi. Ultralyd kan benyttes hvis man har apparat som kan måle sirkulasjonsstrøm. Ultralyden vil ikke nødvendigvis se årsaken til okklusjon, men endret strømningshastighet vil være et viktig tegn for å utrede videre med angiografi eller MR (3). Andre kliniske tegn kan være Horners syndrom, pulserende tinnitus, affeksjon av hjernenerver (ofte IX-XII), TIA eller slag, retinalt infarkt eller amaurosis fugax (forbigående synstap på det ene øyet) (1) (6)

Risikofaktorer

De mer uttalte risikofaktorene vi skal være oppmerksomme på er hypertensjon (blodtrykk > 140/90), hyperlipidemi (høyt kolesterol), diabetes, familiehistorie med coronar infarkt, angina, transitorisk ischemisk anfall (TIA) eller VBI, røyking, BMI > 30, nylig traume som involverer nakken, instabilitet i øvre del av cervicalcolumna, migrene eller bruk av orale prevensjonsmidler. Av moderate risikofaktorer finner vi B12/folatmangel, hormonbehandling, infeksjoner, dårlig diett, reumatoid artritt, blodkoagulerings sykdommer (økt





levring), hypermobilitet (f. eks. Ehler Danlos eller Marfans syndrom) og BMI 25-29. (6) (1) (4) Forekomsten av CAD er noe høyere om høsten og vinteren (3), noe som kan ha sammenheng med forekomst av proinflammatoriske mediatører og immunresponser som forbigående svekker de arterielle veggene.

Behandling

Hvis man har mistanke om CAD, er det henvisning som gjelder, enten til neurolog eller spesialist på vaskulær medisin. For å identifisere hvilke pasienter vi kan behandle og hvilke som bør henvises videre, kan vi benytte The Nottingham cervical arterial dysfunction (nCAD) sub-classification (6):

Klasse 1 og 2 representerer de pasientene vi kan behandle for neuromuskulære plager, men vi må samtidig være oppmerksomme på faren for CAD. Klasse 3-5 representerer de pasientene som vi bør henviser for medisinsk utred-

ning. I USA, Canada og England har vi sett eksempler på at pasienter har fått slag eller andre alvorlige utfall etter å ha fått manuell behandling. Dette har fått mye oppmerksomhet i litteraturen, og terapeuter har måttet svare for seg i rettssystemet. Det er viktig å huske på at et av de tidligste tegn på slag er nettopp hodepine og nakkeplager. Data som foreligger gir oss ikke svar på om det er en årsakssammenheng mellom manipulasjon og uønskede hendelser (adverse events). Korrelasjon er ikke det samme som årsakssammenheng. Det er mulig at de rapporterte tilfellene med manipulasjonsbehandling og alvorlige komplikasjoner representerer pasienter som uavhengig av manuell behandling hadde fått det samme symptombildet. Her vet vi rett og slett ikke nok, men vi må være vårt ansvar bevisst. CAD er i seg selv ingen diagnose, men en fellesbetegnelse på flere tilstander som vi klinikere bør ta i betraktning når vi gjør vår differensial-

diagnostikk. Vi vet at også at bevegelser av nakken kan endre sirkulatoriske forhold til hjernen, og behandling av nakke bør sees i lys av eventuelle risikofaktorer som pasienten kommer med.

Referanser

1. Haldeman S KFMM. Unpredictability of Cerebrovascular Ischemia Associated With Cervical Spine Manipulation Therapy. *Spine*. 2002 Jan; p. 49-55.
2. Kerry R ea. Cervical arterial dysfunction and manual therapy: A critical literature review to inform professional practice. *Manual Therapy*. 2008; p. 278-288.
3. Schievink WI. Spontaneous Dissection of the Carotid and Vertebral Arteries. *N Engl J Med*. 2001 March; p. 898-906.
4. van der El A. *Ortopedic Manual Therapy Diagnosis*. 1st ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett publishers; 2009.
5. Magee DJ. *Ortopedic Physical Assessment*. 4th ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2006.
6. Kerry R TA. Cervical Arterial Dysfunction: Knowledge and Reasoning for Manual Physical Therapists. *JOSPT*. 2009 may; p. 378-387.

Klasse 1 Neuromuskulær smerte	Klasse 2 Neuromuskulær smerte	Klasse 3 Pre-ischemi	Klasse 4 Tidlig ischemi	Klasse 5 Uttalt ischemi
Med eller uten mindre vaskulære risikofaktorer	Moderat/betydelige vaskulære risikofaktorer	Somatiske symptomer (smerte) +/- perifer neurologi	TIA eller craniell neurologi	Tydelige tegn på craniell ischemi og neurologi

– Et av de største fremskrittene for fysioterapifaget på flere år

AV KJETIL NORD-VARHAUG – STYRELEDER PFF

Et utdrag fra HOD sin plan for Habilitering og rehabilitering om Framtidens Primærhelsetjeneste viser at PFF sitt påvirkningsarbeid bærer frukter.



– Dette kan være et av de største fremskrittene for fysioterapifaget på mange år.

Direkte tilgang til fysioterapi

Kort fortalt vurderes det å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvissende instans når forskrift som regulerer virksomheten er innført. Det vurderes å etablere en forskrift som regulerer kvalitets- og funksjonskrav i den avtalebaserte fysioterapitjenesten, og man utreder muligheten for at kommunene kan tildeles fastlønnstilskudd også når fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen for å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel for kommunene.

Det faktum at man nå får direkte tilgang til fysioterapi er kanskje det viktigste fremskrittet for fysioterapifaget på mange år. Både PFF og NFF har i flere år jobbet for å få dette til. PFF har blant annet skrevet flere artikler om temaet, og vært i dialogmøter med HOD hvor direkte tilgang til fysioterapi har vært tema.

Vi er svært glade for denne utviklingen. En fysioterapeut står selvstendig ansvarlig for diagnostikk og behandling i henholdt til helsepersonell loven. Da må det også være vårt ansvar å vurdere behovet for behandling hos den enkelte pasient.

Utviklingen med stadig mer private helsetjenester har myket opp skillelinjene i helsevesenet. De aller fleste pasienter er allerede vant med at de kan oppsøke sin behandling direkte når de har behov.

Nå kan også pasienter som trenger refusjonsbasert fysioterapi oppsøke sin behandler ved behov, når denne forskriften innføres.

Ut av skyggen til kiropraktoren og manuellterapeuten

Etter at kiropraktoren og manuellterapeuten fikk direkte tilgang uten henvisning samt rettigheter innen radiologi og sykmelding, så har mange fysioterapeuter følt seg underlagt disse yrkesgruppene. At pasienten nå ikke lenger skal måtte oppsøke en annen behandler i primærhelsetjenesten for å få «godkjent» sitt behandlingsbehov er en viktig statushevelse av fysioterapeuten og den rollen vi har i helsevesenet. At HOD nå også kommer til å innføre kompetansekrav er vi også tilhenger av. Faglig oppdatering og videreutdanning er nøkkelen til en bedre tjeneste. At fastleger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten omfattes av samme krav er bra. Utfordringen er hvordan man skal regulere dette i fysioterapitjenesten, og hvilke sanksjoner HOD skal benytte overfor de som ikke oppfyller kravene.

Fysioterapi på vei inn igjen som lovpålagt tjeneste

HOD og helseminister Bent Høie ønsker igjen å lovfeste retten til fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Dette er beskrevet i HOD sin plan for primærhelsetjenesten. Under en helsekongress i mai 2015 uttalte Høie følgende:

Sitat fra Høie:

Vi vil lovfeste en liste over profesjoner som kommunene må ha for å gi innbyggerne tjenestene de trenger. På denne listen skal det stå lege, sykepleier og fysioterapeut. Det skal stå jordmor og helsesøster. Det skal stå psykolog.

PFF mener at det er et viktig skritt i riktig retning at fysioterapien er nevnt med ord i lovteksten, og at det ikke lenger er opp til den enkelte kommune å vurdere behovet for tjenesten. Dette var noe vi tok opp med Høie sommeren før valget da Høyre kom i regjering for 2 år siden,

Utdrag fra HOD sin plan:

- Vurdere å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvissende instans når forskrift som regulerer virksomheten er innført
- Etablere en forskrift som regulerer kvalitets- og funksjonskrav i den avtalebaserte fysioterapitjenesten
- Utrede muligheten for at kommunene kan tildeles fastlønnstilskudd også når fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen for å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel for kommunene.

og vi er glade for at han nå tar tak i dette problemet og re-innfører fysioterapi som lovpålagt tjeneste.

Årets takstforhandlinger med PFF, NFF, NMF og HOD

Årets takstforhandlinger er i gang, og i skrivende stund møter alle fagorganisasjonene, HOD og KS til en rekke møter for å fastsette neste periodes takster for fysioterapitjenesten. Når dette bladet kommer i posten er forhandlingene sannsynligvis over. PFF har samlet inn innspill fra hele organisasjonen, og vår egen takstkomité har sammenfattet dette til en rekke krav.

Takstkomitéen vil komme med en egen redegjørelse etter at forhandlingene er over på hvilke krav vi har fått gjennomslag på, og hvordan årets forhandlinger har gått for våre medlemmer.

Etter at PFF for over 2 år siden fikk møterett til takstforhandlingene med HOD har styret jobbet kontinuerlig med å finne en god plattform å løse dette på. En spesialisert takstkomité ser ut til å være den beste løsningen, hvor erfarne fysioterapeuter med faglig og erfaringsbasert kunnskap om takstplakaten danner grunnlaget for PFF sine

→ krav, etter evaluering av medlemmenes innspill.

Når det gjelder rammene på oppgjøret så er dette i all hovedsak satt av den generelle prisstigningen og lønnsveksten i offentlig sektor. Siden vi ikke er ansatt og er organisert uten streikemidler eller rettigheter, har medlemsorganisasjonene lite vi skulle ha sagt når det kommer til rammene. Den totale potten settes derfor av HOD, men må aksepteres av blant andre PFF for å kunne gå videre med de detaljerte fordelingene.

I praksis vil dette bety at den enkelte fysioterapeut med kommunal avtale selv må vurdere om de rammene en slik avtale gir er tilfredsstillende. Det er faktisk lov å si opp sin avtale med kommunen, og vi har nå flere eksempler på kollegaer som har gjort dette i protest mot HOD og kommunene. Dette er kanskje det kraftigste virkemiddelet vi har, men siden forhandlingene er med HOD primært, så vil den enkelte kommune oppleve en oppsigelse som uproblematisk da det står en rekke fysioterapeuter klare for å tre inn i avtalen.

PFF sitt hovedmål vil derfor være fortsatt å jobbe for en finansiering som ikke baserer seg på tilskudd alene, men også mulighetene for at fysioterapeuter uten tilskudd skal kunne levere behandlinger i kommunehelsetjenesten. HOD har varslet en strategi med fritt behandlingsvalg. Det blir spennende å følge utviklingen, samtidig som vi vil bruke vår mulighet til å drive politisk påvirkningsarbeid.

Rettelse:

Dessverre snek det seg inn en feil i artikkelen om Petter Planke i forrige nummer.

«Alle hadde stor helsegevinst, og kun 20 av 24 har hatt behov for ny behandling» var dessverre helt feil. Det riktige er: «Alle hadde stor helsegevinst, og kun 4 av 24 har hatt behov for ny behandling». Noe som selvsagt er langt mer gledelig. Redaksjonen i Fysioterapi beklager denne feilen.

Eksisterer triggerpunkter?

I aprilutgaven av «FYSIO – nyhetsbrevet for fysioterapeuter» ble Quinter et al (1) sin kritiske evaluering av triggerpunktfenomenet presentert under tittelen «Eksisterer triggerpunkter?» Jeg ønsker å bygge videre på denne problemstillingen og forhåpentligvis bidra til å løfte diskusjonen noe videre.

TEKST STIAN CHRISTOPHERSEN

Opphavspersonene bak definisjonen av myofascielle triggerpunkter (MTrP), Janet Travell og David Simons, beskriver MTrP som ømme og smertefulle punkter ved palpasjon av myofascielt vev, og punktene beskrives ofte som muskelknuter (2, 3). Travell og Simons anså triggerpunkter som sentrale i utviklingen av myofascielt smertesyndrom (MPS) og dette har vært gjenstand for kontroversielle og tidvis opphetede debatter i over 20 år (4).

Jeg har i løpet av min (begrensede) kliniske karriere aldri møtt en eneste pasient som ikke har punkter i myofascielt vev som er ømme og/eller smertefulle ved palpasjon. Moseley påpeker også ganske riktig at triggerpunkter er til stede hos alle pasienter med smerter i muskel-/skjelettsystemet (5).

Så, hvor leder det oss?

Når alle har disse punktene, også helt asymptotiske og funksjonsfriske individer, kan ikke det å tillegge dem patologi og symptomer rett og slett være en sykeliggjøring av det normale? Travell og Simons sine teorier om patogenesen/fysiologien bak MTrP og deres rolle i MPS har ikke blitt bekreftet på tross av flere tiår med forskning. Videre foreligger det, overraskende nok, ingen diagnostiske kriterier for MTrP (1-4, 6, 8). Når gullstandarden for diagnostisering av MTrP er palpasjon, er det innlysende at «pareidolia» og egne preferanser spiller inn, og er det noe vi burde være årvåke for så er det hvordan klinisk erfaring har evnen til å bedra oss. Trekker vi frem Wolfe (4) sine

funn kompliseres diagnostiseringen ytterligere; Wolfe testet blant annet intra- og interreabiliteten hos datidens eksperter på feltet, inkludert David Simons. Resultatet var mildt sagt nedslående da selv datidens eksperter hverken reliabelt eller presist kunne diagnostisere MTrP. Spørsmålet som meldte seg da var selvfølgelig:

Når verdens ledende eksperter ikke klarer å diagnostisere MTrP, hvem i all verden klarer det da?

Det spørsmålet, samt flere andre spørsmål rundt MPS og MTrP, står like ubesvart i dag som det gjorde da (3). Hvordan skal vi kunne rettferdiggjøre antatt behandlingseffekt på noe vi ikke verken kan diagnostisere sikkert eller forklare de underliggende mekanismene til? Og når den meget populære behandlingsformen for MTrP, dry-needling, ikke kommer bedre ut enn sham-needling eller andre behandlingsmodaliteter etter fire uker (7) må det være lov å spørre seg hvilke konjekturen som selges som sannheter i diverse kursrekker både her til lands og internasjonalt. Det finnes mange forklaringer for hvordan intervensjoner som gjennom kontrollerte studier ikke viser behandlingseffekt likevel kan oppleves som effektive både for pasient og behandler. Placeboeffekt, pasientens/terapeutens ønske om bedring og det såkalte «regression to the mean» er bare noen av faktorene som bør vurderes parallelt (10). Som autorisert helsepersonell har vi et etisk ansvar for å stille spørsmålstegn ved det kausale forholdet mellom behandlingsmetode og behandlingseffekt.



For ordens skyld: jeg har tatt kursene, jeg har brukt behandlingsteknikkene og jeg har trodd på de forklaringsmodellene jeg ble servert. Og før noen spør: ja, jeg har også hatt effekt med pasienter. Selv om det da er veldig fristende å konkludere om det generelle fra det spesielle – altså å si at mine positive erfaringer og behandlingsresultater med disse metodene vil være gjeldende for alle – for å få puslespillbrikkene til å passe, er det ikke sånn verden fungerer? Vi er nødt til å gå den andre veien. På tross av den kognitive dissonansen jeg har måttet jobbe med, er jeg glad jeg var igjen- nom prosessen, og min mening er at vi som terapeuter burde utfordre våre egne verdensbilder og årsaksforklaringer på en rekke områder innenfor faget for å utvikle oss selv og profesjonen videre.

Min hensikt med å videreføre diskusjonen om MTrP er vårt forhold som terapeuter til fenomener, konjekture og årsaksforklaringer. Det er få som betviler triggerpunktenes eksistens som et smertefullt fenomen, kontroversene handler om årsaken. Som Paul Ingraham fra PainScience sier det om triggerpunkter: "Just because a bunch of blind men grab onto an elephant and make amusingly different inferences about the nature of the beast does not mean that there is no beast." Derfor mener jeg problemstillingen som reises i FYSIO blir feil, fordi vi ikke diskuterer fenomenets eksistens, men årsakene til at fenomenet eksisterer og årsakene til at ulike behandlingsmodaliteter kan ha en positiv effekt. Dette er et viktig skille

fordi det er overførbart til årsaksforklaringene rundt andre smertefenomener vi møter i vår praktiske hverdag. I gurus- mens tidsalder har det blitt teoretisert og hypotetisert rundt disse fenomenene, og årsaksforklaringer og behandlingsfor- mer har blitt solgt som sannheter til alle som vil høre. Og hvis det da stemmer som Sigurd Mikkelsen sier, at «utfordringen er ikke at ingenting virker, men at alt potensielt kan virke» stiller det enda større krav til oss som fagarbei- dere å kritisk resonnerer rundt hvorfor de behandlingsformene vi selges har en effekt.

Likevel, for å unngå å helle babyen ut med badevannet i triggerpunktdisku- sjonen; det eneste vi med sikkerhet kan si er at vi ikke vet. Og dette burde ikke ses på som et ydmykende nederlag, men som et insentiv til å forstå mer. Triggerpunktenes rolle, og den eventu- elle behandlingen av dem, sett i lys av moderne smertevitenskap, gate-control theory, perifer og sentral sensitivisering og involvering av perifere nerver (3) venter fortsatt på mer forskning. Kan- skje kan det nettopp vise seg at

«Vi ikke behøver å forandre intervensjo- nen. Vi må forandre forklaringen.»

Med andre ord, og dette ikke kun ved- rørende triggerpunkter, men i faget vårt generelt; unngå å gjøre konjekture til sannheter, ikke generaliser egne erfaringer, still kritiske spørsmål og søk ny og bedre kunnskap – uansett hvor vondt det måtte gjøre.

1. Quintner JL, Bove GM, Cohen ML.: A critical evaluation of the trigger point phenomenon. *Rheumatology* 2014;pii: keu471.
2. Meakins, Adam: Soft tissue sore spots of an unknown origin. *Br J Sports Med* 2015 49: 348 doi: 10.1136/ bjsports-2014-094502
3. Shah, J. et al: Myofascial Trigger Points Then and Now: A Historical and Sci- entific Perspective *PM R*. 2015 Feb 24. doi: 10.1016/j.pmrj.2015.01.024.
4. Wolfe F, Simons DG, Friction J, et al.: The fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of ten- der points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain syndrome and no disease. *J Rheumatol* 1992;19:944–51
5. Moseley GL. 2012. Pain: why and how does it hurt? In: Brukner P, Khan K, eds. *Clinical Sports Medicine*, 4th ed. Sydney: McGraw-Hill Aust Pty Ltd. 2012: 41-53.
6. Quintner JL, Cohen ML.: Referred pain of peripheral nerve origin: an alternative to the “myofascial pain” construct. *Clin J Pain* 1994;10:243–51.
7. Kietrys, D. et al: Effectiveness of Dry Needling for Upper-Quarter Myofas- cial Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2013;43(9):620-634. Epub 11 June 2013. doi:10.2519/jospt.2013.4668
8. Lucas N: Reliability of physical examination for diagnosis of myo- fascial trigger points: a systematic review of the literature. *Clin J Pain*. 2009 Jan;25(1):80-9. doi: 10.1097/ AJP.0b013e31817e13b6.
9. Hartman, S: Why do ineffective treatments seem helpful? A brief review. *Chiropr Osteopat*. 2009; 17: 10. Published online 2009 Oct 12. doi: 10.1186/1746-1340-17-10



Vann i vinden

Terapi i vann begynner å slå rotfeste blant fysioterapeuter i Mexico, spesielt ved rehabiliteringssentrene er det i dag vanlig at de ansatte har sertifiseringer innen terapiformen.

TEKST: TONE AGUILAR FOTO: MARCO AGUILAR

– Vi fysioterapeuter har i flere år brukt vannterapi, forteller Rafael Vidal, men det er først de siste seks-sju årene at vi har begynt å anvende teknikker som er utviklet spesielt for vannterapi.

Rafael er ansvarlig blant fysioterapeutene ved rehabiliteringssenteret CRIT i Oaxaca. Senteret er en del av Sistema Infantil Teletón, SIT, som i dag driver 22 rehabiliteringssentre for barn med ulike funksjonshemninger i Mexico.

Den økte interessen for vannterapi bidro til at Mexico for to og et halvt år siden fikk sin egen forening for vannterapeuter, Red Mexicana Terápias Acuáticas. Foreningen er medlem av det internasjonale forbundet for vannterapeuter, IATF.

Maria Eugenia Hernández Ruiz som står i spissen for foreningen, forteller at de foruten å gjøre terapiformen kjent, organiserer spesialiseringskurs blant fysioterapeuter.

De to vanligste teknikkene som benyttes i Mexico er Halliwick-Water Specific Therapy og Bad Ragaz Ring Metod.

– I tillegg til disse, holder vi kurs i Ai-chi og Agua- T relax, forteller María Eugenia. Grunnen til at vi fokuserer på de fire nevnte teknikkene, er at det er disse som kan vise til viktige kliniske resultater.

Vann er gøy

– Her ved senteret bruker vi Halliwick og Bad Ragaz, sier Rafael.

Halvparten av de 20 fysioterapeutene ved senteret har opplæring i en eller begge teknikker.

– Og de som ikke har det, blir nysgjerrige på hva kollegaene gjør når de ser resultatene, fortsetter fysioterapeuten.

Erfaringene ved SIT viser at vannterapi gir raskere bedring hos pasientene.

– Effekten av terapi på pasientene varierer riktig nok, men i flere tilfeller har vi sett samme forbedring med

halvparten så mange terapisesjoner, hevder Rafael.

En viktig årsak til dette mener han er at vann er gøy.

– Spesielt barn trives i vann, sier han videre.

Pasientgruppen ved SIT er barn med funksjonshemninger mellom null og atten år.

– I starten er det alltid en tilpasningsprosess hvor pasientene lærer å puste riktig når de befinner seg i bassenget, hvor de lærer å flyte med ringer og annet hjelpemateriale og å bli trygge på seg selv i vannet, forteller fysioterapeuten.

Denne prosessen tar vanligvis kun en til tre terapisesjoner.

– Når de har vendt seg til vannet, ser vi raskt en holdningsendring, fortsetter Rafael. – De blir gladere, mer oppmerksomme og sosiale, hvilket gjør at de er mer mottagelige for hvilken som helst terapi.

María Eugenia legger også vekt på vannets inspirasjon.

– Vann er aldri monotont og stimulerer deg til å gjøre nye ting, sier hun. - Du trenger ikke å bekymre deg for å falle, derfor er det lettere å utvikle motoriske ferdigheter. - Når du blir klar over at du kan gjøre noe nytt, så får motivasjonen et løft, og vi ser en viktig holdningsendring.

Varmens effekter

Terapisesjonene ved SIT varer i en halv time, det er gruppeterapi, og barna har alltid følge av en voksen.

– Alle pasienter har gjennomgått en klinisk evaluering hvor det avgjøres om de er egnet for vannterapi, presiserer Rafael. - Dette er meget viktig da pasienter med lavt immunforsvar, de som har en organfeil, for lavt oksygennivå eller problemer med å skille ut slim ikke er egnet for denne terapien.

Han overvåker hele tiden at ikke pasienter som er forkjølet, med andre infeksjoner, som nylig har hatt feber ikke deltar i terapien.

– Vi må passe ekstra på dette på grunn av at temperaturforskjellen i og utenfor vannet kan forverre disse tilstandene, sier han.

Temperaturen i vannet varierer mellom 32 og 34 grader.

– Den høye vanntemperaturen har mange positive effekter som vi fysioterapeuter nyter godt av, fortsetter Rafael. - Den øker stoffskiftet og bedrer blodsirkulasjonen som gjør at muskelvevet får mer næring og pasientene større bevegelseskapasitet.

Det varme vannet har også en smertestillende effekt.

– Og det er i seg selv avslappende, sier fysioterapeuten.

Hver terapisesjon begynner i tillegg med avlappingsøvelser.

– Her bruker vi som regel Halliwick da den er mer avslappende mens Bad Ragaz- teknikken utvikler flere bevegelsesmønstre, sier han.

Bad Ragaz vanskeligere

– Halliwick er en enklere teknikk enn Bad Ragaz, og har mye til felles med Bobath, sier María Eugenia. – Terapeuten har større frihet og har stort rom i forhold til hvordan terapien utføres.

Halliwick egner seg spesielt til barn, og ble i utgangspunktet utviklet for å lære funksjonshemmede å svømme og å være selvstendige i vannet.

– For oss er der riktignok ikke noe



mål at pasientene skal lære å svømme, poengterer lederen for den meksikanske vannterapiforeningen. - Som terapeut vil jeg at pasientene skal ha nytte av øvelsene vi gjør i vannet også på tørr grunn.

Rad Ragaz Ring-metoden beskriver hun som mer teknisk.

– Den baserer seg på diagonaler og har faste bevegelsesmønstre som må utføres til punkt og prikke for å oppnå det ønskede resultatet, forklarer hun. - Derfor er det nødvendig at fysioterapeuter tar flere kurs i metoden for å ha full kontroll.

María Eugenia har tatt flere kurs i alle de fire teknikkene foreningen fremmer.

– Og i en terapisesjon kan jeg bruke alle fire, avhengig av hva pasienten trenger, sier hun.

Teknikken som generelt benyttes minst er avslapningsteknikken Agua- T relax.

– Det er fordi den er passiv, og vi fysioterapeuter anvender i mindre grad passive teknikker, sier hun. - Ai-chi bruker jeg mer.

Denne er som Tai-chi i vann og har god effekt særlig blant eldre pasienter som har behov for å trene balanse.

– Ai-chi fokuserer på tyngdepunkt og likevekt, og er derfor en god teknikk for å forebygge fall, fortsetter fysioterapeuten.

Hun understreker imidlertid at vannterapi og de ulike teknikkene passer for mange forskjellige pasienttyper.

– Vi arbeider mye med revmatikere, pasienter med Parkinson, cerebral parese og nevrologiske pasienter

Ulike veier

Veien til vannterapiens univers var ulike for Rafael og María Eugenia.

Rafael har vært en del av SIT-

sentrene siden det første senteret ble åpnet for seksten år siden.

– Vi har hele tiden brukt vannterapi, forteller han. - I begynnelsen var det ikke så strukturert, men vi utviklet etter hvert ideer om å bruke prinsipper fra Bobath også i vannet.

Da Halliwick-metoden ble innført i Mexico for første gang for syv år siden, var de derfor raske til å begynne å anvende den og senere Bad Ragaz Ring - metoden.

– For meg var det derimot helt tilfeldig at jeg fikk øynene opp for terapiformen, medgir María Eugenia.

Som nyutdannet fysioterapeut ønsker hun å spesialisere seg, og det var da hun kom over mulighetene for å spesialisere seg innen vannterapi i Spania. Senere har hun tatt mastergrad i temaet og et utall rekke kurs.

– Jeg er i ferd med å oppnå sertifiseringen som lærer, forteller hun.

Per i dag blir godkjenningen av fysioterapeuter som tar kurs i vannterapi i Mexico, gitt av det internasjonale forbundet, IATF, og det er spesielt nederlenderen, Johan Lambeck, som har stått for både kurs og godkjenning av terapeuter som har deltatt på disse i Mexico.

Kursene som holdes tre til fire ganger i året, har stor pågang.

– Det er bra med vind i seilene når det gjelder vannterapi her i landet, konkluderer María Eugenia, og legger til at hun som leder for den meksikanske vannterapiforeningen jobber for at det skal opprettes flere kliniske laboratorier som gir grunnlag til å forske på metoden og å bidra til en terapi av høy kvalitet.



Norske fysioterapeuter mer likestilte

Fysioterapeut og høyskolelektor Tone Dahl-Michelsen disputerer i disse dager for sin doktorgrad i profesjonsstudier. Hun har studert betydningen av kjønn i fysioterapi, et hittil understudert tema. Selv om menn og kvinner ofte velger forskjellige veier i arbeidslivet, gjør de mye likt i utdanningen.

TEKST HILDE STETTE

Både i Norge og internasjonalt er fysioterapi dominert av kvinner. Faktisk er 70 prosent av alle terapeuter kvinner. Likevel er arbeidsmarkedet til fysioterapeutene kjønnsdelt: Mens mannlige fysioterapeuter helst går til privat praksis med idrett eller manuell terapi, er kvinnelige terapeuter ansatt i det offentlige helsevesenet. I Norge kombinerer de mannlige fysioterapistudentene det maskuline og sportslige med omsorg

og nærhet. I England overlater de heller omsorgen til sine kvinnelige medstudenter. – Dette spenningsfeltet fanget min interesse, sier fysioterapeut og høyskolelektor Tone Dahl-Michelsen til forskning.no.

Sportslige mannlige studenter

Dahl-Michelsen har studert førsteårsstudenter og finner at kjønn gjør seg gjeldende på flere områder, og særlig i kombinasjon med sportslighet.

De fleste fysioterapistudenter er

opptatt av idrett og sport. Det å bli sett på som sporty og være godt trent har en sterk symbolsk verdi, noe alle studentene forholder seg til. Men det er viktigere for mannlige studenter enn for kvinnelige studenter, og her kommer kjønnsperspektivet inn.

– Sportslighet er knyttet til maskulinitet, og de hypersportslige mannlige studentene blir sett på som de mest attraktive blant studentene, forteller Dahl-Michelsen.

– Det er for eksempel bare mannlige



studenter som allerede i første studieår jobber målrettet mot drømmejobben, som er å være fysioterapeut i Olympia-toppen, sier hun.

Seksualitet og eget utseende

Kroppsidealet blant mannlige studenter er knyttet til både sport og seksualitet. Den metroseksuelle mannen, med David Beckham i spissen, er idealet for mange. Han med bulende muskler under sin glinsende og solbrune hud.

– Det handler kort og godt om at menn blir mer fokusert på eget utseende, at det ikke blir sett som umandig å være feminin og å være opptatt av eget utseende, forklarer forskeren.

Der de mannlige studentene har et stort handlingsrom – de kan velge om de vil spille på seksualitet eller ikke – velger de kvinnelige studentene en mye mer nedtonet fremtoning.

Dahl-Michelsen håper forskningen kan bidra til å løse opp kjønnsstereotyper og forestillinger om menn og mannlighet og kvinner og kvinnelighet.

Gode på omsorg

Et sentralt funn i avhandlingen dreier seg om forholdet mellom behandling og omsorg.

Hun finner at både mannlige og kvinnelige studenter er like opptatt av å gi omsorg.

– For å bli sett på som en kompetent moderne fysioterapeut må studentene kombinere omsorg og behandling, sier Dahl-Michelsen.

For selv om studentene er opptatt av å være sporty og beherske behandlerteknikker, så snakker de veldig varmt om relasjoner og det å kunne kommunisere, ifølge forskeren.

– Både kvinner og menn gir nærhet og omsorg på en veldig lik måte. Det er ikke sånn at mannlige studenter gjør teknikkene på mannlige måter. Menn skyver ikke omsorg over på kvinnene, men tar det inn som en naturlig del. De tar opp i seg dette kroppsnære og det å beherske intimitet, sier hun.

Endret kompetanse

Dahl-Michelsen spekulerer på om den norske likestillingspolitikken har gjort sitt til at gutta gjør omsorg med den største selvfølgelighet.

Slik er det nemlig ikke i England, viser en undersøkelse fra 2013. Der er skillet skarpere mellom de omsorgsfulle kvinnene og de sportslige mennene. Eller mellom feminine kvinner og maskuline menn.

Hun synes trenden er positiv, og er nysgjerrig på hvordan arbeidsmarkedet for fysioterapeuter utvikler seg i årene fremover.

– Dette er treige kulturelle felt som ikke endrer seg så raskt. Men vi ser at for eksempel en idrettsfysioterapeut er noe ganske annet i dag enn for 20 år siden. En idrettsfysioterapeut fra denne generasjonen kombinerer behandling og omsorg på andre måter enn generasjonene har gjort før, sier hun.



Tone Dahl-Michelsen. Foto: Kjersti Lassen. Bildet er hentet fra forskning.no

Referanse:

Tone Dahl-Michelsen: Gender in physiotherapy education. A study of gender performance among physiotherapy students and changes in the significance of gender. HiOA avhandling nr. 4 2015. (Sammendrag)

Tone Dahl-Michelsen: Sportiness and masculinities among female and male physiotherapy students. Physiotherapy Theory and Practice. 2014 Vol. 30. doi: 10.3109/09593985.2013.876692
Forskning.no

RIMELIG BENKEPAPIR - HØY KVALITET

Bestill på 4843 4224

salg@helseoghudpleie.no

nettbutikk
FOR HELSE OG HUDPLEIE





helsebiblioteket.no

- å velge gode kunnskapsressurser

helsebiblioteket.no er et offentlig nettsted som formidler kunnskapsressurser på nett for helsepersonell. Her kan du slå opp i kunnskapsbaserte oppslagsverk, oppdatere deg i retningslinjer eller lese tidsskrifter – helt gratis. Nå kan du også stille spørsmål om effekt av tiltak og få hjelp til å finne svaret i noen utvalgte, gode kunnskapskilder.

Et av de viktigste prinsippene for kunnskapsbasert praksis er å velge kilder til oppsummert forskning før man leter blant enkeltstudier. Begrepet «oppsummert forskning» innebærer at alle tilgjengelige forskningsartikler om en spesiell problemstilling er systematisk innhentet, vurdert og sammenstilt. Dette er til støtte og hjelp for travle helsearbeidere som har behov for raskt å finne svar på store og små spørsmål - og i tillegg er påliteligheten av forskningsresultatene høy.

Men hvilke kilder skal du velge for å få svar på spørsmålene du har? Under

følger noen forslag til kilder som kan være nyttige for fysioterapeuter.

Gode kilder til oppsummert forskning for fysioterapeuter

- I det internasjonale oppslagsverket UpToDate kan du søke på diagnoser og symptomer og lese internasjonale behandlingsanbefalinger om en mengde vanlige og uvanlige tilstander. Ved et søk på for eksempel «osteoarthritis» får du oversikt over diagnostikk, risikofaktorer og behandling.
- Behandlingsanbefalinger på norsk finner du i en samling norske fysiotera-

pirelevante veiledere og retningslinjer. Kjenner du f.eks. til Aktivitetshåndboken fra Helsedirektoratet? Her finner du oppsummert kunnskap om effekt av fysisk aktivitet i forebygging og behandling, samt anbefalinger for hvordan man kan tilrettelegge for fysisk aktivitet for forskjellige målgrupper.- Referansedatabasen PEDro gir deg referanser til systematiske oversikter, kliniske utprøvinger og retningslinjer om behandling og forebyggende tiltak innenfor fysioterapi. I denne basen kan du dessuten raskt og enkelt få oversikt over månedlige oppdateringer innen enkelte emner. Disse

oppdateringene kan du også abonnere på pr. e-post.

- Cochrane Library er en annen velkjent kilde til oppsummert forskning og dekker også emner som er interessante for fysioterapeuter. Basen inneholder blant annet systematiske oversikter i fulltekst som utarbeides av Cochrane Collaboration.
- På helsebiblioteket.no finner du en egen side for fysio- og ergoterapi. Her har vi samlet lenker til utvalgte nyttige ressurser. På siden finnes lenker til relevante systematiske oversikter, et anatomisk atlas beregnet på pasienter og studenter, aktuelle tidsskrifter og mye annet.
- En egen tjeneste på Helsebiblioteket hjelper ansatte i helsetjenesten med nettopp dette å velge kilder. Søkjetjenesten gir helsepersonell mulighet til å sende inn spørsmål om effekt av tiltak og få hjelp av en bibliotekar til å søke i noen gode, utvalgte kilder til oppsummert forskning. Søkene gjøres av bibliotekarer i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. På Søkjetjenestens sider kan du se hvilke spørsmål som allerede er stilt. Her finner du f.eks. spørsmål som hvilken effekt fysioterapiveiledet trening og mestrings tiltak har for pasienter med hjerneslag, eller hva effekten av fysioterapi sammenlignet med kirurgi er ved nakkeprolaps.



Tilgang til helsebiblioteket.no

Alt du trenger for å få tilgang til helsebiblioteket.no er en PC med Internettoppkobling og en norsk IP-adresse. Noen av ressursene må du logge deg på for å få tilgang til, men å registrere seg som bruker er enkelt og gratis.

Nyttige lenker

helsebiblioteket.no, UpToDate, PEDro, Cochrane Library, Søkjetjenesten – veiviser til oppsummert forskning



NFKOM inviterer til kongress med tema
"Labrumskader i skulder og hofter"

Sted og dato: Stavanger 5-6 september

Få med deg årets happening:

NFKOM har gleden av å invitere til en spennende og innholdsrik kongress med forelesere fra både inn- og utland.

Årets tema er labrumskader i skulder og hofter. Velkommen til en spennende helg med faglig påfyll og sosial nettverksbygging.

For kursprogram se: <http://www.nfkom.com/kurs/kongress-2015>
Påmelding gjøres via NFKOM sine hjemmesider med betaling via vår nettbutikk.

Et kritisk blikk på Kinesio Tape og forskning

Kinesio Tape praktiseres av mange fysioterapeuter og andre klinikere verden over, men den evidensbaserte effekten av teipen er imidlertid usikker. Forskingen viser til varierende resultater, der enkelte har funnet potensielt betydningsfulle effekter, mens de fleste konkluderer med at teipen ikke har noen effekt. Hypotesene som ligger til grunn og den metodiske kvaliteten på studiene kan være noe av forklaringen på hvorfor mange ikke støtter bruken av teipen.



AV FYSIOTERAPEUT NINA PAULSEN OG
NINA ERGA SKJESETH

Kinesio Tape (KT) benyttes ofte i behandling og rehabilitering av idrettsutøvere, men bruken av teipen har også økt betraktelig blant den generelle populasjonen. Teipen brukes ofte i kombinasjon med trening eller andre behandlingsformer i ulike faser av rehabiliteringen. De siste fem årene har antall studier som omhandler Kinesio Tape økt betraktelig. Til tross for at den evidensbaserte litteraturen er i vekst, er det per dags dato svært få studier som kan vise til signifikante og betydningsfulle effekter av teipen.

Ingen effekt på friske personer

Den elastiske kinesioteipen ble oppfunnet av kiropraktoren Dr. Kenzo Kase på 1970-tallet, og i snart 40 år har teipen og teipemetoden blitt utviklet gjennom erfaring og forskning. Den evidensbaserte effekten av KT er foreløpig varierende og uklar (1,2,3,4), selv om mange pasienter opplever god effekt av teipen i klinikken. Mye av forskningen på KT er utført på friske personer, og den samlede konklusjonen av disse studiene er at teipen ikke har noen betydningsfull effekt (5). Ifølge Dr. Kase (6) er ett av målene med teipen å endre eller normalisere en dysfunksjon, og dermed vil studier som

inkluderer et utvalg uten plager kunne trekke feilaktige konklusjoner. Når man gjennomfører studier på friske personer, kan man i utgangspunktet ikke forvente å oppnå en effekt av teipen. Teipen er ikke et «dopingmiddel» som skal gjøre friske personer enda «friskere», og KT vil ikke klare å forbedre funksjonen hos personer der alt fungerer optimalt. For å oppnå en effekt, må teipen benyttes der det foreligger en svakhet, begrensning eller dysfunksjon. Når teipen brukes som behandling eller prestasjonsfremming i idretten, er det med utgangspunkt i at det foreligger en skade, eller at det er muskulatur eller annet vev som ikke fungerer som det skal.

Lav metodisk kvalitet

Oversiktsartikler som omhandler effekten av KT (1,2,3,4) trekker fram behovet for flere gode RCT-studier med høy metodisk kvalitet, inklusive større utvalgsstørrelse og lengre intervensjonsperioder. Det har også blitt foreslått at fremtidige studier bør inkludere pasienter som vil respondere på teipen (8).

Ettersom det kreves en viss bakgrunnskunnskap for å praktisere KT, er det en fordel at personen som administrerer teipingen i intervensjonsstudier har god kjennskap til Kinesio Tape og teipemetoden. Det er viktig å kjenne til teipens egenskaper når det gjelder elastisitet, for å kunne påføre teipen med riktig strekk. Dette krever erfaring og praktisk øving. Man må også vite hvordan teipen påføres for å oppnå optimal klebeevne, slik at teipen fester seg godt til huden og kan påvirke vevet under. Få studier har oppgitt at personen som utførte intervensjonen var en sertifisert kinesioteiper.

Dermed er det mindre sannsynlighet for at teipingen har blitt korrekt utført. En svakhet ved tidligere studier, er at det mangler bakgrunnsinformasjon om personen som har utført teipingen. De fleste oppgir at personen som var ansvarlig for teipingen hadde lang erfaring innen fysikalsk behandling eller muskel- og skjelettplager, men det vil ikke nødvendigvis si at denne personen kjente til egenskapene til kinesio-teipen.

Det finnes mange ulike varianter av Kinesio Tape på markedet, og flere har valgt å bruke kopier av den originale Kinesio® Tex teipen i sine studier. En mulig forklaring på hvorfor det har blitt benyttet kopier av den originale teipen, er at kopiene ofte er rimeligere enn originalen. Teoriene til dr. Kase er basert på Kinesio® Tex teipen, som har blitt testet og utviklet over mange tiår. Det finnes klart mest forskning på den originale teipen, og ettersom egenskapene (elastisitet og klebeevne) til de ulike teipene vil variere, kan det være en svakhet å benytte kopier av originalen i forskning.

Bruken av sham-teip

For å oppnå høy metodisk kvalitet på studiene, er det ønskelig med randomiserte, kontrollerte studier som er dobbeltblindet. Når det gjelder teip som intervensjon, kan man klare å oppnå en dobbeltblinding ved å benytte en såkalt placebo-teip eller sham-teip. Flere KT-studier har valgt å sammenligne KT med sham-KT med liten eller ingen strekk. Utfordringene knyttet til bruk av placebo- eller sham-teip er at all teip som påføres huden kan gi et stimuli og dermed påvirke resultatene (6). Når man påfører KT uten strekk, vil man kunne få en trykkavlastning i teipet område, noe som ofte brukes når man ønsker å oppnå en lymfatisk eller sirkulatorisk effekt (6). Det innebærer at sham-KT kan føre til positive endringer, noe som gjør det vanskelig å vurdere den reelle effekten av kinesio-teipen.

Helhetlig tilnærming

Flere KT-studier har undersøkt om teipen kan ha en positiv innvirkning på smerte og funksjon. En vanlig tilnærming har vært blant annet å teipe korsryggspasienter med to KT-striper langs m. erector spinae, eller skulderpasienter med KT på m. supraspinatus og deltoideus. Mange av treningsintervensjonene for de samme pasientgruppene er rettet mot å bedre funksjon i flere muskler og

muskelgrupper, og de er ofte designet for å ivareta både muskelstyrke, mobilitet, nevromuskulær kontroll og stabilitet på samme tid. Er det da sannsynlig at teiping av en eller to muskler vil kunne påvirke funksjonsnivået til pasienten i stor grad? Det er naturlig å tenke at også teipingen bør være mer helhetlig rettet og ivareta hele funksjonen, sånn at det ligner mer på Kinesio Taping slik det praktiseres i klinikken.

Er Dr. Kase sine teorier fasiten?

I de fleste KT-studiene har alle deltakerne blitt teipet etter en «oppskrift» fra Dr. Kase sin lærebok (6), noe som er en svakhet ved studiene. Dersom alle deltakere teipes på samme måte, vil noen respondere på «oppskriften», mens andre ikke. Det avhenger blant annet av utgangspunktet til muskulaturen eller vevet som teipes. Det er en utfordring at mange studier støtter seg til Kase og medforfattere (6) sin lærebok om hvordan man som terapeut anvender Kinesio Tape-metoden i klinikken. Læreboken er basert på lang klinisk erfaring og flere års utvikling av teipen, men teoriene mangler vitenskapelig forankring, og må derfor tolkes og anvendes med forsiktighet.

Diagnose eller dysfunksjon? Forskningen retter seg ofte mot ulike diagnoser eller pasientgrupper, for å kunne trekke slutninger om en populasjon. To pasienter med samme diagnose kan imidlertid ha helt ulikt funksjons- og smertebilde, noe som innebærer at pasientene trolig vil respondere forskjellig på samme type tiltak (KT). Fremtidige studier bør derfor unngå diagnosespesifikke inklusjonskriterier, men heller fokusere på å inkludere pasienter med samme dysfunksjon (for eksempel nedsett muskelstyrke).

Oppsummering

Denne artikkelen tar for seg noen av utfordringene rundt forskningen som har blitt gjort på Kinesio Tape hittil. Selv om teipen ofte har kommet dårlig ut, bør klinikere kaste et blikk på hvordan studiene har kommet frem til resultatene, og ikke bare slakte teipen på grunnlag av konklusjonen. Det er flere fordeler med å gjøre kritiske vurderinger av forskningsartikler; Erfaringsmessig blir man sikrere på egne avgjørelser, det er faglig utviklende, og det gir innsikt i forskningens verden (Tips: Bruk sjekk-listene på www.kunnskapssenteret.no).



Det er foreløpig ikke godt nok evidensbasert grunnlag for å støtte bruken av Kinesio Tape, og det er derfor behov for flere studier med høy metodisk kvalitet, der hypotesene er forankret i Kinesio Tape-metoden slik den anvendes i klinikken.

Kilder:

1. Morris, D., Jones, D., Ryan, H. & Ryan, C. (2013). The clinical effects of Kinesio® Tex taping: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29 (4), ss. 259-270.
2. Mostafavifar, M., Wertz, J. & Borchers, J. (2012). A Systematic Review of the Effectiveness of Kinesio Taping for Musculoskeletal Injury. *The Physician and Sportsmedicine*, 40 (4), ss. 33-40.
3. Parreira, P. C., Costa, L. C., Hespagnol Junior, L. C., Lopes, A. D. & Costa, L. O. (2014). Current evidence does not support the use of Kinesio Taping in clinical practice: a systematic review. *J Physiother*, 60 (1), ss. 31-39.
4. Williams, S., Whatman, C., Hume, P. & Sheerin, K. (2012). Kinesio Taping in Treatment and Prevention of Sports Injuries. A Meta-Analysis of the Evidence for its Effectiveness. *Sports Med*, 42 (2), ss. 153-164.
5. Csapo, R., & Alegre, L. M. (2014). Effects of Kinesio® taping on skeletal muscle strength-A meta-analysis of current evidence. *J Sci Med Sport*, under utgivelse. Hentet 15. april 2015. Doi: 10.1016/j.jsams.2014.06.014.
6. Kase, K., Wallis, J. & Kase, T. (2013). *Clinical Therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method*. Tokyo, Japan: Ken Ikai Co.
7. Lim, E. C., & Tay, M. G. (2015). Kinesio taping in musculoskeletal pain and disability that lasts for more than 4 weeks: is it time to peel off the tape and throw it out with the sweat? A systematic review with meta-analysis focused on pain and also methods of tape application. *Br J Sports Med*, under utgivelse. Hentet 15. april 2015. Doi: 10.1136/bjsports-2014-094151



Barn og unge til topps?

– Barn og unge tåler mye aktivitet så lenge den er variert. Organisert trening blir ofte spesialisert og ensidig, noe som kan gi belastningslidelser og overtrening. En fornuftig tilnærming der de unge bygger opp kroppen og evnen til å tåle belastninger over tid, vil gi de beste resultatene på lang sikt.

AV: INGVID AMBLE ERIKSEN

Dette sier Håvard Moksnes, spesialist i idrettsfysioterapeut og tilknyttet Olympiatoppen. Doktorgradsavhandlingen hans handlet om behandling av barn med korsbåndskader, og han har tidligere vært fysioterapeut for aldersbestemte landslag i fotball.

– Heldigvis tåler de aller fleste unge utøvere den treningsbelastningen de utsetter seg for, og vi har ingen tall som sier at overbelastning er en trend, sier Moksnes.

Overtrening blant unge øker

Like fullt skrev DG (lokalavisen for Lillehammer) 19. mai om barn og unge helt ned i 12-årsalder som kommer til Barne- og ungdomspoliklinikken på



Lillehammer sykehus fordi de er overtrent. Overlege Kristian Holm forteller til GD at han ser ett til to slike tilfeller månedlig, og at de mange tilfellene av

overtrening og belastningsskader skyldes mangel på styring og bevissthet fra foreldre og trenere. Holm forteller om ensidig og spesifikk trening og i så store mengder at bein og armer ikke lenger tåler belastningen.

– Noen må ta pause i ett år. Mange kommer aldri tilbake i organisert idrett, sier seksjonsoverlege Kristian Holm til DG, og forteller at håndball og fotball står for de fleste tilfellene av ulike typer «vondter», mens overbelastningene i hovedsak rammer utholdenhetsidretter som langrenn og skiskyting.

Erlend Slokvik i Olympiatoppen Innlandet og tidligere landslagstrener for de norske skiskytterne, har fulgt utviklingen over tid, og uttaler til GD at han tror forklaringen er å finne i det økende prestasjonssamfunnet, og i at barn og

unge har idrettshelter som for eksempel Petter Northug som forbilder.

– Barn og unge kan ikke trene ensidig og i mengder som en voksen toppidrettsutøver, sier Slokvik til avisen, og viser til at et felles trekk for alle utøvere som blir gode er at de har trent allsidig. Og har hatt foreldre som ikke har presset, men støttet dem.

Fysioterapeuten som rådgiver

Privatpraktiserende fysioterapeuter møter ofte unge idrettsutøvere som kommer med skader og plager. Ofte kommer de samme pasientene tilbake flere ganger, med den samme skaden eller nye plager. Da kan det være på sin plass å se bak de symptomene idrettsutøveren kommer med.

– Utfordringen for oss fysioterapeuter er at vi ikke er involvert i de unge utøverne før de kommer til oss med skader. Dermed kommer vi ikke inn med primærforebyggende tiltak for å forebygge skader og sykdom som forårsakes av for mye eller for ensidig trening.

Moksnes oppfordrer fysioterapeuter som jobber i privat praksis til å oppsøke idrettslag og by på sin kunnskap.

– Ofte er det vanskelig å få innpass før en utøver blir skadet. Men i tilfeller der man får en skadet utøver i behandling, går det an å benytte dette momentet og invitere seg selv inn i klubbarbeidet og tilby sin kompetanse i form av foredrag, informasjonsarbeid og direkte medvirkning i å utvikle treningsopplegget.

Både trenere og foreldre kan trenge råd og veiledning for å tilpasse treningsmengden og opplegget til utøverne. Det handler i mange tilfeller om å se totalbelastningen til den enkelte utøver. Mange barn og unge driver med flere idretter, og med litt tilpasning kan treningsoppleggene utfylle hverandre. Men det kan bli for stor belastning dersom utøveren trener på de samme ferdighetene på flere arenaer.

– Kan man få trenerne til å snakke sammen, er det også muligheter for å fordele belastningen mellom idrettene.

Treningshistorikk før sykdomsbildet

– Når du får en ung utøver til behandling, mener jeg treningshistorikken må gjennomgås aller først, ved første skadetilfelle – før man ser på symptomene for den konkrete skaden, sier Moksnes, og fremhever at det er viktig å bruke god tid på en aktivitetsanamnese som går minst tre måneder bakover i tid. Det viktige er å avdekke hvilke endringer i treningen som kanskje kan være årsaken til plagene. Endringer kan være økt belastning eller at utøveren har byttet trener som legger vekt på andre ting. Totalbelastningen er også viktig å kartlegge, og om treningsopplegget er variert slik at belastningene fordeles på hele kroppen.

– Ved en skade må treningsopplegget justeres slik at totalbelastningen på skadestedet reduseres. Barnet behøver ikke å slutte å trene eller ta pause, men

må trene annerledes. Og treningen må varieres mye mer.

Moksnes understreker viktigheten av å se barn og unge som barn og unge, ikke som «små voksne».

– En skade hos et barn kan ha samme symptomer som hos en voksen, men årsaken kan være en helt annen. Ett eksempel er «jumpers knee», som ikke forekommer hos barn og unge. Barnevarianten heter Sinding-Larsen-Johansson-syndrom, som skyldes for stor belastning på vekstsonen i skjelettet over tid.

Gode informasjonskanaler

Håvard Moksnes tror fysioterapeuter kan være gode veiledere når det gjelder treningsopplegg og belastning, og ikke minst når det gjelder å finne alternative måter å trene på.

– Det finnes gode sider på nettet som man kan bruke selv eller lede utøveren, treneren og foreldre inn på. Eksempler er skadefri.no, Olympiatoppens sider om trening av yngre utøvere og nettsidene til Norges idrettshøgskole. På Olympiatoppens sider finner man også henvisninger til trappetrinnmodellen – tilpasset de ulike idrettene. Følger man disse prinsippene og ikke hopper over trinn i iveren etter å bli raskt god, er mulighetene gode for en sunn tilnærming til idretten og gode resultater på litt lengre sikt, avslutter fysioterapeut Håvard Moksnes.

Ung idrettshelse

– Prosjektet gjenspeiler at vi er opptatt av å ta vare på de unge eliteutøverne, sier lege Christine Holm Moseid, som holder på med undersøkelsen «Den unge eliteutøverens helse» i regi av Senter for idrettsskedeforskning.

Datainnsamlingen går mot slutten, og i slutten av oktober regner Moseid med at hun og de tre masterstudentene hun har med seg i prosjektet vet en del mer om forekomsten av sykdom og skader hos unge utøvere.

– Vi intervjuer elever i første klasse ved flere toppidrettsgymnas, og de unge rapporterer selv hvilke plager de sliter med, og hvordan dette påvirker

dem i deres idrett. Målet er at vi skal se tendenser og få et grunnlag til å utarbeide råd og retningslinjer slik at vi kan gi gode råd til unge som ønsker å bli gode i idretten sin. Det viktigste er å huske på at 16-åringer ikke er «mini-voksne». I treningsarbeid med ungdom er det også viktig å tenke helhetlig. Det gjelder å ha med både hodet og kroppen i treningsarbeidet.

Moseid understreker at hun så langt i prosjektet har et godt inntrykk av skolene når det gjelder trenerkompetanse og deres ønske om, vilje og evne til å ivareta de unge elevene.

– De er oppmerksomme på å forvalte sitt «gull» best mulig, og det er betryggende, sier hun.

Muskel- og skjelettlidelser – regnskapets time

– Muskel- og skjelettlidelser rammer flest, koster mest og får minst. Slik oppsummerer professor dr. med. Even Lærum «Et muskel- og skjelettregnskap» fra mai 2013. Rapporten ble sammenfattet og utgitt i regi av Muskel og Skjelett Tiåret.



TEKST OG FOTO: INGILD AMBLE ERIKSEN

Rapporten peker på at rygg-, nakke- og bekkenlidelser, leddsykdommer, osteoporose, skader og bløtdelsrevmatisme er de hyppigste årsakene til smerter og redusert funksjon og livskvalitet (75 prosent siste måned). Og Lancet rapporterte i 2010 at korsryggssmerter var den lidelsen som medførte flest år levd med helsetap. Nakkesmerter ligger på fjerdeplass, fallulykker på femte og andre muskel- og skjelettlidelser på syvende plass.

– På andre og tredje plass finner vi alvorlig depresjon og angstlidelser, og vi vet at personer med store smerter på grunn av muskel- og skjelettlidelser også plages av disse lidelsene. Man blir trøtt, sliten og deprimeret, og kan bli engstelig, av å ha mye vondt, sier Even Lærum.

Kostbart for fellesskapet

Regnskapet viser at den totale kostnaden for muskel- og skjelettlidelser ligger på 69 – 73 milliarder kroner i året. Av disse går 25 milliarder til ulike trygdeytelser, arbeidsgiverne må bære kostnaden på mellom 30 og 34 milliarder grunnet tapt arbeidsinntekt og

sykepenger i arbeidsgiverperioden, mens helsetjenestene koster samfunnet 14 milliarder. Av dette går 2,1 milliarder til fysioterapi og 0,7 milliarder til kiropraktikk.

– Disse lidelsene koster mest, får minst – og det er her det er mest å spare, mener Lærum, og underbygger påstanden med at tidlig innsats vil forebygge svært mange av disse lidelsene. Likeledes er det svært mye å spare på å hindre tilbakefall, som er svært vanlig for disse lidelsene.

– Den enkelte pasient må settes i stand til å ta ansvar for egen helse. Dette krever opplæring og bevisstgjøring.

De oppgitte tallene gjelder dagens voksne og eldre. Når Even Lærum utfordres på spørsmålet om hva som skjer med de kommende voksgenerasjonene, blir han betenkt. Dagens unge beveger seg mindre enn noen generasjoner før dem.

Inaktiv oppvoksende generasjon

HEMIL-senteret i Bergen rapporterte i 2011 at en 15-åring i gjennomsnitt brukte 40 timer i uken foran en pc-skjerm. Andre undersøkelser viser at dagens 15-åringer er mindre fysisk aktive enn 70-åringene.

– Variert og regelmessig fysisk aktivitet er den viktigste faktoren for å forebygge muskel- og skjelettplager, og her må mange aktører jobbe sammen. Lokalsamfunnet, skolen og arbeidsplassen må tilrettelegges slik at folk bruker kroppen, og samtidig må myndighetene ut med fornuftig informasjon om hvordan vi kan drive med fornuftig fysisk aktivitet på en måte som forebygger umiddelbare og senere plager, sier Lærum. Han legger vekt på at samfunnet må tilrettelegges med gode gang- og sykkelveier, lekeplasser og aktivitetsområder. Og aktivitet må få en større plass i både skole- og arbeidshverdagen. Og på seniorsentrene.



– Er det én ting jeg er helt sikker på når det gjelder Vårherre, er det at han skapte kroppen til å være i aktivitet. Det er godt dokumentert at regelmessig trening og aktivitet forebygger muskel- og skjelettlidelser, og da særlig ryggplager. Videre vil riktig, veiledet trening forhindre eller redusere antall tilfeller av tilbakefall.

Omfanget

Muskel- og skjelettregnskapet viser at mellom 60 og 80 prosent av oss på ett eller annet tidspunkt i livet vil få ryggplager, og 50 prosent av oss har vondt i ryggen i løpet av ett år. Til enhver tid har 20 prosent av oss ryggplager som reduserer vår funksjon, og ryggplagene er ofte tilbakevendende. Nakkeplager rammer 30 til 50 prosent i løpet av et år, og hver femte ungdom plages ukentlig av vondt nakke. Osteoporose rammer hver andre kvinne over 50 år og hver femte mann, mens artrose er den klart viktigste årsaken til kronisk sykdom hos eldre. 13 prosent av den norske befolkningen har diagnosen. Videre beslaglegger hoftebrudd flest kirurgiske sengeplasser og 80 prosent av all hodepine er spenningshodepine.

– Vi ser at svært mange av pasientene i dette segmentet kommer stadig tilbake i behandlingssystemet. Våre helsemyndigheter må legge større vekt på den riktige behandlingen – behandling som virker over tid. Vi trenger mer forskning, større krav til behandlingsmetodene og effekten av dem og en bedre styring av helsemidlene, mener Even Lærum.

Rådyr lavstatus

– Vi må fremholde gevinstene ved å komme tidlig i inngrep med disse lidelsene. Mange av dem kan forebygges eller reduseres ved relativt enkle grep. De store utfordringene ligger i at dette er lidelser som har lav status i helsevesenet og samfunnet. Det er ikke dette «folk blør og dør» av. Å behandle muskel- og skjelettlidelser er «ikke-heroisk» behandling fordi man ikke umiddelbart redder liv. Lidelsene har ofte sammensatte årsaker, og de som rammes hyppigst er de såkalt «svake gruppene» – eldre, lavutdannede, kronikere, innvandrere, folk med hardt fysisk arbeid, og man ser flest tilfeller blant kvinner. Av utdanningsbudsjettene i helsesektoren går kun tre prosent til dette feltet, og kun 4,5 prosent av forskningsmidlene. Vi bruker med andre ord svært mange av fellesskapets midler på å reparere skader som kunne vært unngått ved riktig forebygging og tilrettelegging. Istedenfor å bruke store summer på kostbar, høyspesialisert behandling bør pengebruken dreies slik at vi bruker en langt større andel til forebygging. Dette krever politisk vilje og tøffhet. Det ligger mye kraft i historiene til de pasientene som ikke blir friske. Man må ha politisk mot til å stå imot disse og bruke pengene i den andre enden av forløpet, sier Lærum. Han vil ha mer penger til lavstatustilstandene og mindre til lidelsene som høster stor anerkjennelse, som hjerte/kar, kreft og psykiatri.

– De senere årene har vi sett en større satsing på forskning på og forebygging av ryggproblematikk, noe som har gjort at antall sykmeldinger for nettopp denne pasientgruppen er redusert. Men fortsatt er det mye å gjøre for å unngå ryggproblemer og å behandle dem riktig og hindre tilbakefall, og de andre muskel- og skjelettlidelsene må også få tilsvarende oppmerksomhet, sier Even Lærum.

Informasjon og opplæring

– Vi må legge mye større vekt på fysisk aktivitet helt fra barna er små. Vi må nå ut til familiene, og få dem til å ta tilbake naturen som boltreplass, sier Even Lærum, og slår et slag for å plukke bær og sopp, ha aktive ferier, gi flere familier positive opplevelser for både barn og voksne og vise dem gleden ved å bevege seg. Fysisk aktivitet som barn er grunnsmøringen for resten av livet. Kroppen husker det den gjorde som barn, og da er det lettere å ta opp igjen aktiviteten som voksen eller eldre.

– Det er godt at det er noe i verden som er enkelt og hel-sebringende og som vi kan samle oss om. Å være fysisk aktiv betyr ikke at du må trene som en toppidrettsutøver eller kaste deg på «Birken-bølgen». Det ligger mye helse i en rask spaser-tur, avslutter Even Lærum, og siterer Søren Kierkegaard:

«Tap for all del ikke lysten til å gå. Jeg går meg til det daglige velbefinnende hver dag, og fra enhver sykdom. Jeg går meg til mine beste tanker, og jeg kjenner at ikke en tanke er så tung at jeg ikke kan gå fra den. Når man fortsetter slik å gå, så går det nok».

Søren Kierkegaard 1813-1855



Shockwave behandling

Chattanooga Mobile RPW:

Med en vekt på 9 kg, innbygget kompressor og et integrert bærehåndtak til chassiset, er den blitt mange terapeuters favoritt i hverdagen. Det er lansert en rekke forbedringer, hvor ergonomi står i sentrum for deg som i terapeut.

- Forbedret arbeidsmiljø; lydisolert kompressor
- Økt frekvensgang 21Hz (tidligere 15Hz)
- Spar dine hender! V-Actor® kompatibel ingen vedlike holdsomkostninger (Vibrerende massasje-håndsett – MERK valgfritt)
- En enklere betjening: ny finjustering av trykk.

15%
rabatt



15%
rabatt

Chattanooga Intelect RPW

Intelect RPW gir deg en av markedets beste Shockwave behandlinger med 5 bars trykk og 21hz frekvens, oppgraderbar software og et vel av andre muligheter. I tillegg har Intelect RPW et brukervennlig display med touchskjerm og anatomiske bilder som gjør det enkelt å velge behandlingsform.

SOMMERTILBUD:

15% rabatt på trykkbølge apparater
& 20% rabatt på tilbehør ved kjøp av trykkbølge apparat.

Tilbudet varer frem til 15 August 2015



Altius Gruppen

Distribuert i Norge av: Altius Gruppen AS

www.altiusgruppen.no • info@altiusgruppen.no • tlf: 40 00 70 08

Om sammenhengen mellom kropp og hode

I mitt daglige virke som fysioterapeut møter jeg mange mennesker som har sammensatte utfordringer og smerter. Mange av disse pasientene er svært godt utredet. Et typisk bilde er at man har hatt plager i muskel- og skjelettapparatet over lengre tid, og at man har vært innom diverse behandlere med ulike innfalls-vinkler til undersøkelse.

AV GORM BERNHARD E. ANDRESEN

Spesialfysioterapeut, Oslo Universitets-sykehus, klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Fysioterapeut, Apexklinikken.

Går siste bolk av Videreutdanningen Basic Body Awareness Methodology, HIB.

Gjennom en grundig anamnese fremkommer det ofte en lengre sykehistorie der man har «forsøkt alt». Det kan dreie seg om fysioterapeuter, psykologer, leger, kiropraktikk, manuellterapi, coaching eller psykiater. Det er svært ulike historier pasientene kommer med. Det er imidlertid en ting som er felles for alle: Egen opplevelse av somatisk smerte vedvarer uavhengig av iverksatte tiltak. Det kan være de har opplevet en endring i symptom-bilde over en begrenset periode, men når det store bildet tegnes, kommer det tydelig frem at mange lever i en smertepreget situasjon. Menneskene som møter meg, opplever ofte som slitne, lei, trøtte og oppgitte over å leve med vedvarende smerter. Smerter og funksjonsnedsettelse kan gi store utslag hos den enkelte i form av at de ikke lenger kan leve som de gjorde, eller viktigere: Leve som de ønsker. Tidvis fremstår de likegyldige og nærmest apatiske i forhold til det å leve med kroniske smerter. Man er så sliten av å forholde seg til smerter at man gir opp håpet om å få en bedret livskvalitet. For meg som fysioterapeut er det krevende å forholde meg til all informasjon som fremkommer. Det er i mange tilfeller et så sammensatt bilde som fremkommer at jeg i terapeutrollen kan gå vill og miste min faglige oversikt.

I denne sammenheng kan man stille seg

refleksjoner rundt egen utilstrekkelighet som fysioterapeut. Har vi fysioterapeutiske verktøy til å hjelpe disse menneskene? Denne pasientgruppen som tidvis faller litt mellom flere stoler, som ikke responderer på tradisjonelle fysioterapeutiske metoder. Hvordan kan vi som fysioterapeuter møte mennesker med overnevnte smerteproblematikk og historier? Hvordan kan vi gjennom å bruke godkjente terapeutiske virkemidler bidra til å endre et menneskes opplevelse av egne smerter og livssituasjon uten å utydeliggjøre og definere oss selv som akkurat det vi er: Fysioterapeuter.

I det videre er det svært viktig å presisere at jeg i mitt arbeide er fysioterapeut, intet annet. Av metoder jeg bruker for å jobbe står BARS (basic awareness rating scale) og BAS-I interviu (Basic awareness scaling interview) sentralt. Begge metoder er kjente metoder innen diagnostisering og behandling i Basic Body Awareness Therapy .(BBAT) For å forstå bakgrunnen for min tilnærming til faget og menneskene jeg møter er det viktig å kort gi en introduksjon til sentrale elementer i BBAT.

Hva er Basic Body Awareness Therapy og Basic awareness rating scale?

Basic Body Awareness Therapy (BBAT) er en ressursorientert og personorientert form for terapi som fokuserer på tilstedeværelse i bevegelser, bevegelseskvalitet og funksjonelle bevegelser i dagliglivet. BBAT er en evidensbasert terapiretning.

BBAT ble utviklet av den franske psykoterapeuten Jacques Dropsy. Han fant bl.a. påvirkning i Tai-Chi, moderne dans, kunst, filosofi og Alexander technique. BBAT ble bragt inn i fysio-

terapien og videreutviklet av den svenske fysioterapeuten Gertrud Roxendal.

BBAT brukes i behandlingen av mennesker som lider av sammensatte problemstillinger. Dette kan for eksempel dreie seg om muskel- og skjelettplager, fatigue, posttraumatisk stressyndrom, spiseforstyrrelser, seksuelt misbruk, depresjoner, angst og en rekke andre psykiske lidelser. Det kan være et svært nyttig verktøy og et effektivt virkemiddel når verbal kommunikasjon er krevende.

BBAT baserer seg på hypotesen om at mange mennesker mangler en enhet mellom kropp og hode. Denne mangelen på enhet og samhandling har innvirkning på måten vi beveger oss på, og det har innvirkning på hvordan man relaterer seg til omgivelsene. Det er fire eksistensielle dimensjoner eller perspektiver som står sentralt i BBAT. Det er to dimensjoner som representerer fysiske aspekter og to som omhandler mentale aspekter.

BBAT kan utføres både individuelt og i grupper. Øvelsene som brukes baserer seg på hverdagslige bevegelser i ulike posisjoner og utgangsstillinger. Liggende, sittende, stående, gående og parøvelser. Alle bevegelsene integrerer balanse, en fri respirasjon og tilstedeværelse rettet mot en selv og omgivelsene. Bruk av stemmen og bruk av spesielt utviklede massasjeteknikker kan også brukes i terapien. En svært viktig del av behandlingen er å reflektere og uttrykke med ord hva man opplever i behandlingen. Ideen er å hjelpe klienten til å bli mer klar over egne iboende ressurser både fysisk og mentalt. Det er svært viktig å utforske i BBAT. Det å dømme ut ifra rett og galt som ofte er et element i fysioterapi, står ikke sentralt. Det er mer en måte å jobbe med selvutvik-

ling og personlig utvikling og vekst. I BBAT brukes måleinstrumenter før og etter intervensjon og behandling for å observere endring i bevegelseskvalitet og egen opplevelse av det å være i bevegelse. Fysioterapeuten inntar mer en rolle som guide i bevegelser og refleksjon fremfor å være en som guider bevegelser som rett og galt. Fysioterapeuten søker alltid etter en persons ressurser vurdert ut fra et biomekanisk perspektiv, et fysiologisk perspektiv, et sosiokulturelt perspektiv og et eksistensielt perspektiv. Terapeuten søker alltid etter glimt av kvalitet.

Hvordan kan man så i praksis observere og vurdere bevegelseskvalitet? Dette gjøres på mange måter, men sentralt står Body Awareness Rating Scale, (BARS).

BARS brukes av fysioterapeuter som jobber med BBAT. Fokus er på å observere bevegelseskvalitet og klientens bevegelsesmønstre. Det ressursorienterte perspektivet er viktig når du guider klienten.

BARS består av 12 utvalgte bevegelser som relaterer til underlaget, den vertikale aksen, bevegelsessenteret, til pusten og tilstedeværelsen. Bevegelsene gjøres i ulike utgangstillinger. Fokus i observasjonen er balanse, en fri pust og tilstedeværelse i bevegelsene. Det er en skala for å evaluere øvelsene. Den består av 7 steg, rangert fra 1-7 der nummer 1 betegner et patologisk bevegelsesmønster preget av manglende harmoni og koordinasjon og 7 betegner det mest friske og koordinerte bevegelsesmønster. Skalaen rangerer fra de fire overnevnte perspektiver og elementer som bevegelsene sin form, flyt, elastisitet, rytme og intensjon står sentralt i observasjonen.

Bevegelser fra BARS brukes både til å observere, men kan og integreres i behandlingen.

For mer informasjon om BBAT anbefaler jeg sterkt litteratur av Liv Helvik Skjærven. Hun har blant annet skrevet noen svært klagende introduksjonshefter som omhandler tematikken. Skjærven er blant annet professor i fysioterapi og koordinator for Basic Body Awareness Methodology, en videreutdanning for fysioterapeuter i regi av Høgskolen I Bergen. Hun har vært og er fortsatt en svært sentral aktør i BBAT miljøet.

Om å møte og justere forventninger
Hos pasienten er ofte livssituasjon og



egenopplevet livskvalitet beskrevet som redusert. Mange har en forventning om at når man oppsøker en fysioterapeut skal fysioterapeuten finne "feilen" og gi et konkret opplegg, en oppskrift, som kan følges og lede til fravær av smerte og funksjonsnedsettelse. Svært mange mennesker har en biomekanisk tilnærming til egen kropp og et kroppsbilde som preges av at vi som mennesker har et ideal, en mal der alt fungerer, nesten som om kroppen er en maskin. De tenker om egne smerter at her er det noe som er galt og må fikses. Og når jeg får en «mekaniker» til å stille diagnose kan denne reparere skaden. De ser ikke mennesket som en helhetlig organisme der alt henger sammen. Når man så i møte med realiteter ikke får disse forventningene oppfylt, kjenner mange på en frustrasjon, en redsel for hva det er som er galt og en oppgitthet i forhold til eget symptom-bilde og trykk. Som en konsekvens av denne form for tilnærming til egen kropp kjenner mange på en følelse av ikke å strekke til, til ikke å være gode nok. Mange moraliserer over

seg selv og kan i sin fordømmelse av seg selv utvikle nærmest selvdestruktive tanker i forholdet til det å forholde seg til egen kropp.

Refleksjoner rundt hvordan vi definerer fysioterapeutrollen

Mange mennesker orker eller evner ikke å forholde seg til egne kroppslige reaksjoner, de vil ikke kjenne etter hva som skjer i egen kropp. I møtet med mennesker der bildet er sammensatt kan vi som fysioterapeuter kjenne på egne følelser av utilstrekkelighet. Hvorfor blir ikke pasienten bedre? Det er svært viktig at vi som terapeuter også jobber med å kjenne på egne reaksjoner i møtet med pasienten. At vi tør å reflektere over de reaksjoner møtet vekker i oss. Og være oss bevisste på at måten vi så møter pasienten på, måten vi tenker rollen som fysioterapeut fylt, har en enorm innvirkning på den prosessen behandlingen er. Dersom vi som fysioterapeuter i møte med psykosomatiske symptomer tror at vi kan gi den enkelte enkle svar, går vi inn i en prosess der behandlings-

løpet fort preges av motløshet. Som terapeut må du stole så mye på deg selv at du våger å gi slipp på din autoritet i settingen. Du må stole på pasienten og observere hva som skjer. Hvordan reagerer pasienten, hvordan er bevegelseskvaliteten, når kjenner pasienten seg trygg. Når er det rom for å utfordre pasienten, og når ser du at pasienten er i behov av å trygges. I starten var dette det vanskeligste for meg. Det å si til en pasient at dette er en prosess vi går inn i sammen, ikke en setting der jeg, utenfra, skal gi deg fasitsvar. Men når man evner dette, er det så mye lettere å observere detaljer, å få pasienten til selv å delta aktivt i egen bedringsprosess gjennom bevegelse og refleksjon. De første gangene opplever gjerne pasienten at dette er vanskelig. Å skulle sette ord på egen opplevelse av å være i egne bevegelser, å reflektere over reaksjoner og emosjoner i egen kropp. Men etter hvert kommer dette mer naturlig. Og som et resultat av dette bedres bevegelseskvaliteten. Bevegelsene blir mer harmoniske, bedre elastisitet, bedre flyt, et mer hensiktsmessig energinivå brukt i bevegelsene. For å oppnå dette jobber vi strukturert med øvelser som fremmer en bedret postural kontroll, en fri pust og bedret evne til tilstedeværelse. Men det er viktig for oss som terapeuter å hele tiden la pasienten ta en aktiv del i det som skjer. Det nytter ikke å presse frem noe. Som Skjærven, her fritt oversatt, sier: »Ikke press elven, elven vil finne sitt naturlige løp». I ytterste konsekvens dreier dette seg også om å ivareta brukermedvirkningsperspektivet og å ivareta en respekt for pasienten.

Hvordan jobbe i klinisk praksis

Når jeg møter en pasient setter jeg av god tid til en grundig anamnese. Pasienten har gjerne en lang historie som inneholder nyttig informasjon. Det er viktig å ha fokus på at informasjon som fremkommer som av pasienten fremstilles i bagatellmessige termer kan være svært viktig. Dersom pasienten blir gitt tid og rom til selv å få fortelle sin historie, kommer det ofte frem at det ikke bare dreier seg om kroppslige plager. Det er gjerne en stor totalbelastning over tid. Hva denne belastningen består i er svært individuelt. Det kan dreie seg om en opplevelse av ikke å strekke til i ulike situasjoner, om uhen-siktsmessig kommunikasjon i relasjoner eller en manglende evne til å sette grenser. Egen opplevelse av identitet og selvbylde

beskrives gjerne som utydelig. Svært mange beskriver en hverdag der ting bare har blitt som de har blitt uten at pasienten har vært seg bevisst på hvilket grunnlag de har tatt viktige og livsavgjørende valg. For eksempel er det mange som omtaler sin jobbsituasjon som lite tilfredsstillende. Det kan være elementer som manglende stimulering, manglende utfordringer og at de ikke ser frem til å gå på jobb. Når vi reflekterer rundt hvorfor denne jobben ble valgt, er bakgrunnen for valget gjerne tilfeldig, det bare ble sånn fordi tilfeldighetene akkurat da var sånn. På lignende måte kan man beskrive andre sider i livet som lite tilfredsstillende. Summen av dette leder til en fremmedgjøring i eget liv. Dersom summen av de valg man har fattet leder til at man lever et liv der man går på akkord med den man opplever man er, kan det lede til en manglende evne til å være til stede i eget liv. Dette kan ha en innvirkning på hvordan den enkelte føler seg. Og også på den enkeltes evne til å uttrykke det man kjenner i ulike settinger. Denne manglende tilstedeværelsen kan sette seg i kroppen. En pust som ikke er fri, en redusert postural kontroll og en uhensiktsmessig energibruk i bevegelser leder til et dysfunksjonelt bevegelsesmønster. Der man er utflytende i bevegelsene og har en redusert kontakt med underlaget vil spenningen i muskulatur påvirkes. Bevegelsene kan preges av en manglende rytme, redusert elastisitet og dårlig flyt. På lik linje med at stress i hodet kan påvirke kroppslige reaksjoner vil også stress i kroppen ha en innvirkning på den enkeltes mentale stressnivå. Det er altså slik at hodet påvirker kroppen, og at kroppen påvirker hodet. Det er en gjensidig kommunikasjon som gjensidig går hele tiden. Mentalt stress leder til kroppslige reaksjoner som økt respirasjon, strammere muskler, økt svetting, en endring i hormonsammensetningen.

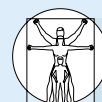
Ved å jobbe med et holistisk og humanistisk menneskesyn der mennesket sees som en enhet, kan man ha en mer helhetlig tilnærming til sammensatte symptombilder og oppnå en god effekt. Som fysioterapeut jobber jeg prosessorientert fremfor målorientert. Det å være til stede i en rolle som guide fremfor fasitmester bidrar man til at pasienten ansvarliggjøres og lærer å kjenne på egne symptomer i egen kropp. I mange tilfeller er det og slik at pasienten gjennom bedret kjennskap til egen kropp kan få en annen opplevelse

av eget smertebilde. Hvordan forholde seg til seg selv slik man er uten fordømmelse og selvforakt, hvordan akseptere sin egen kropp slik den er. Her går jeg inn i en prosess sammen med pasienten der opplevelsen kan variere fra gang til gang. Som terapeut er jeg opptatt av ikke å gi svar på rett og galt, men at det er erfaringene pasientene gjør seg inne i seg selv gjennom å være i bevegelse som er det sentrale. Dette får også konsekvenser for hvordan rollen som terapeut fylles. Jeg ser rollen som en guide. En nysgjerrig sparringspartner som er i prosessen og utviklingen sammen med pasienten. Det er også viktig å tenke hvordan man fremstår verbalt. Det kan ofte være fristende å gi svar, gi det pasienten der og da ønsker. Men det å observere, reflektere og gi pasienten rom til selv å erfare og kjenne er viktig. Jeg spør pasienten etter bevegelser og øvelser: Hvordan var det for deg? I begynnelsen synes de gjerne at dette er krevende. Jeg vet ikke hva jeg skal svare. Men etter noen ganger kjenner de gjerne etter og reflekterer og observerer egne opplevelser på en annen måte. Jeg kan som terapeut gjerne bruke metaforer som mange synes gir et bedre bilde av en bevegelse enn konkrete ord. For eksempel at man instruerer med å si "Tenk at du beveger deg i en sval, rolig vind".

Hjelper det, blir pasientene kvitt sine plager?

Ja, det nytter! Men det er ikke slik at ved å jobbe med denne innfallsvinkelen blir alle kvitt sine plager en gang for alle. Det dreier seg om å jobbe med fokus på å endre bevegelseskvaliteten. Når bevegelseskvaliteten endrer seg, ser jeg også at den enkeltes evne til å forholde seg til egen livssituasjon, til egne emosjoner og til egenopplevet stress endres. Den enkelte blir seg mer bevisst sine symptomer og gjennom refleksjon og det å være i bevegelse endres opplevet smerte, og et endret funksjonsnivå er resultatet. Gjennom prosesser endres også somatiske og fysiske aspekter, med reduserte smerter og økt livskvalitet som resultat. Det er imidlertid viktig å presisere at denne tilnærmingen ikke passer for alle. Hos enkelte vekker tilnærmingen motstand, og de finner ikke mening i prosessene. Hos noen kommer endringene raskt, hos andre er det lengre prosesser som er mer tidkrevende. Vi er alle forskjellige, og vi responderer ulikt på terapi. Som fysioterapeut er det viktig å være klar over og respektere dette.

Invitasjon til Modul 3 kurs i diagnostisk ultralyd



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

Tema: Hofte, rygg og mage

Vi har i samarbeid med Interessegruppen for Ultralyd i Privat Praksis gleden av å invitere til modul 3 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: Hofte, rygg og mage
Tidspunkt:	Fredag 11.09.2015, 0900- 2000 Lørdag 12.09.2015, 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 kroppsdelene
- 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.

Undersøkelse og behandling av svimmelhet

Ved Dino Trbonja

Dato:	Fredag 18.09.2015 16.00-19.00 Lørdag 19.09.2015 09.00-15.00
Sted:	Romerike helsebygg, Dampsagveien 2a, 2000 Lillestrøm (rett ved Lillestrøm stasjon)
Kursavgift:	Medlemmer av PFF: kr 2 200.- Andre: 3000.-
Påmelding:	www.fysioterapi.org/kurs innen 21.08.2015.

Avbestilling etter 21.08.2015 belastes med full kursavgift
Påmelding etter 21.08.2015 10% tillegg i kursavgift
Spørsmål kan rettes til Linda Linge, linda@romerike-fysioterapi.no, 63897082

Dino Trbonja, utdannet fysioterapeut ved Høgskolen i Oslo. Tatt videreutdanning i svimmelhet og forstyrrelser i balanseorganet ved Helseuniversitetet i Linköping, «Yrsel och Balansrubningar». Har jobbet i privat praksis siden august 2010.

Jobber per dags dato ved Klinikk for Alle Majorstuen og Vollaklinikken på Lillestrøm med fagfelt svimmelhet og sykdommer i balanseorganet.

Fredag 18.09.2015: 16.00 – 19.00

Anatomi og fysiologi av det vestibulære organet.
Patologi, sykdommer, perifere og sentrale.

Lørdag 19.09.2015 09.00–15.00

Klinisk undersøkelse av pasienter med svimmelhet.
Behandling og oppfølging. Praksis.

Kursoversikt 2015

Se nærmere opplysninger på de forskjellige kursinvitasjonene

OBS! Alle kurs har påmeldingsfrist fire uker før kursdato om ikke annet er oppgitt. Ved avbestilling senere enn fire uker før kursstart må kursavgiften betales. Påmelding senere enn fire uker før kursstart belastes med 10% ekstra på kursavgiften.

TEMA	DATO OG STED
Undersøkelse og behandling av svimmelhet Del 2 for tidligere deltagere, mer praksis Dino Trbonja	Fredag 18 sept 16.00–19.00 Repetisjon teori Lørdag 19.sept. Teknikker
Diagnostisering og behandling av løpsrelaterte skader. Dr. med. Matthias Marquardt	5. og 6. september Hønefoss Se www.marquardt-running.com/presse
Differensialdiagnostikk og workshop underekstemiteter Kiropraktor Thomas Lauvsnes	2. 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
Bekkenrelaterte plager og inkontinens Britt Stuge og Ingeborg Hoff Brækken	Februar 2016
PFF-kongress 2016 Tema skulder	11. og 12. mars 2016 Oslo
Graded Motor Imaginary Tim Beames NOI	09. og 10. april 2016 Lillestrøm

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
Basic – Modul 3	11-12. september	Apexklinikken
Advanced – Modul 9	23-24 okt	Apexklinikken
Basic – Modul 1	13-14 nov	Apexklinikken
Advanced – Modul 6	3-4 desember (påmelding til Marius)	Aalborg
Se kurskalender på www.fysioterapi.org	Hemsedal og Aalborg kurs. Påmelding: mjf@arkadensfysioterapi.dk	

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 2015:

KURS	DATO OG STED	PRIS PFF	PRIS ANDRE	PÅMELDING/BET.FRIST
B	8. - 11. Oktober 2015 Lillestrøm	kr. 5490	kr. 5990	Påmeldingsfrist: 8. August 2015 På mail til: kurs@mckenzie.no
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.

Diagnostisering og behandling av løpsrelaterte skader



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

Ved: Ved Dr. med. Matthias Marquardt

Dr. Marquardt, Tysklands velkjente løpspesialist, presenterer for trenere og terapeuter hvilke mekanismer som kan forårsake løpsrelaterte skader som f.eks. achilles tendinit, shin splints, fremre knesmerter, piriformis-syndrom, hæl spore. Hvis disse skadene kommer i forbindelse med løping over tid, krever det god kunnskap av terapeuten som skal behandle. Terapeuter må kjenne til biomekanikken ved gange og løping og hvordan man skal undersøke dette via nye metoder for bevegelseanalyse. Terapeuter bør også kjenne til dagens teknologi for løpesko og reliabel intervensjon for trening. Dr. Marquardt går igjennom disse temaene både i teori og praksis..

Agenda:

Dag 1

- 10.00 – 10.30 Velkommen, registrering
- 10.30 – 11.30 “MARQUARDT RUNNING® – The concept”
- 11.30 – 12.30 Biomekanikk ved gange og ulike løpestiler
- 12.30 – 13.30 Lunsj
- 13.30 – 14.30 Bevegelseanalyse etter Dr. Marquardts 4-punkts-konsept
- 14.30 – 15.30 Løpsteknikk - teori
- 15.30 – 16.30 MARQUARDT RUNNING®-running school, praksis
- 16.30 – 17.00 Kaffepause
- 17.00 – 18.00 Teknologi I løpesko

Dag 2

- 09.00 – 10.00 Orthotics i løpesko
- 10.00 – 11.00 Styrke- og koordinasjonsegenskaper
- 11.00 – 12.00 Myofacial release
- 12.00 – 13.00 Lunsjpause
- 13.00 – 14.00 Løpsrelaterte skader – diagnostisering og behandling
- 14.00 – 15.00 Løpsrelaterte skader – diagnostisering og behandling

Tid: 5. og 6. september.

Sted: Hønefoss

Pris: Medlem PFF kr 3500 Andre kr 4300

Påmelding: Innen 09.08.2015 til www.fysioterapi.org/kurs

Påmelding etter denne dato, tillegg på 10%

Avbestilling etter 09.08.2015 – full kursavgift må betales

Curriculum vitae

Dr. med. Matthias Marquardt (MD)

Matthias Marquardt, born 1977 in Lower Saxony in Germany, studied medical science at Georg-August-Universität Göttingen as well as at Medizinische Universität zu Lübeck. After he finished his studies he did his doctor's degree as medical doctor (doctoral thesis: „Athlete's zinc homeostasis after exercise") and started in the internal medicine. Today he is a specialist in internal medicine and chiropractor with a special expertise in sports medicine issues and for motion analysis. He works in his own praxis in Hannover.

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/
Funksjonell-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

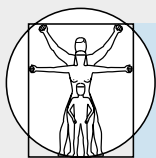
Påmelding: www.pff@fysioterapi.org/kurs

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

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:	Michael Garnes	
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

Neste utgivelse

Fysioterapi

Neste utgivelse:
september 2015

FYSIO
Laken
og oppbevaringsrør

GRANTON



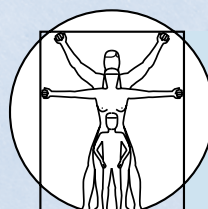
Arba Medisinsk

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

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**