

Fysioterapi

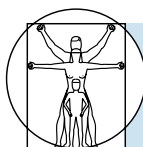
NR 2/2015 – ÅRGANG 24

I PRIVAT PRAKSIS



facebook

www.facebook.com/fysioterapi



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

twitter

www.twitter.com/fysioterapi





Innhold

Skiløperne velger ulik oppladning til VM: Hvorfor foretrekker noen utøvere høyeopphold før mesterskap?	4
Oppfølgende artikkel om OMEX-studien: Treningsprogram for pasienter med degenerative meniskskader	6
Behov for epikrise til alle ledd i behandlingsskjeden	8
Nyttige blogger for deg?	12
Antidopingarbeidet i medvind	14
KOLS – bedre hjertefunksjon med intervalltrening	15
Seksualitet i klinikken: Hvor går grensen?	16
Utdanningsplan 2015 Spesialist i Klinisk Ortopedisk Fysioterapi	18
Fotplager i klatring	20
Store forskjeller innen frekvens av ortopedisk kirurgi i Norge	22
Det finnes ikke evidens for fysioterapi	24
Det vanskelige men viktige arbeidet	25
Kursoversikt	28

Leder

Er størst nødvendigvis viktigst?

Innen litteraturen er det en kjent teknikk at du skal vise, ikke si. Dette øker troverdigheten, og gir historien tyngde. Når NFF presenterer seg selv i sosiale medier og mot fysioterapeuter på ulike arenaer, klarer jeg ikke å la være å legge merke til at de hele tiden påpeker at de er det viktigste forbundet for fysioterapeuter. Jeg vet at NFF er absolutt størst, men hvem bestemmer hvilket forbund som er viktigst?



Redaktør Hilde Stette

NFF er nemlig ikke viktigst for absolutt alle fysioterapeuter. PFF har hjulpet svært mange private fysioterapeuter med å vinne rettssaker som hadde vært vanskelig å vinne på egenhånd. Visste du at PFF har et retts hjelpfond som har som formål å yte økonomisk bistand til medlemmer som opplever urettferdig behandling og juridiske utfordringer i sin private praksis?

Vi har altså flere eksempler på at PFF hjalp der NFF ikke ville eller kunne hjelpe. For disse fysioterapeutene er faktisk PFF viktigere enn NFF. Det er altså opp til hver enkelt å bedømme hvilket forbund, blad og facebookside som er best. Størst er ikke nødvendigvis viktigst.

I denne utgaven av Fysioterapi i privat praksis tar vi for oss alt fra høydetrening til klatreskader, og målet vårt er som alltid at du som fysioterapeut skal kose deg med bladet vårt, og kanskje også lære noe nytt.
God lesning!

*Redaktør
Hilde Stette*



Skiløperne velger ulik oppladning til VM:

Hvorfor foretrekker noen utøvere høydeopphold før mesterskap?

I skrivende stund befinner store deler av det norske langrennslandslaget seg i de italienske alpene for å lade opp til VM i Falun. Hvorfor velger noen utøvere Seiser Alm på 2000 meter over havet, mens andre utøvere lader opp til mesterskap i lavlandet hjemme i Oslo? Er det ene alternativet bedre enn det andre med tanke på idrettslig prestasjon?

AV FYSIOTERAPEUT NINA PAULSEN OG
NINA ERGA SKJESETH

Når dette bladet er ute i postkassene, er ski-VM i Falun allerede snart historie. Noen reiste hjem med bagen full av medaljer, mens andre måtte innse at drømmen om gull nok en gang brast. Hva er det som gjør at enkelte klarer

å prestere når det virkelig gjelder – og gang på gang klarer å prikke inn toppformen til store mesterskap? Langrennsløperne valgte svært ulik oppladning til VM i Falun. Herrelandslaget valgte å installere seg i Holmenkollen i Oslo, mens Petter Northug Jr., mange av de kvinnelige løperne og noen av sprinterne valgte å reise til høyden i

henholdsvis Sveits og Nord-Italia for å finne VM-formen. Hvorfor er høydetrening i forkant av viktige konkurranser og mesterskap så attraktivt blant idrettsutøverne?

Bakgrunn

Høydetrening har vært gjenstand for mye diskusjon og omtale i flere tiår.

Allerede på 1970-tallet startet idrettsutøvere med trening i høyden i forkant av store mesterskap. Under sommer-OL i Mexico City (2250 moh) i 1968 så man at utøverne som var vant til å oppholde seg og trene i høyden, presterte mye bedre enn de andre utøverne. Dette økte fokuset på viktigheten av høydeakklimatisering og høydetrening. Til å begynne med var det vanlig å forberede seg i høyden før mesterskap og konkurranser som skulle avholdes høyt over havet, men i senere tid har det blitt mer vanlig å bruke høydetrening også i forkant av konkurranser i lavlandet.

Hva skjer med kroppen?

Høydetrening gjennomføres vanligvis i høyder fra 1500-2500 moh, det vil si så høyt over havet at lufttrykket og oksygeninnholdet er vesentlig lavere enn i lavlandet. Ved opphold og trening i slike høyder vil kroppen forsøke å motvirke det lave oksygentrykket ved å øke blodets transportkapasitet av oksygen fra lungene til resten av kroppen. Dette skjer gjennom økt produksjon av røde blodceller og høyere blodprosent (økt mengde hemoglobin).

På grunn av redusert oksygentrykk vil det maksimale oksygenopptaket reduseres med ca. 6-10 % per 1000 meters økning i høyde. Dette betyr at kvaliteten og intensiteten på treningen som gjennomføres i høyden blir redusert, særlig i starten av et høydeopphold. I tillegg til en reduksjon i VO₂max, blir den fysiske kapasiteten redusert på grunn av lavere maksimal hjerterefrekvens og mindre slagvolum, som igjen gir redusert minuttvolum. Disse faktorene kan være med å oppveie de positive effektene, som økt oksygentransport og økt produksjon av røde blodceller.

Evidensbasert kunnskap

Det er bred enighet om at man bør trene og forberede seg i høyden for å oppnå nødvendig akklimatisering og lykkes i konkurranser som gjennomføres i høyden. Det diskuteres derimot om man kan forbedre utholdenhetsprestasjonen i lavlandet etter å ha gjennomført høydetrening. De studiene som har vist at høydetrening har hatt effekt, har brukt prinsippet om å bo høyt og trene lavt (Live High – Train Low, LH_{TL}) i 3-4 uker. Man har da sett en økning i løpsprestasjonen og kondisjonen på henholdsvis 1,5 % og 5 %.

Utøvere som har bodd i høyden (2500m), og trent ved ca. 1200 meters høyde, har oppnådd større økning i maksimalt oksygenopptak enn de som har bodd og trent i høyden, eller bodd og trent i lavlandet. Ved å bruke LH_{TL}-prinsippet kan man oppnå høydeakklimatisering og de positive tilpasningene i oksygentransport, samtidig som man kan opprettholde intensiteten på treningen tilsvarende treningsintensiteten i lavlandet.

Det er på en annen side usikkert om man kan forbedre prestasjonen i lavlandet etter å ha bodd og trent i samme høyde (Live High – Train High, LH_{TH}). Enkelte studier viser til en økning i hemoglobinnholdet i blodet etter LH_{TH}, men det er overraskende lite forskning som støtter trening i høyden for å bedre prestasjonen i lavlandet. Allikevel velger mange utholdenhetsutøvere, inkludert de norske langrennsløperne, nettopp denne typen høydetrening i sesongoppkjøringen eller i forkant av konkurranser og mesterskap.

Erfaringsbasert kunnskap

De norske skiløperne har flere ganger vist gode prestasjoner i mesterskap etter opphold i høyden, så det er tydelig at høydetreningen har en positiv effekt. Evidensen er uklar – så hva er det med de italienske alpine som tiltrekker seg de norske utøverne år etter år? Det er store individuelle variasjoner i hvordan utøverne responderer på høydetreningen, og det kan være noe av forklaringen på hvorfor utøverne velger forskjell-

lig. Marit Bjørgen har ladet opp i Seiser Alm i forkant av store mesterskap hele elleve ganger. Her får hun mulighet til å samle overskudd og ha fullt fokus på trening, mat og hvile. Seiser Alm står på Unescos verdensarvliste, og det er lett å bli bergtatt av de storslåtte omgivelsene på rundt 2000 meters høyde. Med over 300 soldager i året og trikkeskinner så langt øyet kan se, kan man bli rent euforisk i den tynne luften. Med andre ord: Her er det vanskelig å ikke trives.

Nå gjenstår det å se hvilke utøvere som har lyktes med å finne VM-formen denne gangen – med eller uten høydetrening.

Kilder:

Bonne, T.C., Lundby, C., Jørgensen, S., et al. (2014). "Live High-Train High" increases hemoglobin mass in Olympic swimmers. *Eur J Appl Physiol.* 114(7):1439-49.

CERG (2011). "Høydetrening – Hvor høyt, hvor lenge og hvor effektivt i utholdenhetsidretter?" Hentet 10.februar 2015 fra <https://cergntnu.wordpress.com/2011/12/05/julekalender-5/>

Chapman, R.F., Stickford, J.L. & Levine, B.D. (2010). Altitude training considerations for the winter sport athlete. *Exp Physiol.* 95(3):411-21.

Madsen, Ø., Wisnes, A., Stray-Gundersen, J., Sæterdal, R. (2013). Høydetrening – en praktisk veiviser. Hentet 7. februar 2015 fra <http://www.olympiatoppen.no/fagomraader/trening/utholdenhetsfagartikler/hoydetrening/page370.html>

Saunders, P.U., Pyne, D.B. & Gore, C.J. (2009). Endurance training at altitude. *High Alt Med Biol.* 10(2):135-48.

Stray-Gundersen, J. & Levine, B.D. (2008). Live high, train low at natural altitude. *Scand J Med Sci Sports.* 18(1):21-8.



Oppfølgende artikkel om OMEX-studien:

Treningsprogram for pasienter med degenerative meniskskader

I blad nr. 8 i 2014 skrev vi en artikkel om degenerative meniskskader og de siste årenes forskning på feltet. Nyere studier viser at trening kan ha positiv innvirkning ved slike plager, og mange har etterspurt treningsprogrammet som ble brukt i disse studiene. Her presenterer vi programmet som har vist god effekt på pasienter med degenerative meniskskader.

AV FYSIOTERAPEUT NINA PAULSEN OG
NINA ERGA SKJESETH

Degenerative meniskskader representerer en stor pasientgruppe i klinikken, og mange av disse pasientene utvikler også artrose i kneleddet som en konsekvens av denne lidelsen. En gruppe forskere ved Norsk forskningssenter for aktiv rehabilitering (NAR) har sett på effekten av kirurgi eller trening på pasienter med degenerativ meniskskade (OMEX-studien), og hittil viser korttidsresultatene at trening kan ha god effekt.

OMEX-studien

OMEX-studien er en RCT-studie som ønsker å se på effekten av trening eller artroskopisk partiell meniskektomi hos middelaldrende pasienter med mediale degenerative meniskskader (1). En del av denne RCT-studien, en case-studie på 20 pasienter, ble publisert i JOSPT i november 2012 (2). Studien presenterte et 12-ukers progressivt treningsprogram med mål om å bedre nevro-muskulær funksjon og muskelstyrke. Resultatene viste at pasientene hadde en signifikant økning i muskelstyrke og knefunksjon etter 12 uker med trening. Alle pasientene forbedret styrke i quadriceps, og ved ett-års oppfølging hadde de aller fleste beholdt eller videre forbedret muskelstyrke og knefunksjon.

Ingen av deltakerne hadde gjennomgått kirurgi etter ett år. Studien viste at treningsprogrammet var gjennomførbart, med tolererbar smerte under trening og ingen tilfeller av negative effekter.

Slik går du frem

Det 12-uker lange treningsprogrammet er lagt opp slik at pasientene skal utføre minimum to, maksimalt tre, treningsøkter per uke, totalt mellom 24–36 økter på hele perioden. Som oppvarming anbefales 20 min. sykling på ergometersykel, med selvvalgt motstand.

Programmet tar sikte på hovedsakelig vektbærende øvelser, men det inneholder også øvelser i ikke-vektbærende posisjoner. Målet med treningsprogrammet er å forbedre balanse, muskelstyrke og funksjonell stabilitet i underkstremitetene. For å oppnå dette er det viktig med progresjon i treningen, og pasientens nevro-muskulære funksjon bestemmer når man kan gå ett steg videre. Progresjon skjer ved å øke belastning på styrkeøvelser, endre understøttelsesflaten eller introdusere mer utfordrende varianter av de nevro-muskulære og plyometriske øvelsene.

Dosering

Ettersom belastningen øker, skal pasientene gradvis gå ned på antall repetisjoner og øke antall serier:

- Uke 0-4: 2 serier x 15 repetisjoner
- Uke 5-6: 3 serier x 12 repetisjoner
- Uke 7-9: 3 serier x 8 repetisjoner
- Uke 10-12: 4 serier x 6 repetisjoner

Etter fire uker skal man introdusere plyometriske øvelser, for å videreutvikle nevro-muskulær funksjon. Dette er øvelser som sideveis skøytehopp, hinke i kryss og hopp opp og over stepkasse. Ved disse øvelsene bør man ha fokus på å bevare kne-over-tå-posisjon, i tillegg til kontrollerte og myke landinger.

+2 prinsippet

For å sikre riktig dosering, med progressiv overbelastning av muskulatur, bør man bruke +2 prinsippet under styrkeøvelsene. Dette innebærer at man på den siste serien utfører så mange repetisjoner som mulig, og hvis man da klarer mer enn to ekstra repetisjoner enn det som er planlagt, skal man øke belastningen på neste treningsøkt. Eksempel: Hvis man i uke 8 klarer 13 repetisjoner (i stedet for 8) av 30 kg på den siste serien i ettbeins beinpress, skal man øke til f. eks. 32,5 eller 35 kg til neste treningsøkt. +2 prinsippet er svært nyttig å bruke under styrketrening for å oppnå fremgang, og dette er noe mange pasienter selv synes er enkelt å forholde seg til.

Det anbefales å veilede pasientene i treningen under hele 12-ukers perioden, minst en gang ukentlig, for å oppnå tilfredsstillende teknikk og utførelse.

Til slutt

OMEX-studien sitt treningsprogram, med forslag til øvelser og progresjon, er noe alle som jobber med pasienter med degenerative meniskskader bør ha kjennskap til. Vi oppfordrer våre kollegaer til å ta i bruk dette programmet i rehabiliteringen av denne pasientgruppen.

Kilder:

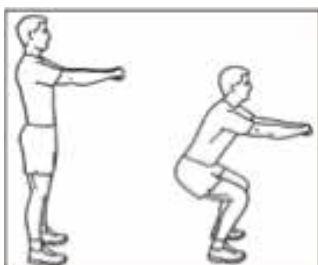
1. Stensrud, S., Risberg, M.A., Roos, E.M. (2014) Effect of Exercise Therapy Compared with Arthroscopic Surgery on Knee Muscle Strength and Functional Performance in Middle-Aged Patients with Degenerative Meniscus Tears: A 3-Mo Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil.* [Epub ahead of print].
2. Stensrud, S., Roos, E.M., Risberg, M.A. (2012) A 12-week exercise therapy program in middle-aged patients with degenerative meniscus tears: a case series with 1-year follow-up. *J Orthop Sports Phys Ther.* 42(11):919-31.



Exercise:
Stationary cycle

Description:
Continuous warm-up at preferred resistance

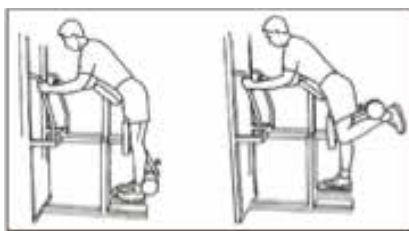
Sets x Repetitions:
20 minutes



Exercise:
Squat

Description:
Maintain knee-over-toe position

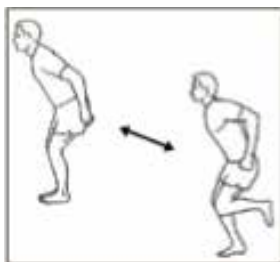
Sets x Repetitions:
3 x 10



Exercise:
Single-leg leg curl

Description:
Lift quickly up, the slowly down to full extension

Sets x Repetitions:
2-4 x 15-6(+2)



Exercise:
Skating

Description:
Start on 1 leg, hop sideways, perform a soft, deep and steady landing on 1 leg, hop back to the other side. Maintain knee-over-toe position.

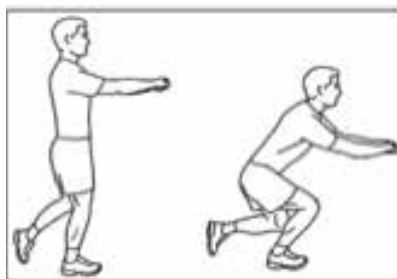
Sets x Repetitions:
3 x 10



Exercise:
Limping cross

Description:
Stand in the middle of a cross on 1 leg. Hop straight forward and back to the center, right and back to the center, backward and back to the center, left and back to the center. Maintain knee-over-toe position.

Sets x Repetitions:
20 minutes



Exercise:
Single-leg squat

Description:
Maintain knee-over-toe position

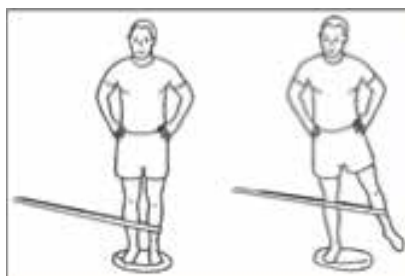
Sets x Repetitions:
3 x 10



Exercise:
Step-up

Description:
Maintain knee-over-toe position

Sets x Repetitions:
3 x 10



Exercise:
Knee stability in pull loop

Description:
Maintain balance with or without balance pad

Sets x Repetitions:
3 x 10



Sets x Repetitions: 3 x 8

Exercise:
Hamstring on Fitball

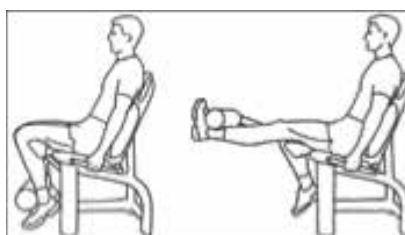
Description:
Both feet on top of the ball. Lift back and pelvis. Pull ball toward you



Exercise:
Single-leg leg press

Description:
Start in 90 grades of knee flexion

Sets x Repetitions:
2-4 x 15-6(+2)



Exercise:
Single-leg knee extension

Description:
Start in 90 grades of knee flexion

Sets x Repetitions:
2-4 x 15-6(+2)



Behov for epikrise til alle ledd i behandlingskjeden

Hvert år utdannes det flere hundre fysioterapeuter i Norge. I løpet av sin karriere som helsepersonell vil de møte et ulikt antall pasienter med forskjellige diagnoser. Kunnskap innen undersøkelse og behandling er ikke kun noe man lærer på skole eller kurs, men i stor grad bidrar erfaring med pasientbehandlinger til å danne en solid kunnskapsbase for fysioterapeuten.

AV KJETIL NORD-VARHAUG – STYRELEDER PFF



Men dagens kommunikasjonsmetoder i helsevesenet sikrer ikke at fysioterapeutene og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten får den informasjonen vi

trenger for å bli dyktige i faget vårt.

PFF har i den forbindelse utformet et lovforslag som tar for seg behovet for epikriser mellom behandlere i primærhelsetjenesten, samt mellom spesialisthelsetjenesten og oss som jobber i primærhelsetjenesten. Forslaget er sendt til Helsedirektoratet i februar 2015, og vi håper at dette blir tatt imot på en seriøs måte slik at forslaget på sikt kan

bli behandlet i Stortinget for å bedre kommunikasjonen i helsetjenesten.

Behov for lovpålagt epikrise

Helsepersonelloven gir pr. i dag ikke de nødvendige føringer for god kommunikasjon mellom behandlere på tvers av primærhelsetjenesten eller mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Loven sier blant annet at

det skal sendes en epikrise ved utskrivning fra helsesituasjon til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege.

Dette vil blant annet omfatte situasjoner der en pasient legges inn på sykehus for behandling i spesialisthelsetjenesten. Loven pålegger, såfremt pasienten ikke motsetter seg dette, at virksomheten sender epikrise til henvisende part og fastlegen, om dette ikke er samme person. Dette ivaretar kommunikasjon til primærkontakten til pasienten. Men problemet oppstår i de tilfeller hvor behandlerne ikke er de samme som henviser. I mange tilfeller vil behandlende helsepersonell være fysioterapeuter som ikke har rolle som primærkontakt. Derfor vil disse behandlerne kun unntaksvis få nødvendige opplysninger fra spesialisthelsetjenesten.

Disse opplysningene er ikke kun nødvendig om pasienten skal tilbake i behandling hos den aktuelle fysioterapeuten. De er også nødvendige for å øke kunnskapen blant fysioterapeuter, og når disse behandlerne kun unntaksvis får tilgang til epikriser fra spesialisthelsetjenesten, medfører dette en slakere kunnskapskurve i deres yrkeskarriere.

Dette slår negativt ut for fremtidige pasienter som kan dra nytte av økt kunnskap blant fysioterapeuter i primærhelsetjenesten i forbindelse med undersøkelse og behandling.

Eksempel:

Et eksempel kan være at en fysioterapeut undersøker en pasient med smerter og hevelse i foten. Vedkommende finner ikke noe grunnlag for å starte opp behandling men sender pasienten tilbake til fastlegen med et ønske om at fastlegen henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten for utredning.

Fastlegen mottar etter en stund en epikrise fra sykehuset hvor pasienten har blitt behandlet for blodpropp i beinet. Legen har fått økt sin kunnskap om hvilken diagnose som var årsak til pasientens plager, men informasjonen formidles rutinemessig ikke videre til fysioterapeuten. Fysioterapeuten forblir «kunnskapsløs» og vil ved neste anledning ha samme kunnskapsnivå hvor symptomene ikke kobles til en potensiell diagnose. Erfaringsmessig vil fastlegen kun i sjeldne tilfeller videreformidle epikrise fra sykehuset, rett og slett fordi det ikke er lovpålagt og til dels ressurskrevende.

Epikrise på tvers av primærhelsetjenesten

Det er heller ikke lovpålagt å sende epikrise til annet helsepersonell på tvers av primærhelsetjenesten. Loven åpner for at man ved pasientens samtykke kan sende en slik epikrise, men det er ikke pålagt. Dette gjør at viktig informasjon unnlates å sendes til annet helsepersonell som kunne ha nytte av denne til læring og faglig utvikling.

Eksempel:

Et eksempel kan være at pasienten oppsøker fastlege med smerter i skulder. Fastlegen setter diagnosen bursitt på skulderen og igangsetter NSAIDs behandling som ikke har effekt. Pasienten velger ikke å gå tilbake til sin fastlege da legens behandling ikke ga effekt. Legen får derfor ikke vite at behandlingen ikke var effektiv. Pasienten går til flere forskjellige terapeuter i privat praksis med sin plage. Til slutt møter vedkommende en erfaren behandler som stiller diagnosen adhesiv kapsulitt og adekvat behandling blir igangsatt. Behandlingen er effektiv da diagnosen som er satt viser seg å være korrekt. Verken fastlegen eller annet tidligere behandlende helsepersonell får epikrise fra den erfarne terapeuten da dette ikke er lovpålagt. Kunnskapen om symptombildet og diagnosen forblir derfor ikke delt med alle behandlere i behandlingsskjeden, og alle forblir like kunnskapsløse om denne problemstillingen når neste pasient med liknende plager oppsøker dem i klinikken.

Helsetjenesten er preget av religioner

Primærhelsetjenesten er i dag i stor grad preget av religioner når det kommer til behandling av pasientenes plager. Det er utdanningen og bakgrunnen til terapeuten som i stor grad avgjør hvilken behandling man tilbys. I enkelte tilfeller ser vi også at diagnosen som settes til en viss grad er tilpasset hvilke behandlingstilbud terapeuten får over.

PFF mener at vi med økt kommunikasjon på tvers av klinikker og forskjellige terapeuter vil øke kunnskapen til den enkelte, og sekundært øke den diagnostiske treffsikkerheten. Hvis alle terapeuter konsekvent får tilgang til etterforløpet etter egen behandlingssjansen, vil vi kunne luke ut behandlingsmetoder som ikke virker samt øke vår evne til å sammenfatte symptomer med rett diagnose. I dag lever dessverre mange i villfarelsen om at alle pasienter blir bra av deres intervensjoner om de ikke ringer og klager. Sannheten er heller den at mange pasienter søker videre i behandlingssjungen i jakt på en løsning, og tilbakemelding om manglende effekt sjeldent blir formidlet til tidligere behandlere. Det må derfor bli vårt lovpålagte ansvar som helsepersonell å informere kollegaer om behandlingseffekt, eller manglende sådan.

Økt kommunikasjon vil bedre pasi-



→ ent sikkerheten og øke kunnskapen til alt helsepersonell.

Det ansvaret kan ikke pålegges pasienten slik det i praksis fungerer i dag.



Løsningen

Løsningen er etter vårt skjønn å utvide §45 i helsepersonelloven til å inkludere lovpålagt epikrise til tidligere behandlere i et behandlingsforløp slik at kunnskapen spres til alle som har vært involvert med pasienten for den aktuelle lidelsen, såfremt pasienten ikke motsetter seg dette.

Dette vil i praksis løse problemene med epikriser på tvers av primærhelsetjenesten, samt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Siden pasienten må samtykke til utvekslingen, unngår man problemer med personvernlovgivningen.

Ordlyden i loven må være slik at mangelfull vilje og evne til å sende

epikrise vil være et brudd på loven og dermed åpne for reaksjoner fra Helse-tilsynet.

Dagens ordlyd i helsepersonelloven

Helsepersonelloven

§ 45 a. Epikrise

Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behand-

ling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første og andre ledd, herunder hvem epikrise skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.

PFF sitt forslag til utvidelse av §45 i helsepersonelloven

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved avsluttet behandlingsforløp oversendes en epikrise til alle tidligere behandlere som har vært involvert med pasienten i forbindelse med den aktuelle sykdommen/lidelsen de er til behandling for. Denne epikrisesendingen skal forekomme på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.


fysiopartner

Se flere produkter på:
www.fysiopartner.no

UTSTYR TIL TRENING OG HELSE – når kvalitet og kompetanse teller!

KVALITETSBENKER



Fysiopartner leverer nå de anerkjente kvalitetsbenkene fra Lojer. Vi tilbyr forskjellige modeller.

LOJER

BEHANDLING / DIAGNOSTIKK



PHYSIOMED

TRENING / HELSE / VELVÆRE



MONARK EXERCISE AB

GYM80

FORMOTION

TOMAHAWK

SUUNTO

COSMED

fitmate

SIEMENS

MOTOmed

TANITA

STORZ MEDICAL

THORAX TRAINER

TKO

myride

BOSU

MONARK EXERCISE AB

h/p/cosmos

xcouch

ASTRAULT

Bodystat

Sissel

PHYSIOMED

LOJER

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

forskerlivet.no

Løpende oppdatering. For folk flest.



Er hard trening virkelig farlig?



Med dagens kunnskap ser jeg ikke grunn til å fraråde ellers friske personer å trene hardt. En ny dansk studie av sammenhengen mellom treningsmengde og risiko for død endrer ikke min oppfatning av dette.

Velkommen til nye forskerlivet.no! Dette er en forskerblogg om fysisk aktivitet og trening, muskel- og skjelettplager og aldersrelaterte plager. [Les mer om oss her.](#)



Nyttige blogger for deg?

Det er en jungel der ute av blogger, men her presenterer vi to som er verdt å sjekke ut om du vil holde deg oppdatert på hjerteforskningen, eller fysioterapi generelt.

TEKST HILDE STETTE

Forskerlivet.no

FORSKERLIVET.no er en forskerblogg for folk flest. Bloggerne er opptatt av hvordan fysisk aktivitet og trening kan påvirke helse. Din helse, vår helse, folkehelsen. Bloggen formidler både

egen og andres forskning om trening og fysisk aktivitet på en folkelig måte.

Om bloggerne

Karin Magnusson er utdannet fysioterapeut og jobber som stipendiat på Revmatologisk avdeling på Diakonhjemmet sykehus (NKRR). Her forsker hun

på sammenhengen mellom livsstil og muskel- og skjelettplager i befolkningen. Doktorgradsprosjektet hennes handler om hvorvidt overvekt og livsstilssykdommer er risikofaktorer for leddsykdommen artrose. Karin er opptatt av hvilke epidemiologiske forskningsmetoder vi anvender innen muskel- og skjelettforskningen.

UNIKARD ER EN NASJONAL SATSNING PÅ FORSKNING INNEN HJERTE- OG KARSYKDOMMER MED INTERNASJONALE AMBISJONER

[HJERTEBLOGG](#) | [VIDEOBLOGG](#) | [BRANSJENYTT](#) | [KONGRESSER](#) | [FORSKNING](#) | [PRESSE](#) | [OM UNIKARD](#) |

[KONTAKT](#)



TWEETS

Undersøker betydningen av høyt blodtrykk i svangerskapet for framtidig hjerte- og karsykdom: <http://t.co/L4kauQu5QE> @UiThelsefak @UNN_HF

17 Feb 2015

Gir korrekte opplysninger om blodtrykk i svangerskapet

17. februar 15

Forskere i Tromsø ønsker å bruke selvrapporterte opplysninger om blodtrykk og protein i urinen under graviditet for å undersøke risikoen for framtidig hjerte- og karsykdom. En ny studie støtter bruken av slike opplysninger.

[Fortsett lesningen](#)

EMNEORD

Hjerteinfarkt (63)	Diabetes (26)
Kolesterol (29)	Hjertesvikt (46)
Blodpropp (17)	Hjerteflimmer (17)
Hjerneslag (26)	Koronarsykdom (38)
Hjertekrampe (23)	Hjertestans (9)
Aortastenose (11)	�reforkalkning (24)
Kardiomyopati (6)	H�yt blodtrykk (21)
Muffek�t hjertesv�tt (7)	

Hennes første gjesteblogger Marius Myrstad er lege ved Medisinsk avdeling på Diakonhjemmet sykehus. Han er under spesialisering i geriatri (eldremedisin) og spesielt opptatt av å forebygge aldersrelaterte sykdommer og funksjonstap hos eldre. I tillegg jobber han med doktorgradsprosjekt om sammenheng mellom langvarig utholdenhetstrening og risiko for arterieflimmer.

Andre gjesteblogger Nina Østerås er også utdannet fysioterapeut og jobber som forsker ved Revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus (NKRR). Nina undersøker blant annet hvorvidt artrosebehandlingen som gis i kommunene er av god nok kvalitet, og jobber for å implementere internasjonale retningslinjer for artrosebehandling. Hun er opptatt av hvordan man kan styrke behandlingstilbudet for personer som har hofte- eller kneartrose samt å øke kunnskapen om effekter av trening ved artrose.

I bloggen Forskerlivet.no står det at bloggerne er løpende oppdaterte forskere og fagpersoner, de er tverrfaglige, og brenner for bedre kommunikasjon med pasienter og bedre forskningskommunikasjon for folk flest.

Unikard.org

Unikard er en hjerteblogg, og den første nasjonale hjerte- og karforskningsbloggen i Norge. Bloggen skal vise fram forskning fra alle miljøene i Norge, og gjøre forskningen oversiktlig.

UNIKARD er en nasjonal satsning på hjerte- og karforskning. Målet er blant annet å sørge for økt politisk og journalistisk forståelse for denne typen forskning. Som en del av arbeidet er det opprettet en blogg. Her blir forskning fra alle hjerte- og karforskningsmilj ene i Norge vist fram.

Video

- Blogginnleggene v re er i videoformat. Hittil har vi hatt innlegg om blant

annet risiko for hjerteinfarkt, hjertesyrke og hard trening og viktigheten av å bruke ultralyd, sier Charlotte B. Ingul, som er forskningskoordinator for UNIKARD, som mener at det kommer et nytt videoinnlegg hver uke. - Dette er en nasjonal satsning, og vi vil vise forskning fra alle hjerte- og karforskningsmilj ene i Norge. Vi ønsker gjerne innspill! Vi er avhengige av gode blogginnlegg for å vise viktigheten av hjerte- og karforskning, sier Ingul.

Stemme utad

Hun mener for lite av forskningen som gjøres blir synliggj rt for befolkningen. -Vi ønsker å være en stemme utad for å vise hvor mye god forskning som gjøres på dette området, sier hun. Satsningen på UNIKARD skjer i regi av Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning. Vel verdt å ta en titt!

Kilder; unikard.org og forskerlivet.no



Antidopingarbeidet i medvind

Mye nytt har skjedd i antidopingarbeidet de siste årene, og aldri før har Antidoping Norge fått bedre juridisk og økonomisk støtte fra staten til å bekjempe nasjonalt og internasjonalt juks i idretten. Ikke bare har det blitt ulovlig å bruke dopingmidler, straffene har blitt strengere og samarbeidet med politiet tettere.

TEKST HILDE STETTE

I juli 2013 vedtok Stortinget å forby bruk, besittelse og kjøp av dopingmidler. Før den tid var det bare salg og innførsel av dopingmidler som var forbudt. Saken var på agendaen i 10-15 år, men nå har altså Regjeringen endret legemiddelloven slik at overtredelser av den nye bestemmelsen straffes med bøter eller fengsel i inntil seks måneder eller begge deler. Endelig kan altså Antidoping Norge politianmelde dopingbruk i henhold til ny lovgivning.

Også på verdensbasis blir det stadig vanskeligere å være en juksemer. Verdens antidopingbyrå (WADA) er de som fastsetter antidopingregelverket som gjelder for idrettsutøvere over hele verden, og fra 1. januar i år er det en ny World Anti-Doping Code og nye internasjonale standarder som gjelder. Dopingbestemmelsene gjelder i Norge blant annet for alle medlemmer i idrettslag tilknyttet NIF og for personell som bistår utøver i sammenheng med idrettsaktivitet.

Større fokus på avsløring

Den nye World Anti-Doping Code legger opp til at det skal være et enda sterkere fokus på å avsløre de som

juks. Antidopingarbeidet skal derfor i større grad være målrettet i den hensikt å avsløre doping. I dette arbeidet vil informasjonsinnhenting og undersøkelser være en vesentlig faktor, i tillegg til dopingprøver.

De viktigste endringene i regelverket:

Nye forhold som anses som brudd på dopingbestemmelsene

1. Dopingbestemmelsene gjelder også for støttepersonell som bistår utøver i idrettslig sammenheng
2. Omgang med støttepersonell som har brutt dopingbestemmelsene blir forbudt
3. Det blir også forbudt å forhindre dopingkontrollen

Økte straffer- fra 2 til 4 år

Utelukkelsesperioden blir forlenget fra to til fire år, uansett hvilket stoff forholdet gjelder, men med mulighet for reduksjon i enkelte tilfeller.

Meldepikt – 3 advarsler på 12 måneder kan bli dopingsak

4. Tre meldepiktadvarsler i løpet av 12 måneder er et brudd på dopingbestemmelsene
5. Tidsrommet for når utøver kan sette sin «garantitime» er utvidet fra kl. 05.00 til 23.00



Medisinske fritak

Toppidrettsutøvere må alltid søke om medisinsk fritak

Andre forhold

6. Foreldelsesfristen øker fra 8 til 10 år
7. En toppidrettsutøver som legger opp for deretter å komme tilbake til toppidretten, må gjøre seg tilgjengelig for dopingkontroll i 6 måneder før han eller hun kan konkurrere
8. Forebyggende aktiviteter skal fokusere på verdivalget til utøver slik at utøver velger en ren idrett

Antidoping.no

KOLS – bedre hjertefunksjon med intervalltrening

En ny studie fra CERG ved NTNU viser nå at høyintensiv intervalltrening kan redusere skadene på hjertet. Selv om forskerne understreker at man skal være forsiktig med å overføre resultatene fra musestudier direkte til mennesker, indikerer denne studien at høyintensiv intervalltrening kan hindre at hjertefunksjonen svekkes hos pasienter med KOLS.

KOLS er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge, etter hjerte- og karsykdom og kreft. Mange pasienter med KOLS har svekket funksjon av høyre hjertekammer, som er ansvarlig for å sende blod ut i lungekretsløpet.

Studien

Forskerne benyttet 42 mus i studien, og halvparten ble utsatt for sigarettøyk i seks timer fem dager hver uke i 14 uker. Dette førte til redusert funksjon av høyre hjertekammer sammenlignet med musene som hadde levd i frisk luft. Deretter ble halvparten av musene fra begge gruppene tilfeldig fordelt til enten inaktivitet eller en times høyintensiv intervalltrening fem dager i uka. Etter fire uker hadde treningen reversert den reduserte hjertefunksjonen hos musene i sigarettøykgruppa.

Postivt med trening

Forskerne ønsket å lære mer om mekanismene som bidrar til svekket hjertefunksjon ved KOLS, og undersøkte den glatte muskulaturen i lungeblodårene til musene. Mye slik muskulatur øker trykket og reduserer blodflyten gjennom lungeårene. I motsetning til i tidligere studier, økte ikke sigarettøyk dannelsen av glatt muskulatur i denne studien. Trening bidro imidlertid til å redusere den glatte muskulaturen i begge musegruppene, noe som kan være positivt for å hindre svekkelser av høyre hjertekammer. Samtidig så forskerne at trening medførte en liten reduksjon i et mål på størrelsen av alveolene* i lungene. KOLS er karakterisert av forstørrede alveoler, noe som reduserer kapasiteten for å frakte oksygen fra lungene over til blodet. Selv om reduksjonen ikke var statistisk signifikant, kan funnene



tyde på at trening motvirker noen av de skadelige effektene røyking har på alveolene.

Gode indikasjoner

Selv om forskerne understreker at man skal være forsiktig med å overføre resultatene fra musestudier direkte til mennesker, indikerer denne studien at høyintensiv intervalltrening kan hindre at hjertefunksjonen svekkes hos pasienter med KOLS. Studien tyder på at dette ikke bare skyldes at treningen påvirker hjertemuskelen direkte, men også kan føre til positive endringer i blodårene som frakter blod til og fra lungene.

Kilde: Unicard.org/ Hjerteblogg

VIKAR – 50 % DRIFTSTILSKUDD

På grunn av sykdom søkes vikar i veletablert dobbeltpraksis i Meløy kommune for 1 år.

Tiltredelse så snart som mulig eller etter nærmere avtale.

For nærmere informasjon kontakt:

Jarle Farstad
Glomfjord Fysioterapi
8160 Glomfjord
Tlf: 92 80 11 51
jalefarstad@rocketmail.com



Seksualitet i klinikken:

Hvor går grensen?

«Statens helsetilsyn har konkludert med at en mannlig fysioterapeut på Sunnmøre som er anklaget for seksuelt krenkende atferd mot fire pasienter, mister autorisasjonen» (Sunnmørsposten 30.06-14). En trist sak for norsk fysioterapi, og den er dessverre ikke enestående. I USA har de nå studert de seksuelle grensene til fysioterapeuter.

TEKST HILDE STETTE

Ja, vi hører dessverre om disse sakene, men hverken i Norge eller USA har temaet vært spesielt gjenstand for forskning. Fordi overskridelse av seksuelle grenser i klinikken kan ha så alvorlige konsekvenser, er det svært viktig at det blir studert, mener forskerne. Studien er publisert online i *Physiotherapy Theory and Practice*. Målet med studien var å beskrive oppfatningene av seksuelle grenser blant autoriserte fysioterapeuter i USA. Fysioterapeuter i Arkansas, Kansas, Maine, Ohio og Oregon ble kontaktet på e-post og bedt om å besvare et spørreskjema om seksuelle grenser. I alt 967 skjemaer ble besvart, en svarprosent på 7.32.

Pasientflørt

Resultatene viste at flertallet av fysioterapeutene anerkjente profesjonens etiske regelverk. Likevel var det flere fysioterapeuter som hadde forhold til nåværende eller tidligere pasienter, og som godtok seksuelt prat og flørt (sexual banter) i klinikken. Nesten halvparten (42 %) av deltakerne innrømmet at de følte seg seksuelt tiltrukket av en pasient. Kjønnforskjeller kunne sees gjennom hele studien, men demografiske og profesjonelle variabler forklarte ikke disse forskjellene godt nok. Resultatene var i tråd med tidligere forskning på samme tema i andre land.

Tvetydige holdninger

Konklusjonen er at seksualitet på ulike måter er en del av praksismiljøet innen fysioterapi i USA, og at fysioterapeuters oppfatninger av seksuelle grenser er tvetydig. Resultatene fra studien bør bidra til diskusjon og bevisstgjøring om seksuelle grenser i fysioterapipraksis. Økt forståelse kan minske faren for at grensene overskrides, mener forskerne ved University of Rhode Island.

Kilde: Informa Healthcare Physical therapists' perceptions of sexual boundaries in clinical practice in the United States. Susan E. Roush, Kenneth Cox, John Garlick, Molly Kane, Lauren Marchand. Posted online on January 29, 2015.

KINESIOTAPING SYMPOSIUM^{nr. 3}

Oslo 10.-11. april 2015
Radisson Blu Plaza Hotel



AlfaCare arrangerer for tredje gang sitt årlige symposium i kinesiotaping. Vi har igjen samlet en rekke internasjonale foredragsholdere innen kinesiotaping. Dette kan du ikke gå glipp av!

ÅRETS HOVEDTEMAER ER PEDIATRI OG LYMFØDEM

KINESIOTAPING I IDRETT - WORKSHOP: SKAPULA DYSKINESI

Se alfacare.no/symposium
for mer informasjon og
påmelding

Ellers blir det presentert mye vitenskapelig forskning og matnyttige presentasjoner til bruk i egen praksis.

Vi ønsker velkommen til internasjonale og nasjonale forelesere:



Patricia Martin (USA)

Fysioterapeut fra USA. Over 20 års erfaring med kinesiotaping av barn. Hun skal holde 3 forelesninger sammen med Audrey Yasukawa om bl.a brachial plexus pareser med videooppfølging av barn over en 10-års periode, bekkenstabilitet og taping av spastisitet.



Kostas Diamantopoulos (Hellas)

Fysioterapeut fra Hellas, med over 15 års erfaring med kinesiotape. Vært involvert i gresk toppfotball som fysioterapeut og driver nå privat praksis utenfor Aten. Kostas vil gjennomgå screening-metoden til kinesiotape, samt bruk av kinesiotape ifht. akuttskade og rehab innen idretten.



Gudrun Collins (England)

Fysioterapeut fra England, spesialist i onkologi og lymfødembehandling. Utdannet ved Földi klinik i Tyskland, og har lang erfaring med bruk av kinesiotape. Skal holde 2 forelesninger/workshop ifht. lymfødem og kinesiotaping.

samt Audrey Yasukawa (USA), Dragan Dimitrijevic (Serbia), Michela Colombo (Italia) og Frank Tore Jacobsen (Norge) med fler.



AlfaCare

AlfaCare AS, Heddeløveien 11, bygg 140, 3674 Notodden
Tlf: 35 02 95 95, Faks: 35 02 95 99, post@alfacare.no, www.alfacare.no

**Skaff deg markedets
beste Laser i dag !**

MR4®
SUPER PULSED LASER



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

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

Ta kontakt med oss for å få den nyeste forskning

Gunstig leasing!

SOCIETE GENERALE
Equipment Finance

**Den mest brukevennlige trykkbølge-
apparat på markedet**



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

chattanooga™

www.altiusgruppen.no

info@altiusgruppen.no

40 00 70 08

Utdanningsplan 2015

Spesialist i Klinisk Ortopedisk Fysioterapi

Historie:

Etterutdanning og spesialisttittel for fysioterapeuter Spesialiteten Klinisk Ortopedisk Fysioterapi er etablert i Norge i 1997 av Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund, som en etterutdanning for fysioterapeuter.

Mål med utdanningen:

Formålet med etterutdanningen er å videreutvikle fysioterapeuters kliniske og teoretiske ferdigheter.

Metode

Det undervises i moduler av 2 til 4 dagers varighet innen følgende områder:

- Teoretisk undervisning og selvstudium i anatomi og relevant patologi.
- Teoretisk og praktisk undervisning i diagnostisering.
- Teoretisk og praktisk undervisning i valg og utførelse av behandlingstiltak.
- Teoretisk og praktisk undervisning i treningslære.
- Teoretisk undervisning i forskningsprinsipper og metoder.
- Deltakelse i kollokviegrupper og "refresher-kurs".
- Presentasjon av et eget arbeid innen rammen av etterutdanningens fagfelt.
- Hospitering med supervisjon i praktisk klinisk arbeid.
- Obligatoriske vedlikeholdskurs for fortsatt godkjenning som spesialist.

Omfang og varighet

Etterutdanningen vil normalt strekke seg over en periode på ca. 4 år. Etter avlagt eksamen innen OMI-konseptet, og deltakelse i obligatoriske kurs i forskning og anatomi kan fysioterapeuter søke om godkjenning som spesialist. Søknaden behandles av PFF's spesialistråd, som enten godkjenner eller avslår søknaden. Godkjente spesialister må for å bevare spesialisttittelen følge nærmere definerte kurs, og skal dokumentere deltakelse og beståtte prøver for spesialistrådet. Spesialistrådet fornyer eller inndrar godkjenninger fortløpende. Det overvåkes at spesialister overholder sin "vedlikeholdsplikt".

Krav til utdanning for godkjenning som spesialist i Klinisk Ortopedisk Fysioterapi:

1. Høgskoleutdanning i fysioterapi (3 år)
2. Turnustjeneste (1 år)
3. Offentlig godkjenning som fysioterapeut

Kurs:

3 basismoduler med Basic Exam
3 videregående moduler med Advanced Exam
Hver modul deles i 2 deler over 2 og 3 dager.

Modul 1

1a - Generelle prinsipper, diagnostikk og behandling av skulder. Varighet 2 dager.

1 b - Lumbalcolumna. Varighet 3 dager.

Modul 2

2 a - Albu og hånd. Varighet 2 dager.

2 b - Cervicalcolumna og legg. Varighet 3 dager.

Modul 3

3 a - Ankel – fot og thoracalcolumna. Varighet 2 dager.

3 b - Hofte og kne. Varighet 3 dager.

Deretter 2 repetisjonskurs med varighet 2 dager og 1 dag Basic Exam

Modul 4

4 a - Cervicalcolumna og vertigo. Varighet 2 dager.

4 b - Skulderbue, thorax og abdomen. Varighet 3 dager.

Modul 5

5 a - Lumbalcolumna. Varighet 2 dager.

5 b - Lumbalcolumna, IS-ledd, temporomandibularledd. Varighet 3 dager.

Modul 6

6 a - Hofte og glutealregion. Varighet 2 dager.

6 b - Kne og fot. Varighet 3 dager.

Spesialistutdanningen

1. Basiskurs (modul 1 - 3) i regi av OMI-Norge.
2. Deltatt i kollokvier i relasjon til modul 1 - 3, og/eller "refresher kurs".
3. Bestått eksamen - basiskurs.
4. Videregående kurs (modul 4 - 6) i regi av OMI-Norge.
5. Deltatt i kollokvier i relasjon til modul 4 - 6, og/eller "refresher kurs".
6. Bestått videregående kurs (modul 4 - 6).
7. I regi av PFF - gjennomgått anatomi- og preparatkurs dekkende columna og ekstremiteter.
8. Gjennomført kurs i forskningsmetoder - del 1 og 2.
9. Hospitering 20 timer ved godkjent OMI-Klinikk.

Ajourføring for opprettholdelse av godkjenning

Innen 5 år fra godkjenning: Fulgt kursrekken - McKenzie-konseptet del A - D Heretter pr. 5-årsperiode: Deltatt på godkjente kurs i min. 80 timer. Praktisert min. 2 årsverk innen spesialitetens fagområde.

Godkjent ny alternativ kurs-rekkefølge for opprettholdelse: Master i Ortopedisk medisin i løpet av første 5-års periode. McKenzie-kursene gjennomført deretter. For mastergrad kan man søke seg til postgraduate studier ved universitetet Middlesex i London. Utdanningen er modulbasert og store deler kan gjennomføres fra Norge.

Videre innen utgangen av hver 5-års periode må relevante kurs på til sammen 80 timer dokumenteres. Kursbevis kan sendes leder av spesialistkomiteen Atle Vervik ved Lysaker fysioterapi fortløpende, så ser han når kravet er oppnådd og holder listen over spesialister oppdatert.

Dersom kravene til ajourføring ikke overholdes mistes retten til å kalle seg spesialist.



MUSKELSTIMULERING

Chattanooga Wireless Professional

NEUROLOGI • ORTOPEDI • REHABILITERING
TRENING • RESTITUSJON

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

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

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

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

KONTAKT DIN PRODUKT- SPESIALIST:



Annette Vogt Hauger
mobil: 452 68 687
Annette.Hauger@DJOGlobal.com
www.fysioett.no



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



Fotplager i klatring

Klatresko er designet for å generere så mye kraft som mulig til stortåen, slik at man står best mulig på små grep. Dette har medført smale, trange og asymmetriske sko, og kravet til designet på klatreskoene øker med økende nivå. De potensielle skadevirkningene av skobruken krever mer omfattende studier enn det vi har per i dag, og her er temaet belyst i en artikkel i World Journal of Orthopedics i 2013.

TEKST OG BILDER STIAN CHRISTOPHERSEN

Artikkelen viser at de fleste studier konkluderer med at klatrerelaterte belastningsskader stort sett affiserer overekstremitetene mens akutte, traumatiske skader forekommer hyppigst i underekstremitetene. De vanligste akutte skadene i underekstremitetene er forstuvning, calcaneusfraktur, talusfraktur og ankelfraktur. Det ses en sammen-

heng mellom særlig buldring* og akutte, traumatiske fotskader, men sammenhengen ses også mellom hard sportsklatring på tau og de samme fotskadene.

Økende forekomst av belastningslidelser

Selv om det primært er de akutte, traumatiske skadene som rammer føttene, er forekomsten av kroniske belastningsskader økende med økende grad av nivå

og antall klatreår. Det rapporteres om en størrelsesreduksjon i klatresko fra vanlige sko på 1-2 størrelser hos klatrere på middels nivå og 2,3 størrelser ($\pm 0,7$) hos klatrere på elitenivå, og av bildene kan man tydelig se endringene i fotstilling med og uten klatresko. De biomekaniske endringene trange klatresko fører med seg er vist å føre til hudfortykkelser, neglebåndinfeksjoner, trykkmerker, nevrologiske plager og

blodansamlinger under neglene. På lang sikt kan bruken av trange klatresko også føre til utviklingen av hallux valgus. Det er tydelig at ferdighetsnivået og antall klatretimer er avgjørende for utviklingen av disse plagene, og forekomsten er høyest hos dyktige og erfarne klatrere som har brukt trange klatresko i ca. 10 timer per uke i over 5 år. Kravet til fotarbeid, og dermed kravet til trangere og mer asymmetriske sko, øker for denne gruppen klatrere, og villigheten til å tolerere smerte for økt prestasjon i fotarbeidet er også stor i denne gruppen (80%-90%).

Nødvendige konkrete tiltak

Artikkelforfatterne konkluderer med at mer forskningsarbeid må gjøres på kroniske belastningsskader på føtter og tær, men at ett konkret tiltak for å redusere risikoen for å utvikle plager er å ha en større og mer symmetrisk treningssko og dermed redusere timeantallet man bruker i de trangeste og mest asymmetriske skoene. De anbefaler også at begynnere og hobbyklatrere prioriterer komfort og størrelse i valg av klatresko, men erkjenner at behovet for trangere og mer presise sko øker med økende ferdighetsnivå.

Artikkelen

Artikkelen gir en god oversikt over de vanligste akutte og kroniske klatrerelaterede skadene for underekstremitetene, noe som har manglet i litteraturen frem til nå. Den legger noen føringer på hva som er viktig å tenke på for å forebygge skadene:

- For å forebygge akutte skader: Sikre dynamisk ved fall under tauklatring for å unngå harde fall, sørge for at det ikke er mellomrom mellom fallmattene utendørs, eller mellom tjukkasene inndendørs, under buldring.
- For å forebygge kroniske skader: Reduser antall klatretimer i de trangeste og mest asymmetriske klatreskoene og bruk en romsligere treningssko.

Siden de alvorligste kroniske skadene, som hallux valgus, kan være smertefulle, funksjonsnedsettende og er vanskelige å behandle, er det viktig at vi er klar over hva bruken av trange klatresko gjør med føttene og tærne våre og dermed kan forebygge kontra behandle disse tilstandene.

Som en tilleggskommentar vil jeg understreke hvilke føringer funnene



Røntgenbilde tatt fra siden av en klatrers fot i en klatresko. Legg merke til tærnes stilling.



Røntgenbilde tatt ovenfra av en klatrers fot for i en klatresko. Legg merke til stor- og lilletåens vinkel foran i sko.



Den samme klatrerens fot stående barbeint.

artikkelen presenterer legger for valg av sko for yngre klatrere der skjelettet fremdeles er i utvikling. Det er fra tidligere anbefalt å ikke bruke overdrevent trange og asymmetriske sko opp til minimum 15 år for å bidra til å forebygge skjelettskader i føtter og tær, og dette budskapet gjentas også denne gang.

1 Schöffl, V. & Thomas Küpper: Feet Injuries in Rock Climbers. World J Orthop 2013 October 18; 4(4): 218-228

2Morrison, A. & Volker Schöffl: Physiological responses to rock climbing in young climbers Br J Sports Med 2007;41:852-861

*Buldring vil si klatring på lave vegger/steiner uten sikringstau, og er både en selvstendig konkurransegren og en vanlig treningsform i klatring.

Alle bilder er gjengitt fra originalartikkelen med tillatelse fra Dr. Volker Schöffl.



www.beloithealthsystem.org

Store forskjeller innen frekvens av ortopedisk kirurgi i Norge



AV KJETIL NORD-VARHAUG

Må finne kirurgi-synderne

En rapport om dagkirurgi i Norge mellom 2011 og 2013 av Lise Balteskard, Trygve Deraas, Olav Helge Førde, Trine Magnus, Frank Olsen og Bård Uleberg viser store forskjeller i Norge. Det er Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Tromsø som står bak rapporten på oppdrag fra HelseNord.

De har kartlagt 12 ulike dagkirurgiske inngrep, som ble utført mellom 2011 og 2013, og som til sammen utgjør over halvparten av all dagkirurgi

i Norge, og det ble funnet store variasjoner mellom de ulike helseforetakene i Norge. Totalt gransket de 360.000 vanlige inngrep og fant blant annet at det er spesielt stor variasjon når det gjaldt inngrepene meniskoperasjoner og skulderkirurgi. I Møre og Romsdal var det over fire ganger så mange meniskoperasjoner som i Stavanger-regionen.

I Møre og Romsdal opererte de også flest skuldre i Norge, omtrent 4 ganger så mange som i Oslo.

Rapporten konkluderte videre med at sykkelighet i befolkningen ikke kan forklare disse ulikhetene. Det må være andre grunner til de store variasjonene.



Overbehandling

Olav Helge Førde, professor ved Universitetet i Tromsø, uttalte til Dagens Medisin i januar 2015 at det både internasjonalt og fra fagfolk i Norge har kommet klare påstander om overbehandling.

Flere forskningsrapporter har blant annet slått fast at det sannsynligvis opereres for mange skulderpasienter med såkalt impingement syndrom samt for mange pasienter med menisk lesjoner.

Ulik praksis blant fagfolk kan forklare forskjellene

Rapporten antyder at forskjellene vi opplever i Norge kan skyldes ulikheter i klinisk praksis mellom fagfolk innen samme fagområde rundt omkring i Norge.

Tiltak for å hindre forskjellene

Rapporten foreslår blant annet at et tiltak for å få bukt med variasjonene er å drive rasjonell tilbudsplanlegging.

Helsetjenesten har i stor grad vært styrt av køer og etterspørsel, og det kan spørres

res om man i større grad burde planlegge tilbudet ut fra påviste forbruksvariasjoner, dokumentasjon av nytteverdi, og nasjonale gjennomsnitt, skriver forfatterne av rapporten.

Operasjoner som ble undersøkt

Totalt 12 vanlige dagkirurgiske inngrep ble undersøkt i tidsperioden mellom 2011 og 2013. Av disse var 5 inngrep relatert til ortopedi:

- Meniskoperasjon
- Skulderkirurgi (Acromionreseksjon)
- Operasjon for hallux valgus og hammertå
- Operasjon for karpaltunnelsyndrom
- Utvalgt handkirurgi

Redaksjonens kommentar:

Denne rapporten viser på mange måter det vi fysioterapeuter har observert i flere år. Det finnes store variasjoner i hyppighet og villighet mellom sykehus og helseregioner når det kommer til kirurgi.

Man kan tenke seg at et sykehus som rekrutterer en spesialist i skulderkirurgi vil få en stor økning antall inngrep som utføres på dette sykehuset innen denne sjangeren. Men at en hel helseregion har 4 ganger flere meniskinngrep enn en annen kan ikke skyldes en enkelt kirurgs preferanser og kapasitet.

Burde det kanskje være nasjonale retningslinjer for hvor lang ventetid de ulike operasjonene skal ha? Det er naturlig at kort ventetid øker frekvensen på antall operasjoner. Er ventetiden lang på elektive operasjoner, vil flere forsøke konservativ behandling, og flere vil dermed potensielt unngå operasjon. Er det kort ventetid og lite selektering i hvem som får operasjon og ikke, så vil naturligvis antall operasjoner som utføres øke.

Kjøp av private operasjoner for å få ned køene vil sannsynligvis kun bidra til å øke de nasjonale forskjellene. Private sykehus trenger ikke å selektere pasienter som har nytte av operasjon eller

ikke sett i lys av samfunnets behov. Om det offentlige skal kjøpe slike tjenester i det private, må man være nøye med at de operasjonene som kjøpes er godt begrunnet og nødvendige.

Egenandelen for ortopedisk kirurgi er i dag svært lav i Norge. En konsultasjon hos spesialist ved en poliklinikk koster 320 kroner. Det betyr i praksis at det er billigere for en pasient å velge operasjon fremfor fysioterapi for sin skulder- eller kneskade. Dette vil naturligvis føre til at flere velger operasjon som førstevalg.

I tillegg må holdninger og kunnskap hos fastleger og annet henvisende personell spille en rolle. Men i hovedsak er det kapasiteten til sykehuset som regulerer hvor mange operasjoner de utfører pr. år av en gitt prosedyre. Innsatsen for å få redusert nasjonale forskjeller innen blant annet ortopedisk kirurgi må derfor starte med helseforetakene og helseregionene. Det må lages nasjonale retningslinjer som sier noe om hvor lang tid en pasient normalt skal måtte vente på en gitt operasjon.

Hva kan fysioterapeuten bidra med?

Fysioterapeutene kan absolutt ha en rolle i å få ned bruken av dokumentert unødvendige operasjoner. Vi har nå nasjonale retningslinjer og solid faglig dokumentasjon på at en rekke ortopediske skader kan behandles konservativt med god effekt uten bruk av operasjon.

Det er derfor viktig at vi bidrar med å spre denne kunnskapen ut i befolkningen med den enkelte pasient samt at vi kan bidra med informasjonsarbeid overfor fastlegene. Vi har ryggdekning for å si at subacromial dekompressjon ikke er førstevalget for en pasient med «impingement» i skulder eller menisklesjon i kneet.

Kilde:

- www.DagensMedisin.no
- Rapport: Dagkirurgi i Norge 2011-2013 Utvalgte inngrep

RIMELIG BENKEPAPIR - HØY KVALITET

Bestill på 4843 4224

salg@helseoghudpleie.no

nettbutikk
FOR HELSE OG HUDPLEIE



Det finnes ikke evidens for fysioterapi

Som fysioterapeuter, og kanskje spesielt som fysioterapistudenter, er man gjennom mange identitetskriser som strebende akademikere. I epoken av kunnskapsbasert praksis har forskerne vært nådeløse i sin vurdering av enkeltintervensjoner, og ofte presentert nedslående resultater for vanlige fysioterapeutiske tiltak. Denne utviklingen, som har vært et etterlengtet paradigmeskifte, har revolusjonert fysioterapien i det 21. århundre, men den har også skapt ubehagelige fremstillinger:

TEKST JØRGEN JEVNE OG STIAN CHRISTOPHERSEN

En håpløs utopi for akademisk anlagte kolleger, men like fullt utsagn som blir utbasunert av skeptikere som elsker tabloide og fargeløse fremstillinger. For å unngå at man utvikler en usunn skepsis mot vitenskapelig praksis som man ofte opplever som uharmonisk sammenlignet med egne kliniske observasjoner, kan det være nyttig å få nyansert det store bildet av helsevesenet.

Det siste året har fokuset på yrkesgrupper og behandlingsteknikker i helsefagene økt, og gjennom programmer som blant annet Folkeopplysningen på NRK har det vært et særlig fokus på manglende evidens for ulike intervensjoner i en lang rekke yrker og faggrupper. Selv om fysioterapeutene foreløpig har vært skånet for den verste kritikken, så kunne det kritiske søkelyset like gjerne vært rettet vår vei. Vi ønsker naturligvis dette fokuset velkommen og håper det kan bidra til å gjøre oss som fagutøvere (enda) mer kritiske og reflekterte i vår hverdag. Det er også en annen elefant i rommet som foreløpig har vært skånet for Folkeopplysningens ubarmhjertige bølge av rasjonalitet: kirurgisk intervensjon for muskel- og skjelettplager.

Fysioterapeuter opplever ofte at pasientene synes rehabilitering er uattraktivt og tidkrevende. Gulroten i enden av den tunge reisen er skalpellen. Kirurgien som den endelige løsning. Operasjonen som fikser feilene.

Men skal man først utsette seg selv for rigorøs vitenskapelig granskning, er man nødt til å undersøke andre tiltak med lignende blikk. Ortopedkirurgene står kanskje pent plassert på toppen av den hierarkiske helsepyramiden, men betyr det at den vitenskapelige understøttelsen troner ved siden av på øverste hylle?

Skuldersmerter, og nærmere bestemt subacromielt impingement syndrom, er en vanlig henvendelsesårsak til fysioterapeuter [1]. Med dagens kunnskap omkring underliggende patomekanismer regnes "subacromial pain syndrome" (SAPS) som en bedre betegnelse [2].

Antallet av operasjoner for behandling av SAPS har skutt i været, og dette gjør seg gjeldende på nasjonalt og internasjonalt plan [3-7]. Dette er på tross av at man i over tyve år aldri har klart å vise at kirurgi har bedre effekt enn ved veiledet trening [8,9]. Det at veiledet trening og konservativ tilnærming er å foretrekke for denne pasientgruppen er viktig for oss som behandlere å få kommunisert tydelig og på en motiverende måte til våre pasienter.

I dagens "quick-fix-samfunn" har mange pasienter forventninger til en rask løsning på komplekse problemstillinger, men vi som jobber med dem hver dag vet at dette sjelden er mulig. Den siste utveien, den endelige løsningen, er ikke nødvendigvis skalpellen. Det handler mer om i hvilken grad vi klarer å motivere pasientene våre til å gjøre de rette endringene for å påvirke årsaken til plagene og å klare og skape god nok compliance til at de gjennomfører den treningen vi vet skal til for å gi effekt [10-12].

Den vitenskapelige historieboken er dessverre full av grelle eksempler på hvordan forskningsfunn ikke blir fulgt opp i klinisk praksis. Det siste året har vi sett økende akademisk interesse for overforbruk av kirurgi, spesielt i form av impingementoperasjoner og artroskopi ved degenerative menisklesjoner [13-17]. Vi ser nå videre indikasjoner på labrumskader i hoften vil være neste punkt på sjekklisten over kirurgi som utføres i stor stil med sviktende vitenskapelig grunnlag [18,19].



Fysioterapeut og kiropraktor
Jørgen Jevne

Vi vet at veiledet trening har effekt på en rekke lidelser, og treningen i seg selv fører gjerne med seg andre positive effekter som bedre helse, stressreduksjon og økt livskvalitet. Vi som fysioterapeuter skal være gode på trening og rehabilitering. Vi skal kunne formidle viktigheten av, og inspirere til gjennomføringen av, aktive tiltak der pasientene våre eier sin egen rehabilitering. Likevel må ikke den manglende evidensen for manuelle tiltak gjøre oss handlingslammet. Evidensbasert praksis bygger også på kliniske erfaringer og pasientens preferanser i synergi med beste tilgjengelig forskning.

Eller for å sitere manuellterapeut Sigurd Mikkelsen:

«Problemet er ikke at ingenting har effekt, problemet er at alt potensielt har en effekt.»

Det vanskelige men viktige arbeidet



Publisert i British Journal of Sports Medicine

Fysioterapeut og Kiropraktor Jørgen Jevne har begynt det vanskelige, men viktige arbeidet. Han har som mål å øke vår kunnskap til fordel for bedre pasientbehandlinger. I den forbindelse har han fått publisert en artikkel i British Journal of Sports Medicine om skulderkirurgi sett i lys av kunnskapen

på området. Jevne forsøker med dette å gjøre «exercise as sexy as the scalpel».

Med en fantastisk presisjon og dyktighet klarer Jevne å formidle problemet vi i dag står overfor når det kommer til skulderkirurgi. Jevne spør seg hvorfor vi fortsatt opererer skuldre selv om man i over 20 år har slitt med å bevise at kirurgi er bedre enn konservativ behandling. Han skriver videre at skulderkomplekset ofte gjør klinikerer usikker på diagnose, som kanskje fører til dårlige behandlingsopplegg, som etter hvert åpner opp for operativ vurdering.

Imponerende prestasjon

Det er en imponerende prestasjon å få en artikkel publisert i British Journal of Sports Medicine. Dette handler ikke om publisering av klinisk forskning slik vi ofte ser ved doktorgrader etc, men en artikkel som tar for seg den forskningen som foreligger og presenterer den på en forståelig måte. Det er krevende å samle slik omfattende dokumentasjon i en kortfattet artikkel som kan leses av flere enn andre forskere, uten å måtte gjøre grove forenklinger og avkortninger på tema. Jevne har

etter vårt skjønne lyktes svært godt med dette i denne artikkelen.

Vi sitter rett og slett igjen med følelsen av at noen burde ha skrevet dette før. Er det virkelig slik at det finnes så dårlig dokumentasjon på at skulderoperasjoner virker? Hvorfor blir så mange operert da?

Faglunch og blogg

Jørgen Jevne forsøker også å bringe denne kunnskapen til din klinikk via JevneHelse. Her tilbyr han via sin blogg på www.jevnehelse.no gratis kunnskapsformidling. I tillegg tilbyr han faglunch på din klinikk om dere ønsker å få besøk av en usedvanlig kunnskapsrik og inspirerende kollega med sans for praktisk formidling av forskning.

Fysioterapi i Privat Praksis gratulerer

Fysioterapi i Privat Praksis gratulerer Jørgen Jevne med publikasjonen i British Journal of Sports Medicine. Noe sier oss at dette kun er starten....

I mellomtiden skal vi forsøke å bidra til at trening blir like sexy som skapellet. Vi tar utfordringen.

→ Så dersom vi bærer med oss en viss akademisk ydmykhet og kritisk refleksjon rundt vår egen praksis, er vår mening at så lenge vi ikke blir stående som symptombehandlere, og kun baserer oss på manuelle teknikker som i beste fall vil kunne gi en kortvarig effekt, må vi kunne bruke verktøykassen vår på en fornuftig måte i kombinasjon med opptrening og effektiv kommunikasjon for å skape varige og bærekraftige endringer i pasienters liv.

Med andre ord, fysioterapeuter: Vi skal ikke la oss lure. Den såkalte "manglende evidensen" for fysioterapi er et unyansert utsagn ikke verdig en seriøs helseaktør. Men kanskje enda viktigere: ikke la det bli en hvilepute!

Det er altfor mange ubesvarte spørsmål innen konservativ behandling for blant annet SAPS. Ikke la operasjonsskåte kirurger ødelegge for optimalisering av behandlings- og rehabiliteringsforløp. Ikke reduser dere selv til varmepakninger, elektroterapi og utdatert tankegods som holder profesjonen tilbake.

1. Diercks, R., Bron, C., Dorrestijn, O., Meskers, C., Naber, R., et al.: Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. *Acta Orthop*, 2014. 85(3): p. 314-22.
2. Lewis, J.S.: Subacromial impingement syndrome: a musculoskeletal condition or a clinical illusion? *Physical Therapy Reviews*, 2011. 16(5): p. 388-398.
3. DM: Gir gode DRG-inntekter. *Dagens Medisin*, 2015
4. Judge, A., Murphy, R.J., Maxwell, R., Arden, N.K., Carr, A.J.: Temporal trends and geographical variation in the use of subacromial decompression and rotator cuff repair of the shoulder in England. *Bone Joint J*, 2014. 96-B(1): p. 70-4.
5. Paloneva, J., Lepola, V., Karpinen, J., Ylinen, J., Aarimaa, V., et al.: Declining incidence of acromioplasty in Finland. *Acta Orthop*, 2014: p. 1-5.
6. Vitale, M.A., Arons, R.R., Hurwitz, S., Ahmad, C.S., Levine, W.N.: The rising incidence of acromioplasty. *J Bone Joint Surg Am*, 2010. 92(9): p. 1842-50.
7. Yu, E., Cil, A., Harmsen, W.S., Schleck, C., Sperling, J.W., et al.: Arthroscopy and the dramatic increase in frequency of anterior acromioplasty from 1980 to 2005: an epidemiologic study. *Arthroscopy*, 2010. 26(9 Suppl): p. S142-7.
8. Dorrestijn, O., Stevens, M., Winters, J.C., van der Meer, K., Diercks, R.L.: Conservative or surgical treatment for subacromial impingement syndrome? A systematic review. *J Shoulder Elbow Surg*, 2009. 18(4): p. 652-60.
9. Saltychev, M., Aarimaa, V., Virolainen, P., Laimi, K.: Conservative treatment or surgery for shoulder impingement: systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil*, 2014.
10. Hallal, P.C., Lee, I.M.: Prescription of physical activity: an undervalued intervention. *The Lancet*, 2013. 381(9864): p. 356-357.
11. Holmgren, T., Björnsson Hallgren, H., Öberg, B., Adolfsson, L., Johansson, K.: Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ*, 2012. 344: p. e787.
12. Holmgren, T., Hallgren, H.B., Öberg, B., Adolfsson, L., Johansson, K.: Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *Br J Sports Med*, 2014. 48(19): p. 1456-7.
13. Krogsgaard, M.R., Lind, M., Jørgensen, U.: A positive viewpoint regarding arthroscopy for degenerative knee conditions. *Acta Orthop*, 2014: p. 1-5.
14. Jarvinen, T.L., Sihvonen, R., Englund, M.: Arthroscopy for degenerative knee—a difficult habit to break? *Acta Orthop*, 2014. 85(3): p. 215-7.
15. Sihvonen, R., Paavola, M., Malmivaara, A., Itala, A., Joukainen, A., et al.: Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med*, 2013. 369(26): p. 2515-24.
16. Thorlund, J.B., Hare, K.B., Lohmander, L.S.: Large increase in arthroscopic meniscus surgery in the middle-aged and older population in Denmark from 2000 to 2011. *Acta Orthop*, 2014. 85(3): p. 287-92.
17. Jevne, J.: The sexy scalpel: unnecessary shoulder surgery on the rise. *British Journal of Sports Medicine*, 2015.
18. Kemp, J.L., Crossley, K.M., Roos, E.M., Ratzlaff, C.: What fooled us in the knee may trip us up in the hip: lessons from arthroscopy. *Br J Sports Med*, 2014. 48(16): p. 1200-1.
19. Reiman, M.P., Thorborg, K.: Femoroacetabular impingement surgery: are we moving too fast and too far beyond the evidence? *Br J Sports Med*, 2015.



Explain Pain 2-Day course

9 – 10 May 2015 | Norway | Lillestrøm | Romerike Helsebygg | Morten Høgh

This lecture is based on David Butler and Lorimer Moseley's book 'Explain Pain'. The presenters will help you understand how the pain system works when there are injured tissues and nerves and what happens in the brain in relation to pain experiences.

Explaining modern neuroscience to patients is an evidence based strategy which can change their pain and stress behaviours. Participants will be taken through the latest knowledge of tissue, nerve, brain and stress effects on pain and movement. Serious material but you'll have fun learning!

Neuroscience can be riveting stuff! You'll be introduced to the newest clinically relevant knowledge about pain 'neurotags', 'brain ignition nodes', zinging and zapping nerves, smudging in the brain, backfiring nerves, and 'drug cabinets in the brain'. You will learn about how the immune, sympathetic and cortisol systems are critical in a pain experience. And you will realise how clinically potent you can be with some new skills in therapeutic education and movement.

Closely linked to self-management and health literacy movements, the seminar is delivered in a way in which any professional working in the areas of pain and stress will benefit.

COURSE AIMS

1. To expand the clinical framework of rehabilitation via the paradigms of neuromatrix, pain mechanisms and modern biopsychosocialism.
2. To teach biologically based pain management skills under a framework of the sciences of clinical reasoning and evidence from clinical trials, neurobiology and education research.
3. To reconceptualise pain and stress in terms of modern neuroscience and philosophy.
4. To stimulate an urgent reappraisal of current thinking in rehabilitation, with benefits for all stakeholders in clinical outcomes - the patient, the therapist, the referrer and the payer.
5. To teach the core pain management skills of neuroscience education.

Neuro Orthopaedic Institute

Reinvesting in the future of rehabilitation

The Neuro Orthopaedic Institute is an independent group of therapists dedicated to providing quality education and resources. We have teams of instructors in more than 25 countries and on all continents, delivering education to over 4000 health professionals each year. The nervous system is our prime focus, integrating neuroscience, neurodynamics and manual therapy into patient management

INSTRUCTOR

Morten Høgh, NOI Instructor, Denmark



Morten Høgh lives in Aarhus, Denmark with his wife and their three kids. He runs two private practices with 25 employees where he works as a specialist physiotherapist within sports medicine as well as musculoskeletal and orthopaedic physiotherapy. Besides working in the private practise he teaches graduate-level physiotherapy courses in pain management and sports medicine. Morten is an accredited NOI instructor and teaches primarily Explain Pain.

REGISTRATION

Price:

Members of PFF NOK 2900

Non-Members of PFF NOK 3500

To register: www.fysioterapi.org/kurs

For more information contact course host Linda Linge

Email: linda@romerike-fysioterapi.no

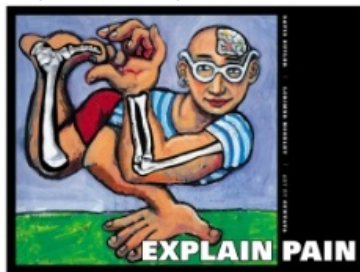
Course address:

Romerike Helsebygg,
Dampsagveien 2a,
2000 Lillestrøm.

Registration is open to physiotherapists and kiropractors

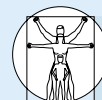
RESOURCES

Explain Pain by David Butler & Lorimer Moseley



A ground-breaking concept in its content and presentation, Explain Pain aims to demystify the process of understanding and managing pain. It brings the body to life in a way that makes an interesting read for therapists and pain sufferers alike. **Available on www.amazon.co.uk**

Invitasjon til modul 2 kurs i diagnostisk ultralyd



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

Tema: Skulder, albue og hånd

Vi har i samarbeid med Interesseguppen for Ultralyd i Privat Praksis gleden av å invitere til modul 2 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 2 i diagnostisk muskel og skjelett ultralyd:
Skulder, albue og hånd

Tidspunkt:

Fredag 08.05.2015 kl 0900 - 2000

Lørdag 09.05.2015 kl 0900 - 1700

Sted: Apexklinikken

Oslo - Helsefyr

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: www.ultralydscanning.no
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

ger samt å kunne identifisere og diagnostisere relevante funn, som understøtter den kliniske undersøkelsen

- Å kunne utføre i alt min. 100 skanninger/prosjeksjoner selvstendig. Skanningene/prosjeksjonene 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.

Program for modul 2

Dag 1 - fredag

09.00 - 09.45 Introduksjon av ultralydscanning i fysioterapi

09.45 - 10.15 Demonstrasjon av scanner, komme i gang

10.15 - 10.30 Kaffe/te og rundstykker

10.30 - 11.30 Anatomi og ultralydscanning av skulderen

11.30 - 12.00 Demonstrasjon, scanning av skulderen

12.00 - 13.30 Veiledet workshop

13.30 - 14.30 Lunch pause

14.30 - 15.00 Demonstrasjon, scanning av skulderen

15.00 - 16.00 Veiledet workshop

16.00 - 16.30 Demonstrasjon, scanning av skulderen

16.30 - 17.30 Veiledet workshop

17.30 - 18.00 Kaffe/te og kake / Frukst

18.00 - 19.00 Veiledet workshop – Repetisjon, 5 skanninger

19.00 - 19.30 Spørsmål og avrundning

Kl. 21.00 Middag

Dag 2 - lørdag

09.00 - 09.30 Demonstrasjon, scanning av skulderen

09.30 - 10.30 Veiledet workshop

10.30 - 11.15 Anatomi og ultralydscanning av albuen

11.15 - 11.45 Demonstrasjon, scanning av albuen

11.45 - 13.00 Veiledet workshop

13.00 - 14.00 Lunch

14.00 - 14.30 Anatomi og ultralydscanning av hånden

14.30 - 15.00 Demonstrasjon, scanning av hånden

15.00 - 16.00 Veiledet workshop

16.00 - 16.15 Kaffe/te og kake / Frukst

16.15 - 17.00 «Gruppe-eksamen»

17.00 - 17.30 Spørsmål og avrundning



Kursoversikt 2015

Se nærmere opplysninger på de forskjellige kursinvtasjonene

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

TEMA	DATO	STED
ÅRETS PFF-KONGRESS!	12. og 13. mars	Oslo
Skulderdiagnostikk og behandling, Jan Henning Løchen	22. april	Lillestrøm
«Explain Pain» Morten Hogh	9. og 10. mai	Lillestrøm
Fascial Fitness – Introduksjonskurs, Hilde Gudding	29. og 30. mai	
Undersøkelse og behandling av svimmelhet Del 2 for tidligere deltagere, mer praksis. Dino Trbonja Ettermiddag fredag 18 sept Repetisjon	18. sept.(17:00-20:00) 19. september	Lillestrøm
Differensialdiagnostikk og workshop underekstemiteter. Kiropraktor Thomas Lauvsnes	2. oktober	Lillestrøm
Mobilisation of the Nervous System, Tim Beames	14. og 15. november	Lillestrøm

OBS! Påmelding til McKenzie-kursene
sendes Dorthe Boo Strauss: dorthe@mckenzie.no

Gjennomført forskningskurs er et krav i forhold til PFF's spesialitet i Klinisk ortopedisk fysioterapi.
Ergonomikurs/arbeidsplassvurdering er en fin nisje for de som jobber uten kommunal avtale.
Meld din interesse selv om enkelte kurs ikke har fastsatt dato ennå!

OVERSIKT OVER OMI-KURS: se ominorden.com

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

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

Ultralyd kurskalender 2015:

TEMA	DATO	STED
Advanced – Modul 7	15-16. mars (påmelding til Marius)	Hemsedal
Advanced – Modul 8	17-18. mars (påmelding til Marius)	Hemsedal
Basic – Modul 2	8-9. mai	Apexklinikken
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: mj@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
A	22.- 25. januar 2015	Oslo/Lillestrøm	kr. 5490	kr. 5990	GJENNOMFØRT På mail til: kurs@mckenzie.no
Credential Workshop	18. april 2015	Lillestrøm 1-dagskurs	kr. 1800	kr. 1800	Påmeldingsfrist: 17. februar 2015 På mail til: kurs@mckenzie.no
A	7. - 10. mai 2015	Porsgrunn	kr. 5490	kr. 5990	Påmeldingsfrist: 1. April 2015 På mail til: kurs@mckenzie.no
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 ang. kurs kan sendes til kursansvarlig Dorthe på kurs@mckenzie.no eller telefonnummer 46 63 43 67.

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.

Skulderdiagnostikk og behandling

Ved: Fysioterapeut/manuellterapeut
Jan Henning Løken

Vi er stolte over å kunne presentere en meget erfaren fysioterapeut for våre medlemmer. Ønsker du å lære av en av de beste på skulder, er dette kurset for deg!

Jan Henning Løken er fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi og idrettsfysioterapi. Han har jobbet med damelandslaget i håndball i 12 år samt enkeltutøvere i langrenn, fotball, friidrett og alpint. Nå tilknyttet Norges friidrettsforbund. Har jobbet 18 år på NIMI. Har som spesialfelt skulder, men jobber også generelt med akutte idrettsskader og belastningsskader.

Det vil bli undervist i undersøkelsesmetodikk, differensialdiagnoser og behandlingsprinsipper. Kurset vil være praktisk rettet med «hands on»-prinsipper.

Målgruppe: Fysioterapeuter og faggrupper med interesse for skulder.

Tid: Onsdag 22.04.2015. Kl 17.00-21.00
Sted: Romerike helsebygg, Dampsagveien 2a Lillestrøm (rett ved Lillestrøm stasjon. 10 min fra Oslo og 10 min fra Gardermoen)

Pris: PFF medlemmer kr. 1200.-
Andre: 1800.-

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

Påmeldingsfrist: 08.04.2015

Ved avbestilling etter 08.04. 2015 må hele kursavgiften betales.

Godkjent 4 timer for opprettholdelse av spesialitet i klinisk ortopedisk fysioterapi.

Facial Fitness – Introduksjonskurs



Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

Ved: Fysioterapeut Hilde Gudding.

Hun er Danmarks eneste sertifiserte Fascial Fitness underviser og holder kurset for oss. Kurset er utformet av ledende forskere på området.

Temaet blir presentert slik at praktiske øvelseseksempler kobles til hvert treningsprinsipp. Dermed kan det tas i bruk i den praktiske hverdagen direkte etter kurset. Etter forrige kurs var deltagerne svært fornøyd.

Fascial Fitness er et verdensomspennende treningskonsept som gir deg siste nyeste viten om fascia og de nyeste treningsprinsippene for trening av fasciavevet i bevegelse.

Kurset er utformet av ledende forskere på området, bl.a. Ph.D Robert Schleip

Se evt. mer om temaet på www.elasticstability.com

Målgruppe: Fysioterapeuter og alle som jobber med trening og bevegelse.

Tid: Fredag 29.mai 10.00–16.30 og lørdag 30.mai 2015 09.00–15.30

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

Pris: PFF medlemmer kr. 2700.- Andre: 3500.-

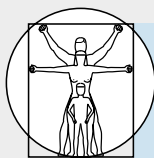
Påmelding: <http://fysioterapi.org/kurs> .

Påmeldingsfrist: 15 .mai

Ved avbestilling etter 20. mai må hele kursavgiften betales.

Godkjent 14 timer for opprettholdelse av spesialitet i klinisk ortopedisk fysioterapi.

Velkommen!



**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

RETTHJELP

Trude Andersen
Kristian Moum

REDAKSJONSKOMITE

Redaktør/journalist:
Hilde Stette

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

Annonser: Christin Foss

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:	Tor Aage Berg	tor.age.berg@fysioterapi.org
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
	Kristian Moum	kristian.moum@aleris.no

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:
april 2015

FYSIO
Laken
og oppbevaringsrør

GRANTON



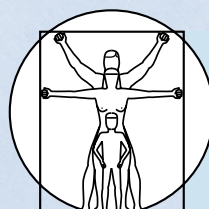
Arba Medisinsk

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**