

# Fysioterapi

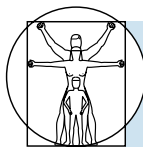
NR 1/2015 – ÅRGANG 24

I PRIVAT PRAKSIS



facebook

[www.facebook.com/fysioterapi](http://www.facebook.com/fysioterapi)

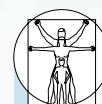


Privatpraktiserende  
Fysioterapeuters  
Forbund

twitter

[www.twitter.com/fysioterapi](http://www.twitter.com/fysioterapi)





Privatpraktiserende  
Fysioterapeuters  
Forbund

*Personlig  
Enkelt  
Tilgjengelig*

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



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



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

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

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

**Andre forsikringer med PFF-rabatt**

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

For mer informasjon, ring oss eller gå inn på [www.forsikringspartner.no](http://www.forsikringspartner.no)

**Forsikringspartner**  
medlem av [assurandør.no](http://assurandør.no)



## Innhold

PFF-kongressen 2015 .....	4
PFF søker nye medlemmer til styret – hva med DEG?.....	6
A-FORM og HAGOS – nye kartleggingsverktøy for ankel og hofte/lyske .....	8
Bokanmeldelse «Frisk nakke» av Anders Aasen Berget og Lennart Krohn-Hansen.....	9
Degenerasjon av ryggen i den asymptomatiske befolkningen .....	10
Syntetisk hasj – den nye helsetrusselen .....	11
Fingerskader ved klatring .....	12
Årets nyttårstale.....	16
Færre vonde kontornakker med zumba og fotball .....	17
Utdanningsplan 2015 .....	18
Inaktivitet farligere enn fedme.....	20
Kraftig vekttap – rødt flagg .....	22
Litt livsvisdom oppi all fysioterapien.....	24
Informasjon om modul 1 i muskel og skjelett ultralyddiagnostikk .....	27
Kursoversikt.....	29

## Leder

Godt nytt år!

De siste årene har jeg hatt som nyttårsforsett å se mer på TV. Jeg ble lei av å høre folk snakke latterfullt om alle mulige bra programmer, og jeg var totalt utenfor. Jeg så aldri de gøyne programmene fordi jeg jobbet. Hvis jeg endelig kunne sette meg ned, var det med pc-en på fanget for å ta unna opphopet papirarbeid. Satte jeg meg ned med en bok, sovnet jeg. Stressnivået var skyhøyt, og på et tidspunkt var kroppen så i spenn at jeg måtte til legen for å få meg piller med rød trekant. (Fikk 10 stk. i en altfor stor eske, og jeg omfavnet dem som om de var det dyrebareste jeg hadde).



Redaktør Hilde Stette

Heldigvis gikk det bra med meg. Vi fikk ansatt flere mennesker, og jeg har ikke gått på verken vegger eller annet, men ser nå i ettertid at det var like før. For slik kan det altså være å drive for seg selv. Strevsomt men likevel givende. Aldri har jeg vært lykkeligere, aldri mer sliten og utmattet. Arbeidsdagen var spekket med folk og bedrifter, fysioterapi og trenings-timer. Jeg hadde ikke noen avgrenset arbeidstid og reagerte knapt på at det ringte treningsmedlemmer halv åtte lørdag kveld og lurte på om de hadde lagt igjen håndkleet sitt i treningssalen. Arbeidstid var ikke et tema.

Jeg er nok ikke alene om å oppleve at arbeidet har lyst til å spise meg opp. Jeg er sikker på at dere også opplever at pasientene nærmest ubemerket kryper inn på listene, og plutselig har man tatt på seg overtidstimer på bekostning av familie og barn. Man vil det egentlig ikke, det bare skjer...

Mitt nyttårsforsett i år er derfor å strebe etter balanse. Jobbe hardt nok til at det er givende, jobbe lite nok til å unngå utmattelse. Jeg vil ha et bra liv, både på jobb og hjemme. Med en slik bevissthet tror jeg fort 2015 kan bli et bra år!

I denne utgaven av Fysioterapi i privat praksis vil vi invitere deg til PFF-kongressen 2015. Kongressen er et faglig og sosialt møtested, spesielt tilpasset deg som arbeider i privat praksis. Årets kongress er flyttet til det sentrale Oslo, og vi har kuttet ned fra 3 til 2 dager, dette for at flere kollegaer og medlemmer skal kunne prioritere kongressen vår. Det vil bli servert gode foredrag fra dyktige forelesere, du vil få god mat og drikke, møte utstillere som presenterer fysikalsk utstyr, delta i viktige diskusjoner, og være med på årsmøtet i PFF. Vi er alltid på leting etter engasjerte medfysioterapeuter som har ønske om å hjelpe til i arbeidet for å få til en bedre hverdag for private fysioterapeuter. Er du en av dem, vil vi gjerne treffe deg på kongressen, men du er selvfølgelig like velkommen om du velger ikke å engasjere deg i styre- og fagpolitisk arbeid. Uansett: jeg håper vi ses der!

*Hilde Stette*  
Redaktør



# PFF-kongressen 2015



Årets PFF-kongress går av stabelen 13.-14. mars på Scandic Solli hotel i Oslo. Vi ønsker alle medlemmer, kollegaer og andre interesserte velkommen til utviklende og morsomme dager sammen med oss. Tema for kongressen er «Bevegelse, smertebehandling og rehabilitering av idrettsutøveren». Hiv deg rundt og meld deg på. Håper å se deg der!

## Dr. Tasha Stanton

**Foredrag: «Ny forskning på smerte-mekanismer og behandling»**

Fokuserer primært på nevrovitenskapen bak dette. Hun er interessert i forskning med mål om å finne ut mer om hvorfor personer med kronisk smerte eller andre kliniske tilstander har en opplevd smerte som ikke harmonerer med det resultat man forventer i rehabiliteringsforløpet.



Holder for tiden på med ny, spennende forskning på kneartrose og ryggsmarter. Hun forsker også på friske frivillige som blir påført smerte for å forstå bedre hvordan hjernen håndterer smertestimuli. Hun er tilsluttet «Australian Pain Society», «International Association for the Study of Pain» og «Canadian Physiotherapy Association»

### Utdanning:

- BSc – Utdannet fysioterapeut i 2002, MSc – Master in Rehabilitation Science i 2007
- PhD - Doktorgrad i 2010 på «Spinal Biomechanics»

### Yrkeserfaring:

Jobber i forskningsgruppen «Body in Mind» både ved University of South Australia og «Neuroscience Research» I Sidney

Hun har fått stor anerkjennelse for sin forskning på flere felter, hvor den røde tråden som går igjen er smerte - hva er det, hvorfor har vi det, og hvorfor blir det ikke borte?

## Chris Drummond

*Fysioterapeut/manuellterapeut*

**Foredrag: «Klinisk resonnering og refleksjon over egen praksis»**

### Utdanning:

- BSc Fysioterapi, Mensendieckutdanningen, Høgskolen i Oslo (1993-1996)
- Autorisert Idrettsfysioterapeut
- Master Clinical Physiotherapy Manipulative Therapy (MClinPhyManipTher) Curtin University, Perth, Australia (2011)
- Veiledet praksis for manuellterapeuter med klinisk mastergrad fra Australia (2013)
- Manuellterapeut og primærkontakt, UiB og NFF (2014)



### Yrkeserfaring:

- Mensendieck Klinikken Fysioterapi (1996 – d.d)
- Volvat Medisinske Senter (1998 – d.d)
- Olympiatoppen, Helseavdelingen (1998 – d.d)
- Stabæk Håndball Elite (1998 – 2006)
- Norges Håndballforbund, seniorlandslaget damer (2003 – 2010)
- Norges Skiforbund, seniorlandslagene langrenn (2006 – 2010)
- Hans & Olaf Fysioterapi, veiledet praksis manuellterapi (2013)

## Ola Eriksrud

*fysioterapeut ved Norges Idrettshøyskole*

**Foredrag: «1080 MAP» (Movement Assessment profile). En systematisk testing av de ulike fysiske faktorene som bestemmer prestasjonsutvikling.**



Han er utdannet fysioterapeut ved University of Connecticut og har videreutdanning innen manuellterapi ved University of St. Augustine. Eriksruds hovedstilling er som universitetslektor og stipendiat ved Norges idrettshøyskole innen biomekanikk og motorisk kontroll. Han arbeider deltid med pasientbehandling ved Olympiatoppens helseavdeling. Videre jobber han innen innovasjon nasjonalt og internasjonalt i både Athletic 1080 og 1080 Motion, som jobber nært sammen med en av Norges beste innovasjonsclusterer, Oslo Medtech.

I 1080 MAP tester og analyserer man bevegelsesmønster på en ny måte og tilpasser treningen nøye ut ifra den enkeltes testresultat. Målet er å identifisere hvilke fysiske faktorer som er begrenset, og hvor i kroppen man finner begrensningene. Dette vil gjøre det mulig å trene i forhold til årsaken til smerte og nedsatt funksjon - ikke behandle symptomer. En ny GPS for prestasjonsutvikling. Det finnes nå egne kurs for å lære seg å bruke dette i forhold til idrettsutøvere eller andre pasienter. Dette er spennende nytt!

## Erik Lazar

ved HumanMotion

### Foredrag: «Functional Movement Screening» Vurdering av bevegelse i nåtid og framtid

Foredraget vil gi en introduksjon av «Functional Movement System» FMS, hovedsakelig «Functional Movement Screen» og «Selective Functional Movement



Assessment». Det vil bli gitt en innføring i filosofien og de primære målene for FMS, og det vil bli sett på hvordan behandlere skal screene og evaluere bevegelsesmønstre, ikke bare analysere enkelte kroppsdelene. Til slutt vil vi lære hvordan dette kan inkorporeres i klinisk

praksis og i styrke- og kondisjonstrening.

Erik Lazar jobber for HumanMotion. Han er Master of Science i fysioterapi fra Universitetet i California, San Francisco. Han har videreutdannet seg i manuellterapi og sportsmedisin i Australia. Jobbet så 10 år innen ortopedi og sykehusbehandling i USA. Flyttet til Spania hvor han underviste fysioterapi- og kiropraktorstudenter. Han jobber nå med å innlemme «Functional Movement Systems» i undervisningen til både fysioterapi- og kiropraktorstudenter.

«Human Motion» er et internasjonalt kunnskapssenter som jobber med toppidrett og fysioterapi. Deres screening tar sikte på å avsløre ubalanser i bevegelsesmønstre og finne korrigerende øvelser for å bedre prestasjon og hindre skader. De er opptatt av hvordan smerte begrenser utøveren eller pasientens

aktivitet mer enn smerten i seg selv. De er også opptatt av Tom Meyers tanker om «Anatomy Trains» - myofascielle mønstre. Du kan lese mer på [www.humanmotion.eu](http://www.humanmotion.eu)

### Utstillerinformasjon

Utstillingen foregår nær foredragssalen. Der har vi alle kaffepauser slik at leverandørene får besøk av deltakere i hver pause. I programmet ser dere det er lagt inn svært mange pauser - dette for at du som utstiller skal få fullt utbytte av tilstedeværelsen.

Utstillere blir 100% integrert i kongressen og har både lunsj og middag sammen med deltakere og foredragsholdere - positiv, sosial kontakt med kundene!

VELKOMMEN!

## Foreløpig program: «Bevegelse, smertebehandling og rehabilitering av idrettsutøveren»

### Fredag 13. mars

0930-1000  
10.00-11.15

Registrering  
«Nyere forskning på smertemekanismer og behandling»

Tasha Stanton

11.15-11.45

Pause med utstillersbesøk

11.45-13.00

Tasha Stanton fortsetter

13.00-14.00

Lunsj og utstillersbesøk

14.00-14.30

Tasha Stanton fortsetter

14.30-15.00

Pause med utstillersbesøk

15.00-16.00

«Klinisk resonnering og refleksjon over egen praksis»

Chris Drummond

16.00-16.20

Pause

16.20-17.20

Chris Drummond fortsetter

17.20-17.45

Kort pause før årsmøte

17.45

Årsmøte

20.30

Middag

### Lørdag 14. mars

08.00-09.30

Frokost

09.00-09.30

Registrering nye ankomne

09.30-11.00

«Functional Movement Screening»  
Vurdering av bevegelse i nåtid og framtid.

11.00-11.30

Erik Lazar ([www.humanmotion.eu](http://www.humanmotion.eu))

11.30-12.00

Pause med utstillersbesøk

12.00-13.00

«Functional Movement Screening» fortsetter

13.00-14.30

Lunsj og utstillersbesøk

«1080 MAP -

Movement Assessment Profile»

En systematisk testing av de ulike faktorene som bestemmer

prestasjonsutvikling.

Ola Eriksrud, Norges Idrettshøgskole

Siste pause med utstillere

Ola Eriksrud fortsetter

Takk for i år og vel hjem!

Kjetil Nord Varhaug

Godkjent 14 timer for opprettholdelse av

«Spesialist i klinisk ortopedisk fysioterapi» og opprettholdelse av «Spesialist i Muskel og Skjelett ultralyd»

Priser, informasjon og påmelding på: [www.kongresspartner.no](http://www.kongresspartner.no). Vi tar forbehold om endringer i programmet.

VELKOMMEN!

# PFF søker nye medlemmer til styret

## – hva med DEG?

Som i alle forbundsstyrrer er det årlige endringer i sammensetningen, og PFF er stadig på jakt etter nye tilskudd til styret. For at forbundet vårt skal kunne fortsette sitt viktige arbeid for de private fysioterapeutene i Norge, er det avgjørende at nye krefter stepper inn og tar ansvar. Så da spør vi: Hva med deg?



Frykt ikke, det har aldri vært lettere og mer givende å høre til styret i PFF enn det er i dag. Marius Solstrand i valgkomiteen får ikke lagt nok vekt på at det

høres mer skremmende og travelt ut enn det er. Gode rutiner, faste telefonmøter og gode økonomiske kompensasjoner er faktorer som gjør det mer attraktivt enn noensinne å sitte i styret. Han håper at flere fysioterapeuter vil verve seg til et år eller flere i styrearbeidet. – I tillegg til å gjøre en viktig jobb, kan det også være kjekt å ha slikt på cv-en, spesielt for de yngre, sier han.

### Styret

I mars er det årsmøte igjen, og da er det viktig at valgkomiteen har nye ansikter klare for et tak i komiteen. I dag består PFF-styret av leder og fire ulike komiteer under temaene fagpolitisk, takst, kurs og markedsføring. Hva kreves så av styremedlemmene? For et styremed-

lem i PFF er det obligatorisk å delta på to styreseminarer i året i tillegg til en kongress. I tillegg holdes noen møter på Skype. I de respektive komiteene jobbes det også mellom styremøtene, variabelt ut fra agenda og aktualitet. Ifølge Marius Solstrand er arbeidsmengden ikke avskrekkende, og vil gi en verdifull innsikt i hva som skjer i og rundt hele vår profesjon. – Et styreverv i en organisasjon som vår, bidrar også til et avbrekk fra den kliniske hverdagen og kan gi spennende sosialt nettverk og bekjentskaper, sier han.

Har du spørsmål, ta kontakt med Marius Solstrand på [marius@iliaden.no](mailto:marius@iliaden.no) tlf: 901 02 830

*Velkommen til PFF-styret 2015!*

## Beskytt benken mot slitasje!

### Celsius Ansiktspute

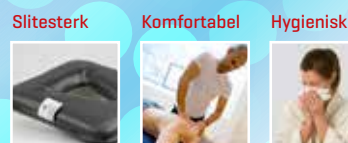
Trykkavlastning av ansiktet. Inneholder temperaturfølsomt skum, formes etter ansiktet.

- Rengjøres enkelt med mild såpe
- Hindrer bakteriedannelse
- Trykkavlastende - meget behagelig
- Smuldrer ikke. Lang levetid.
- Behandlingsbenker, massasjestoler o.l.

Helse-Invest AS  
Lysneveien 45  
1400 Ski

Telefon: 90 83 94 20  
[post@helse-invest.no](mailto:post@helse-invest.no)

Kr. 716 eks.mva  
Fri frakt ved kjøp av minimum 4 puter.



**Helse-Invest as**





# 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.

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

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

### Stativ/tilkoblinger

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

### Programvare

- 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 bildekvalitet!

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.



# A-FORM og HAGOS

## – nye kartleggingsverktøy for ankel og hofte/lyske

AV LARS MARTIN FISCHER

I august i år ble en artikkel publisert i JOSPT som introduserte et nytt verktøy for å evaluere funksjon hos pasienter med ankelfraktur. Dette har form som et pasient spørreskjema og tar for seg ikke bare symptomer og funksjon, men også andre ulike aspekter i livet til pasienten som blir påvirket av en slik skade. I prosessen ble også spørreskjemaet validert. A-FORM ble derfor designet til å evaluere fysiske, sosiale og psykologiske faktorer knyttet til ankelfraktur, og at dette skal kunne brukes underveis i rehabiliteringen for å evaluere endring ut fra pasientens (og ikke klinikerens) perspektiv.

Flere grupper med helsepersonell var involvert i utformingen av skjemaet, der iblant ortoped, fysioterapeut, fotpleier, ergoterapeut og sykepleier. Skjemaet består av to deler, med henholdsvis tre og fem spørsmålpunkter. Ved hjelp av manualen vil du finne frem til en A-FORM score mellom 1 og 100, der 1 er beste score.

Skjemaet er gratis å bruke. Dette og manualen kan du få fatt i ved å sende en mail til [steven.mcphail@qut.edu.au](mailto:steven.mcphail@qut.edu.au)

Verd å få med seg er at det nå også er utviklet et lignende skjema for hofte- og lyskesmerter, Hip and Groin Outcome Scale – HAGOS. Denne er utviklet i

Danmark av blant andre uoffisiell verdensmester i lyskeplager, Per Hölmich. Skjemaet er validert og tilgjengelig på norsk på nettet. <http://www.koos.nu/>

I klinikken kan slike skjemaer være nyttige for å monitorere progresjonen til pasientene våre i rehabiliteringsforløpet, og mange opplever det også som motiverende å se at scoren deres blir bedre og bedre. På samme måte kan det være en nyttig måte å synliggjøre overfor pasienten hvorfor vi ber dem om å holde igjen med tanke på belastning, trening, deltagelse i idrett eller arbeid. Jeg har selv ofte bruk IKDC-2000 for knepasienter og synes dette er svært nyttig.

### HAGOS

Spørreskjema om hofte- og/eller lyskeproblemer

Dato: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

**VEILEDNING:** Dette spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvordan din hofte og/eller lyske fungerer. Du skal angi hvordan din hofte og/eller lyske har fungert i løpet av **den siste uken**. Svarene vil hjelpe oss med å følge med på hvordan du har det, og hvor godt du klarer deg i hverdagen.

Spørsmålene skal besvares ved å sette kryss ved de svarene som passer best for deg. Du kan bare sette ett kryss ved hvert spørsmål. ALLE spørsmål skal besvares. Hvis et spørsmål ikke er relevant for deg, eller du ikke har opplevd det aktuelle i løpet av den siste uken, så kryss av ved det svaret som du tenker ville være det mest nøyaktige.

#### Symptomer

Tenk på de **symptomer** og problemer du har hatt i forhold til din hofte og/eller lyske i løpet av **den siste uken**, når du besvarer de neste spørsmålene.

- S1 Har du murring/ubehag i hoften og/eller lysken?  
Aldri ☐ Sjelden ☐ Ibland ☐ Ofte ☐ Alltid ☐
- S2 Har du hørt klikk eller andre lyder fra hoften og/eller lysken?  
Aldri ☐ Sjelden ☐ Ibland ☐ Ofte ☐ Hele tiden ☐
- S3 Har du problemer med å spre bena langt ut til siden?  
Ingen ☐ Noe ☐ Moderate ☐ Store ☐ Svært store ☐
- S4 Har du problemer med å ta steget helt ut når du går?  
Ingen ☐ Noe ☐ Moderate ☐ Store ☐ Svært store ☐
- S5 Får du plutselig stikkende/jagende fornemmelser i hoften og/eller lysken?  
Aldri ☐ Sjelden ☐ Ibland ☐ Ofte ☐ Hele tiden ☐

### The A-FORM® (Version 1.0)

Ankle Fracture Outcome of Rehabilitation Measure

The following questionnaire is presented in two parts.

In the first part, for each question please tick the box that applies to you the most. Tick only one box per question.

In the second part, there are short statements with five numbers beside them. Please circle the number that applies to you the most. There are words at the top of each section to help you to decide which number to circle.

#### PART ONE

(Please tick only the box that applies to you the most for each statement)

1) I feel pain in or around my ankle... (Pick one response only) ☒

☐ ... all of the time, even when I am laying down  
☐ ... when I try to stand or walk on my leg for only a minute or two  
☐ ... after I have been standing or walking on my leg for around 20 minutes  
☐ ... after I have been standing or walking on my leg for an hour or more  
☐ OR: I do not feel any pain in or around my ankle

2) There is swelling around my ankle... (Pick one response only) ☒

☐ ... all of the time, even when I put my legs up  
☐ ... most of the time, but it goes down when I put my legs up  
☐ ... occasionally, particularly if I have been standing on it for around 20 minutes  
☐ ... occasionally, particularly if I have been standing on it for an hour or more  
☐ OR: I do not have a swelling around my ankle

3) My ankle feels stiff... (Pick one response only) ☒

☐ ... all of the time  
☐ ... most of the time, but will loosen up after I have used it for an hour or more  
☐ ... most of the time, but will loosen up after I have used it for around 20 minutes  
☐ ... occasionally, but will loosen up after I have used it for a minute or two  
☐ OR: I do not have feel any stiffness around my ankle

1 For printable version, user guide (including instructions for scoring) and permission to use the A-FORM contact: Dr. Steven McPhail – [steven.mcphail@qut.edu.au](mailto:steven.mcphail@qut.edu.au)



# Bokanmeldelse «Frisk nakke»

av Anders Aasen Berget og Lennart Krohn-Hansen

AV LARS MARTIN FISCHER

Denne boken er først og fremst myntet på pasientene våre, og er i så måte ikke beregnet som noe medisinsk oppslagsverk. Det betyr ikke at vi terapeuter ikke kan ha godt av å ta en titt i denne boken som tar sikte på å hjelpe folk finne en vei ut av sine nakkeplager. Gode forklaringsmodeller og øvelser å gi våre pasienter kan vi alltid trenge, men denne boken er først og fremst et godt verktøy for pasienten å ta kontroll over sine plager.

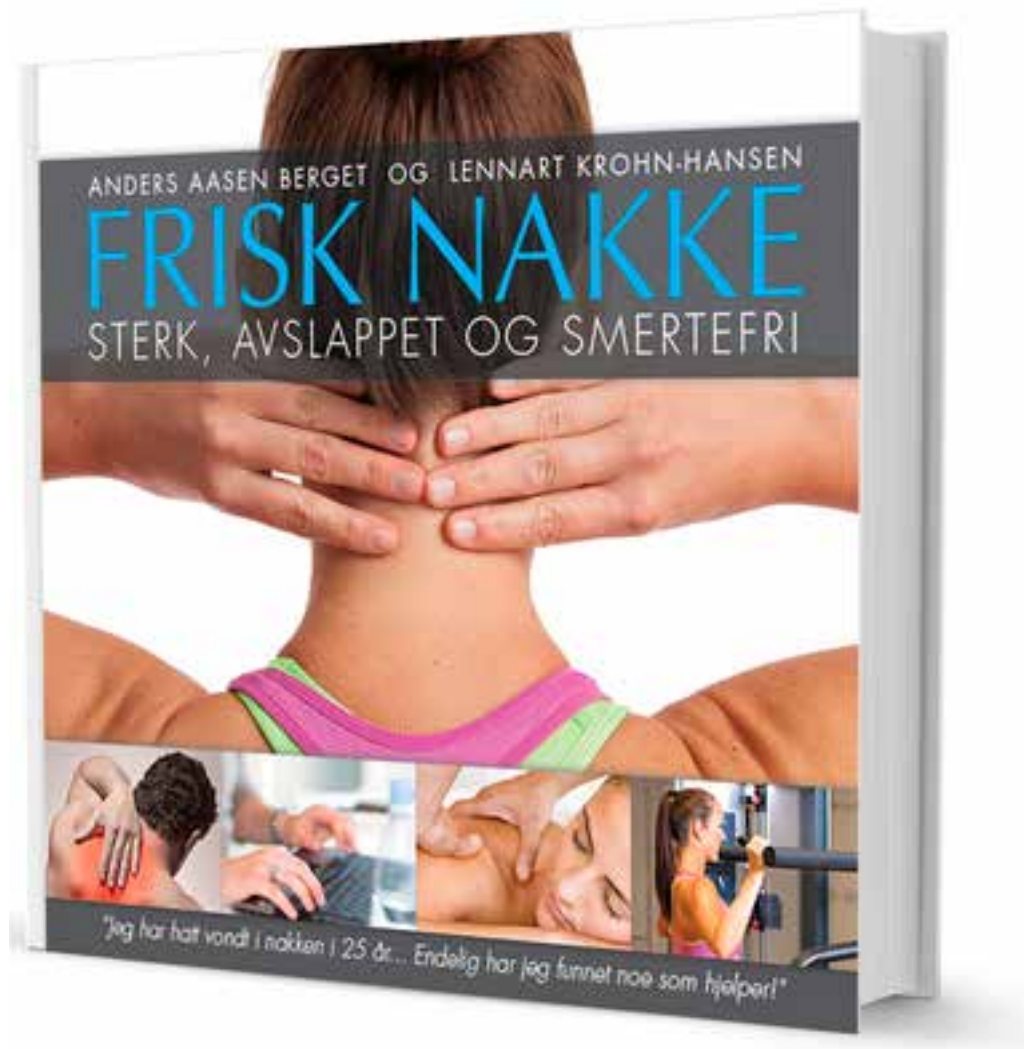
Boken tar for seg ulike aspekter med nakkeplagene, blant annet akutt smertehåndtering, arbeidsmessige utfordringer, søvn/hvile, trening og livsstil. Forfatterne har samarbeidet med et bredt spekter av fagfolk for å belyse de ulike temaene. Jeg liker godt hvordan de synliggjør for leseren at nakkeplager ofte har mange faktorer som påvirker og konkretiserer det mer tungvinte begrepet «biopsykososial». For å få til dette introduserer forfatterne «Friskhjulet» som skal hjelpe leseren å se sine plager i lys av åtte ulike faktorer. Jeg har sett lignende modeller i bruk hos kognitive terapeuter tidligere og fint at vi får noen mer visuelt stimulerende modeller å jobbe med enn VAS-skala og avkrysningsskjema, og det må være et fint hjelpemiddel å ta i bruk i klinikken også.

«Første skritt på veien til en frisk nakke er å forstå hvorfor det er vondt». Over ca. 10-12 sider får leseren en kort innføring i nakkens anatomi og kort om smertefysiologi, og på det siste punktet,

synes jeg det blir tynt, og særlig med tanke på den utviklingen i kunnskap vi har sett på dette området de siste årene. Men dette har forfatterne løst med å

linke opp mot nettside der leseren blant annet kan se et foredrag med Lorimer Moseley. Dette synes jeg er en bedre løsning enn å ramse opp massevis av kunnskap side opp og side ned.

Boken er illustrert med gode bilder og figurer og layout og fargebruk, kapitlene er korte og konsise. Øvelser og tips er beskrevet og illustrert på en god måte. Det er definitivt verdt å ta en titt i denne boken, enten vi er av dem med vondt i nakken eller vi opptrer som behandlere. Ønsker du å vite mer, kan du gå inn på [www.nakkebok.no](http://www.nakkebok.no)



**RIMELIG BENKEPAPIR - HØY KVALITET**

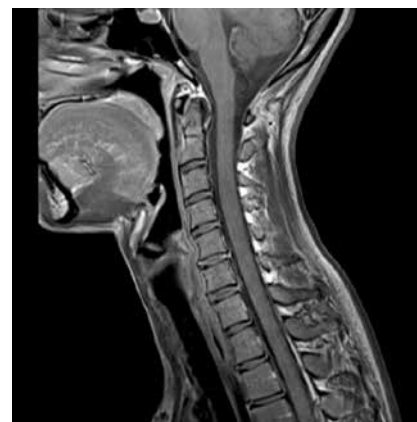
**Bestill på 4843 4224**

**[salg@helseoghudpleie.no](mailto:salg@helseoghudpleie.no)**

**nettbutikk**  
FOR HELSE OG HUDPLEIE



# Degenerasjon av ryggen i den asymptomatiske befolkningen



## Abstrakt:

Slitasjeforandringer eller degenerative forandringer ses ofte ved bildediagnostikk av ryggstølen, men funnene ses hos individer med og uten symptomer. Vi søkte å estimere prevalensen, via alder, av vanlige degenerative ryggtilstander ved å utføre en systematisk gjennomgang som så på prevalensen av ryggdegenerasjon påvist på bilder hos asymptomatiske mennesker.

## Metode:

Vi gjennomførte en systematisk gjennomgang av artikler som rapporterte prevalensen av bildefunn (CT eller MR) hos asymptomatiske individer publisert i engelsk litteratur frem til april 2014. To forskere evaluerte hvert manuskript. Vi valgte aldersgruppering pr. årtier (20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 år), for å påvise alders-spesifikke prevalens estimater.

## Resultater:

- 33 artikler som tilsammen rapporterte om bildefunn hos 3110 asymptomatiske individer oppfylte inklusjonskriteriene og ble inkludert i studien.
- Prevalensen av disk degenerasjon hos asymptomatiske individer økte fra 37 % hos 20 åringer til 96 % hos 80 åringer.
- Bukende skive prevalensen økte fra 30 % hos 20 åringer til 84 % hos 80 åringene.
- Skive protrusjon prevalensen økte fra 29 % hos 20 åringene til 43 % hos 80 åringene.
- Prevalensen av annulære fissurer økte fra 19 % hos 20 åringene til 29 % hos 80 åringene.
- Disk protrusion prevalence increased

## Konklusjon:

Bildefunn av degenerasjon i columnna er til stede hos svært mange asymptomatiske individer, økende med alder.

Mange bilde-baserte degenerative forandringer er sannsynligvis en del av normal elding og ikke relatert med smerte. Disse bildefunnene må tolkes i sammenheng med pasientens kliniske tilstand.

## Redaksjonens kommentar:

Degenerative forandringer i ryggen er, som denne studien bekrefter, vanlig i befolkningen. Også hos de som ikke har plager. Det er også ofte slik at de med subjektive ryggplager ikke har bildefunn som kan forklare smertene. Behovet for bildediagnostikk av ryggpasienter har derfor aldri vært mindre aktuelt, og bruken av MR, rgt og CT bør derfor kraftig reduseres.

Men pasienten med ryggplager vil ofte søke å få en forklaring på sine smerter. Og i noen tilfeller vil et bilde kunne virke avskrekkende for en pasient som frykter at noe er galt i ryggen. Samtidig kan et bilde øke frykten hos pasienten, da de fleste pasienter vil ha funn på sine radiologiske undersøkelser som ikke nødvendigvis kan relateres til deres symptombylde. Men for de fleste pasienter vil en grundig gjennomgang av symptomer og tester ikke gi grunnlag for bildediagnostikk av ryggen. At vi som fysioterapeuter har kunnskap som presentert i denne studien gir oss ryggdekning for å fraråde dyre undersøkelser som ikke får betydning for pasientens behandlingsforløp.

Mindre bruk av unødige radiologiske

undersøkelser vil frigjøre kapasitet til de som virkelig trenger en slik undersøkelse. Der hvor gule eller røde flagg i undersøkelsen presser frem et behov for supplerende undersøkelser med bilder. Eller der hvor bildediagnostikken får betydning for valg av behandling.

Samtidig er det overraskende at nesten 40 % av friske 20 åringer har skivedegenerasjon, og at nesten 30 % har disk protrusjoner. Dette må nesten tas som bevis for at slike degenerative forandringer er en del av normaltstanden i ryggen, og at dette sjeldent er opphav til rygg smerter. Men når man samtidig vet at en stor del av befolkningen hvert år rapporterer om episoder med rygg smerter eller kink, kan man begynne å drøfte om disse smertene da alltid er «muskulære» eller «låsninger», eller om smertemekanismene kan knyttes opp mot disse bildepåviste forandringene i ryggen.

Er det sannsynlig at musklene i ryggen plutselig «låser» et eller flere ledd uten noen som helst årsak? Eller er disse episodene et symptom på reaksjoner i nerve- og immunsystem på de degenerative ryggene vi alle har?

## Kilde:

Degeneration in Asymptomatic Populations

W. Brinjikji, P.H. Luetmer, B. Comstock, B.W. Bresnahan, L.E. Chen, R.A. Deyo, S. Halabi, J.A. Turner, A.L. Avins, K. James, J.T. Wald, D.F. Kallmes, and J.G. Jarvik  
Spine 2014



Omfanget av ukjente nye stoffer øker, og det krever at folkene i Toll- og avgiftsdirektoratets laboratorium følger med på utviklingen. F.v. Harry Georg ↯Jensen, Geir Høiseth, Kari Mette Hasmo og Le Anh Tran. Foto: Kai Hovden. Kilde: Farmatid 2014

# Syntetisk hasj

## – den nye helsetrusselen

Tollvesenet beslaglegger stadig mer syntetisk fremstilt hasj. Disse stoffene er så potente at de i noen tilfeller kan være 100–200 ganger så sterke som vanlig hasj. Det øker risikoen for dødsfall ved bruk av disse stoffene.

AV KJETIL NORD-VARHAUG

### Nye sterkere stoffer

Tolllaboratoriet holder til i Oslo og består av en rekke høyt utdannede kjemikere som har som spesialfelt å avdekke nye syntetiske stoffer. Årlig føres en rekke nye stoffer på narkotikalisten. Små molekylære endringer av stoffene danner opphav til nye stoffer med andre egenskaper. De siste årene har kjemikerne avdekket en rekke nye narkotiske stoffer. Stoffe som er så sterke at de kan føre til hjertestans og død ved overdose. Heroin er stoffet som i dag dreper flest i Norge, normalt sett hos tunge misbrukere.

Men det nye syntetiske hasjet har

en annen målgruppe, og dødsfall blant unge førstgangsbukere er allerede registrert flere steder i Norge.

### Ikke godkjente legemidler

I Europa ble det mellom 2010 og 2012 registrert i underkant av 120 varianter. Det har vært flere overdose-tilfeller. Stoffe som ikke står på narkotikalisten, blir oftest klassifisert som ikke godkjente legemidler. Og når det til slutt havner på listen, er det en smal sak å endre den kjemiske formelen. Vips, så har du et stoff som ikke lenger regnes som narkotika, selv om det har akkurat samme effekt – uttaler Tollvesenet til Aftenposten.

### Vår rolle som helsearbeidere

Fysioterapeuter er ofte i kontakt med unge mennesker, både som pasienter og via idretten. Vi har både som foreldre og helsearbeidere en viktig oppgave i å informere våre unge om den potensielle risikoen de løper om man tar narkotiske stoffer.

Det er ikke lenger slik at hasj kan anses som et «snilt» stoff som også den amerikanske presidenten har forsøkt. De nye syntetiske variantene av hasj er billige, tilgjengelige og farlige. Feil dosering kan føre til umiddelbar død.

### Kilder:

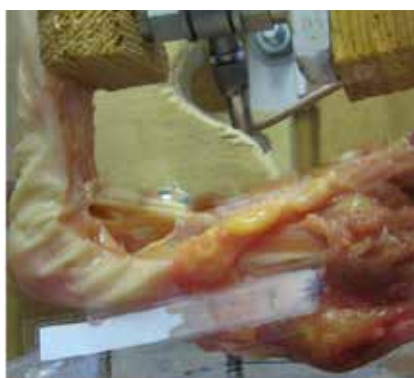
Tollvesenet  
Motgift  
Farmatid





# Fingerskader ved klatring

Utbredelsen av belastningsskader i klatring begynner å bli bedre dokumentert. I denne artikkelen ser vi nærmere på klassiske fingerskader som ofte oppstår blant klatrere.



*Komplett A2-ruptur. (Bilde gjengitt etter tillatelse fra dr. Volker Schöffl, Institute of Anatomy, University of Erlangen-Nuremberg, Germany (11))*

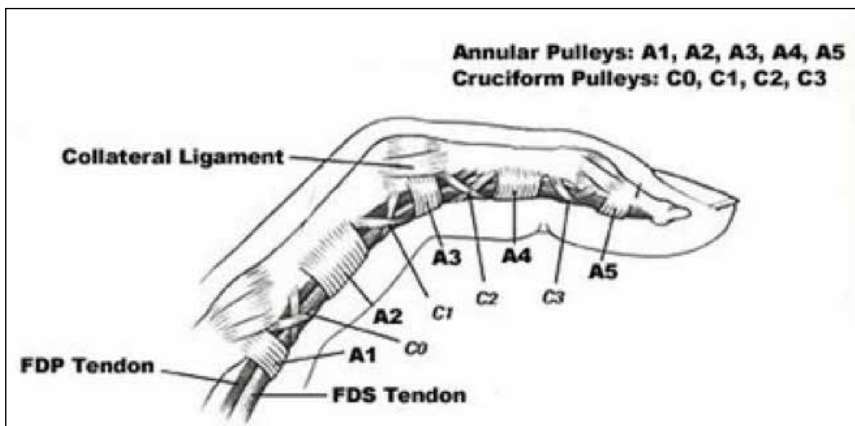


*Intakt pulleysystem. (Bilde gjengitt etter tillatelse fra dr. Volker Schöffl, Institute of Anatomy, University of Erlangen-Nuremberg, Germany (11))*

TEKST STIAN CHRISTOPHERSEN

Utbredelsen av belastningsskader i klatring begynner å bli bedre dokumentert, og det er en klar overvekt av skader på overekstremiteten (75%) (1). Dette bildet endrer seg om man tar med akutte fallskader som frakturer og dislokasjoner, her er underekstremitetene mer fremtredende, men de skadene omtales ikke i denne artikkelen. Følgende er observert gjennom studier:

Hånd- og håndleddsskader er relativt vanlig (28% av 545 spurte klatrere), og tid man har klatret i kombinasjon med nivået predikerer forekomsten



Illustrasjon av flexorsener og ringbånd.

(2). 44% av 295 spurte deltakere og tilskuere under et verdensmesterskap rapporterte at de hadde hatt en eller flere belastningsskade(r), der fingerskader forekom hyppigst (32%). Av de spurte var sannsynligheten for skadeforekomst høyere for de som hadde klatret i over 10 år, for de som klatret ruter på et høyere nivå og for de som buldret og ledet mer enn de som topptauet (3). Gjennom en internettundersøkelse av 1887 klatrere rapporterte 82,1% om skade, der fingrene, albue og skuldrene var de vanligste skadestedene (4).

Disse funnene underbygges av andre forskere som har konkludert med at fingerskader er dominerende for belastningsskader og ikke-traumatiske akutte skader, at ringbåndskader er den hyppigste skadeformen for fingrene og at skade på 4. fingers A2-pulley er den hyppigst forekommende ringbåndskaden (5-8).

## Ringbånd

### Anatomi

Det palmare sene- og bindevevskomplekset (flexor tendon sheet) volart er essensielt for å holde flexorsenene inntil knoklene (7, 9 Crowley 2012,). Dette muliggjør den finmotoriske gripefunksjonen vi har, samt at det muliggjør kraftoverføring fra flexormuskulaturen til fingrene. Ringbåndene (pulleys) er fibrøse fortykkelser i dette komplekset, og de har samme funksjon på flexorsenene som ringene på en fiskestang har på fiskesena – å holde senene inntil fingeren når den bøyes. I bindevevskomplekset finnes det fem ringbånd og tre korsbånd (annulare og crusiforme pulleys): A1-A5 og C1-C3 nummerert fra proksimalt til distalt. A2 og A4 fester

seg direkte til knokkelen og er de sterkeste båndene, da det er de som må tåle høyest belastning under grep. A2 båndet er det sterkeste, og er vist å kunne tåle belastning opp mot 400N, men er også det som rapporteres med hyppigst skadefrekvens (9, 10).

Når vi belaster fingrene under klatring vil flexorsenene presses ut mot ringbåndene. Dersom disse ikke hadde vært der, ville senene stått som buestrenger fra hånden og ut til fingertuppene.

### Krimp

Krimpegrepet i klatring er et unikt fenomen for sporten vår, og rundt 90% av spurte klatrere rapporterer at de benytter dette grepet (9). Vi skiller på åpen krimp (fig 1) og lukket krimp (fig. 2), og grepene karakteriseres av flekterte PIP-ledd og hyperekstenderte DIP-ledd. I en lukket krimp legges tommelen over pekefingeren og låser DIP-leddet i hyperekstensjon. Årsaken til at dette grepet er så utbredt er at det øker momentarmen for de dype flexorsenene (flexor digitorum profundus) over PIP-leddene og maksimerer kraftoverføringen fra muskel-senekomplekset via A2 og A4 til fingertuppene (9, 12). Selv om kraftutviklingen ikke øker rent muskulært, øker belastningen på ringbåndene, og ringbåndskader er nært knyttet til lukket krimp.

### Skademekanisme

Det er estimert at en klatrer på hobbynivå kan belaste A2-båndet med opp mot 380N (9), altså under verdiene målt i kadavertester, men man har videre konkludert med at ringbåndet som regel ryker under eksentrisk arbeid – det vil si når fingrene rettes ut under belastning, som for eksempel hvis bena sklir



Åpen krimp



Lukket krimp

av et fottak, eller når fingrene gradvis åpner seg grunnet muskulær tretthet som følge av klatringen (13). Friksjonen mellom senen og ringbåndet vil dermed økes, og det er den økte friksjonen i kombinasjon med høy belastning som gjør at båndet ryker. En ringbåndsruptur er alltid en akutt hendelse, som regel gjennom en kombinasjon av krimpegrepet og en plutselig økning i belastning – for eksempel når bena sklir av og hele kroppsvekten plutselig ligger på fingertuppene. Selv om selve hendelsen er akutt, er det likevel sannsynlig at ringbåndet ryker som følge av at det er svekket gjennom en gradvis overbelast-



TABLE II.—Therapeutic guidelines for pulley ruptures.<sup>27</sup>

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

Klassifisering av og behandlingsalgoritme for ringbåndskade ad modum Schöffl 2007. Tabellen er gjengitt med tillatelse fra Dr. Volker Schöffl.

ning (12, 13). Ringbånd er et ligament og vil øke bruddstyrken sin med 10-20% gjennom systematisk trening som andre ligamenter vil, og disse adaptasjonene ses tydelig hos klatrere versus ikke-klatrere. Likevel vil mikrotraumer grunnet overbelastning over tid kunne svekke ligamentet og disponere for en akutt ringbåndskade.

### Symptomer

Skaden er som nevnt akutt, og man vil lett merke når og hvor skaden skjedde. I noen tilfeller kan man også høre et smell når båndet ryker. Avhengig av skadeomfanget vil man kunne oppleve smerte, hevelse og i alvorlige tilfeller en observerbar «bowstring» (7). Det sistnevnte vil si at man kan se og kjenne senen som en bustreng ut mot huden siden ringbåndene ikke lengre holder senen inntil fingeren.

### Diagnostisering

Klinisk undersøkelse kan avdekke smerte ved belastning og palpasjon over det aktuelle båndet samt hevelse. I noen tilfeller kan man klinisk observere en bowstring grunnet den økte avstanden mellom sene og knokkel, men en tydelig klinisk bowstring antas å kun bli synlig ved en kombinert, komplett ruptur av A2, A3 og A4 (5). Single partielle og komplette rupturer vurderes dermed best gjennom MR eller ultralyd. MR har vært regnet som gullstandard, men studier har vist at dynamisk ultralyd fanger opp ringbåndsskader med 98% sensitivitet og 100% spesifitet (5,14). Fordelen med dynamisk ultralyd, ved siden av kostnadsbesparelsen og reduksjon i utredningstid, er at sene-knokkel-avstanden kan vurderes i både hvile og

under belastning, hvilket vil gi et bedre bilde av skadens omfang (5).

### Behandling

Schöffl et al (7) har utarbeidet en klassifiseringsskala med tilhørende behandlingsalgoritme (tabell 1):

#### Kommentarer til algoritmen:

Gjennom kun klinisk undersøkelse kan det være vanskelig å skille mellom grad I og II, og dynamisk ultralyd har vist seg å være det beste og mest kostnads-effektive diagnoseverktøyet. Likevel vil behandlingen opp til grad IV være konservativ, og det er liten forskjell i behandlingsregimet for grad I og grad II-skader, hvilket indikerer at man kan designe et godt rehabiliteringsopplegg for skader til og med grad II gjennom klinisk undersøkelse og god kommunikasjon med pasienten. Erfaringsmessig vil en grad III-skade klinisk skille seg vesentlig fra grad II, og det er min og andres (5, 7, 10) anbefaling at man ved mistanke om en grad III-skade henviser til eller utfører ultralyddiagnostikk med dynamisk måling av knokkel-sene-avstand sammenlignet med frisk side for korrekt å gradere skaden. Å skille grad II fra grad III er viktig for å bestemme tidsperspektivet på rehabiliteringen og tidspunktet for retur til klatringen.

### Taping

Både sirkulær taping, 8-talls-teknikk og H-Tape-teknikk over det affiserte ringbåndet kan gi noe støtte under opptreningen gjennom å begrense «bowstringing» og å begrense fleksjon i PIP-leddet, noe som samlet vil redusere presset på båndet. H-Tape-teknikk antas å gi bedre støtte enn sirkulær taping og 8-talls-teknikk (15, Schöffl & Schöffl

2010 (cruciate pulleys), men taping vil imidlertid ikke kunne forhindre ringbåndrupturer utenfor et rehabiliteringsperspektiv og har heller ingen forebyggende effekt mot disse skadene (9, 10, 15).

### Prognose

Selv etter single komplette rupturer, og i noen tilfeller multiple rupturer, som behandles konservativt er prognosen god for retur til klatring. Ved ett års follow-up ser man at kraftprestasjonen og klatrenivået er på samme nivå som før skaden (12). Ved komplette ringbåndskader gror ikke ringbåndet sammen igjen, men funksjonaliteten opprettholdes av det resterende bindevevskomplekset. Grunnet den store funksjonelle forkortningen av flexorsenen for den affiserte fingeren ved multiple rupturer anbefales kirurgi med rekonstruksjon av ringbåndene for å unngå kontrakturer og videre funksjonelle plager. Prognosen etter kirurgi grunnet multiple rupturer er også god, og det er ikke vist store forskjeller i resultat mellom de ulike operasjonsteknikkene. (10).

### Forebygging

De to viktigste faktorene for å forebygge ringbåndskader er oppvarming og unngåelse av krimpegrepet (8). Når det gjelder oppvarming så anbefales det først en gradvis belastningsøkning med håndtrener/klemmeball eller lignende før klatringen starter. Når man går videre over til spesifikk oppvarming med klatring, er det vist en 30% økning i bowstring for flexorsenene etter de første 100-120 flyttene man går, og denne effekten har man kun klart å frembringe gjennom klatring (8, 10). Økningen i bowstringing representerer den økte vevselastikken som følge av oppvarmingen, og det anbefales derfor å gjennomføre dette antallet flytt gjennom traversering, ruter eller buldere med gradvis økende belastning før hoveddelen på treningen/klatringen begynner.

Som tidligere nevnt bruker majoriteten av klatrere krimpegrepet, og det er min oppfatning at det brukes oftere desto høyere nivå man er på. Å unngå dette grepet totalt er urealistisk så lenge man gjør alt i sin makt for å prestere på grensen av det man klarer. Det er da mer realistisk å være klar over hvilken risiko denne grepstypen innebærer og dermed redusere bruken av det under trening/



klatring på nivået under maksimalt. Teknikktrening og fokus på fotarbeid vil også kunne spille positivt inn på forebyggingen, siden et stort antall av de rapporterte skadene skyldes en plutselig vektøkning samtidig som man krimper – som når foten sklir av fottaket.

## Tenosynovitt

Tenosynovitt, i senere tid omtalt som paratenonitt (21), er en inflammasjons-tilstand i seneskjeden til flexorsenen(e) og er, etter ringbåndskader, den nest vanligste fingerskaden hos klatrere (8). Det er også en viktig differensialdiagnose til ringbåndskader siden symptomene kan ligne på smerten etter en ringbåndskade. Ved palpasjon er det som regel ømmest over A2- og A4-båndene. Dette skyldes sannsynligvis at det er under disse båndene friksjonen er høyest mellom senen/seneskjeden og bindevevet rundt, og at det dermed er i disse områdene man er mest utsatt for vevsirritasjon. I motsetning til ringbåndskader er tenosynovitt en belastningsskade, og den akutte skademekanismen knyttet til ringbåndskader vil være fraværende i sykehistorien. Sonografisk vil man kunne se synovitt og/eller arrdannelse, og ultralyddiagnostikk kan dermed være med og sette diagnosen i kombinasjon med klinisk undersøkelse (7, 8, 11).

Behandlingen er konservativ i så stor grad som mulig og innebærer belastningsendring/-reduksjon i både treningsbelastning og grepstyper. Mer åpne grepsposisjoner vil gi mindre irritasjon i seneskjeden enn åpen/lukket krimp, og dette åpner for klatring som en del av rehabiliteringen. NSAIDs i gel- eller pilleform kan være aktuelt i tidlig fase, men det er viktig å være klar over hvilken smertestillende effekt NSAIDs har, og hvordan dette kan van-skeliggjøre en optimal treningsbelastning i rehabiliteringsperioden. I noen tilfeller kan denne skaden persistere over så lang tid at corticosteroide injeksjoner i seneskjeden kan bli aktuelt.

Selv i de persisterende tilfellene er prognosen god til tross for at rehabiliteringsforløpet kan strekke seg over ett år. Kirurgi med tenolyse eller synovectomi er sjelden nødvendig (7, 8).

## Epifyseskader

Klatring er en av de raskest voksende idrettene i Norge, og samme tenden-

sen ses internasjonalt. Med flere unge, aktive klatrere ses det også en økende insidens av epifysiale frakturer (16). Siden fysene på epifysesnivåene hos ungdom i vekst anslås å være 2-5 ganger svakere enn det fibrøse vevet rundt, vil krefter som hos ferdig utviklede utøvere kan føre til ligamentskade, ha en større skadeeffekt på yngre utøvere. I klatring har vi eksempler på seniorverdensmestere helt ned i 16-års alder, og unge konkurranseutøvere adapterer i dag treningsmetodene til voksne utøvere, særlig med tanke på trening for fingerstyrke, og det ser ut til å være en direkte korrelasjon mellom slike treningsmetoder og forekomsten av epifysfrakturer (17, 18). Forekomsten ser også ut til å være høyere hos gutter enn jenter, og dette antas å være fordi gutter tradisjonelt sett har en større vektøkning enn jenter under puberteten. Vektøkningen har en negativ innvirkning på utøverens «strength:weight ratio», og i tillegg til den økte belastningen vektøkningen gir på fingrene, tendenser er en del ambisiøse utøvere til å øke treningsbelastningen for fingerstyrke for å kompensere for den negative utviklingen.

Klinisk ses hevelse i leddet, ømhet på leddets dorsalside og redusert ROM i fleksjon. Det rapporteres sjelden om et akutt traume og indikerer dermed at epifysfrakturene er en form for stressfraktur grunnet repetitive mikrotraumer mot epifysens dorsalside (17). Ved mistanke om skjelettskade/epifysfraktur anbefales det å henvise til billegdiagnostikk, der 3-T MR anses som det mest spesifikke for å detektere skaden (16). Ved kort tid mellom symptomdebut og diagnostisering, og videre opphold i treningen, er prognosen god, og man ser en normal knokkelutvikling. I tilfeller med lengre tidsintervall før diagnostisering og der utøverne ikke respekterer anbefalingene om treningsopphold, er prognosen vesentlig dårligere med ulnar deviasjon av leddet og delvis nekrose av epifysen (17, 18).

Anbefalt regime ved mistanke om epifyseskade er pr. dags dato MR, og dersom diagnosen stilles, gjelder 8 ukers opphold i klatretrening. Deretter ny MR før eventuell oppstart av klatretrening (personlig kommunikasjon med dr. V. Schöffl).

Med en skadeinsidens på 4,4 pr. 1000 klatretimer hos unge klatrere plasserer



klart seg i samme risikokategori som ishockey og fotball for samme aldersgruppe, og hånd, fingre og skulderskader er de vanligste lokalisasjonene for disse klatrerne (19). Det anbefales derfor å ta kliniske symptomer som smerte, hevelse og redusert leddutslag for fingrene på alvor og gjøre nødvendige undersøkelser for å utelukke skjelett- og leddskader (20).

## Referanser

1. Jones, G. et al: The epidemiology of rock-climbing injuries. *Br J Sports Med* 2008;42:773–778. doi:10.1136/bjsm.2007.037978
2. Logan AJ, et al: Acute hand and wrist injuries in experienced rock climbers. *Br J Sports Med* 2004;38:545–8.
3. Wright, D.M et al: Indoor rock climbing: who gets injured? *Br J Sports Med* 2001;35:181–5.
4. Gerdes E.M et al: Injury patterns and safety practices of rock climbers. *J Trauma* 2006;61:1517–25.
5. Klauser, A. et al: Finger Pulley Injuries in Extreme Rock Climbers: Depiction with Dynamic US. *Radiology* 2002; 222:755–761
6. Backe, S. et al: Rock climbing injury rates and associated risk factors in a general climbing population. *Scand J Med Sci Sports* 2009; 19: 850–856
7. Schöffl, V: Finger pain in rock climbers: reaching the right differential diagnosis and therapy. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*; Mar 2007; 47, 1; ProQuest pg. 70
8. Schweizer, A: Sport climbing from a medical point of view. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13688
9. Crowley, T: The Flexor Tendon Pulley System and Rock Climbing. *J Hand Microsurg* (January–June 2012) 4(1):25–29 DOI 10.1007/s12593-012-0061-3
10. Schweizer A: Biomechanical properties of the crimp grip position in rock climbers. *J Biomech* 2001 34:217–223
11. Schöffl, V. et al: Tendon injuries of the hand. *World J Orthop* 2012 June 18; 3(6): 62–69
12. Schöffl, V. et al: Strength Measurement and Clinical Outcome after Pulley Ruptures in Climbers. *Med. Sci. Sports Exerc.*; Vol. 38, No. 4, pp. 637–643, 2006.
13. Schöffl, I. et al: The influence of concentric and eccentric loading on the finger pulley system. *Journal of Biomechanics* 42 (2009) 2124–2128
14. El-Sheik, Y: Diagnosis of finger flexor pulley injury in rock climbers: A systematic review. *Can J Plast Surg* 2006;14(4):227–231.
15. Schöffl, I. et al: Impact of Taping After Finger Flexor Tendon Pulley Ruptures in Rock Climbers. *Journal of Applied Biomechanics*, 2007; 23:52–62.
16. Bayer, T. et al: Epiphyseal stress fractures of finger phalanges in adolescent climbing athletes: a 3.0-Tesla magnetic resonance imaging evaluation. *Skeletal Radiol* 2013, DOI 10.1007/s00256-013-1694-4
17. Morrison A.B & V. Schöffl: Physiological responses to rock climbing in young climbers. *Br J Sports Med* 2007; 41:852–861.
18. Hochholzer, T. & V. Schöffl: Epiphyseal Fractures of the Finger Middle Joints in Young Sport Climbers. *Wilderness and Environmental Medicine*. 16, 139–142 (2005)
19. Woollings KY, et al: Incidence, mechanism and risk factors for injury in youth rock climbers. *Br J Sports Med* 2014;0:1–7.
20. Schlegel, C. et al: Finger injuries of young elite rock climbers. *Schweizerische Zeitschrift für "Sportsmedizin und Sporttraumatologie"* 50 (1) 7–10, 2002
21. Bahr, R et al: Idrettskader – diagnostikk og behandling. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2014

# Årets nyttårstale

2014 er historie. Men PFF som organisasjon har mange spennende ting å se tilbake på. Samtidig som 2015 byr på nye utfordringer. Jeg vil her forsøke å oppsummere det viktigste fra 2014.

AV KJETIL NORD-VARHAUG – LEDER AV PFF STYRET

## Takstforhandlinger:

PFF deltok med en delegasjon i takstforhandlingene for 2014. Forhandlingene ble gjennomført i samarbeid med HOD, NMF og NFF. PFF ser det som vår rolle å synliggjøre feil og mangler ved takstplakaten slik at HOD får et best mulig grunnlag å jobbe videre med. Det er også viktig å presisere at forhandlingene forutsetter at foreningene og departementet viser gode evner til samarbeid. Det er ikke slik at det ligger noen sanksjonsmuligheter hos foreningene om vi ikke blir enige med HOD. Vi har ingen streikemulighet. Det er derfor viktig at vi jobber systematisk med de forslagene vi har, og er realistiske med våre ambisjoner. Departementet består av erfarne folk som kjenner systemet godt. Men de jobber ikke ute i klinikene slik som vi gjør. De får ikke føle takstene på «pulsen». Vår vilje og evne til å formidle utfordringer med ordningen er avgjørende for et godt resultat i takstforhandlingene.

PFF sin takstkomité møter til nye forhandlinger før sommeren 2015. Vi oppfordrer våre medlemmer til å sende inn forslag og innspill til styret.

## Autorisasjonssaken

NMF sin søknad om autorisasjon for manuellterapeutene fikk en avgjørelse i 2014. Sammen med blant annet osteopater og naprapater fikk de nei fra HOD i sin søknad om særskilt autorisasjon.

Autorisasjonen var ute på en bred høring der NFF og PFF gikk imot forslaget sammen med mange andre, mens en rekke andre høringsinstanser var for forslaget om autorisasjon.

I denne som andre saker forelå det gode argumenter på hver side. NMF hadde gode poenger når det gjaldt sitt ønske om autorisasjon. Men for PFF var det flere argumenter imot en slik autorisasjon, og styret stemte derfor nei etter en grundig gjennomgang av dokumentasjonen i saken.



I skrivende stund har 4 stortingspolitikere fra AP sendt inn et dokument 8 forslag (representasjonsforslag) til Stortinget der de igjen ber om egen autorisasjon for manuellterapeutene. Men i uttalelsen til HOD tidligere i år kan vi lese at det må foreligge nye og tungtveiende argumenter for at saken skal tas opp igjen i departementet. I forslaget til disse 4 representantene er det ikke trukket frem nye argumenter, og det er derfor ventet at forslaget ikke medfører noen ny autorisasjonssak med det første.

Det siste er at Helsedirektoratet har tatt over godkjenningen av manuellterapeuter med utdanning fra utlandet. NFF sa fra seg denne oppgaven i 2014. Dette sikrer en nøytral behandling av alle søknader. Dette vil forhåpentligvis også gjøre det lettere for PFF medlemmer med OMI utdanning og mastergrad fra England å søke om A8 kompetanse.

## Ny modulrekke i ultralyd

PFF-styret vedtok på tampen av 2014 en utvidelse av dagens ultralyd utdanning.

### Ultralydveilede prosedyrer:

- Modul 10: Overekstremitetene  
14 timer undervisning
- Modul 11: Underekstremitetene  
14 timer undervisning
- Modul 12: Columna og bekken  
14 timer undervisning

Utdanningsplanen vil bli publisert i egen artikkel i denne utgaven av Fysioterapi i Privat Praksis.

Målet med utdanningen er å øke nivået til de som ønsker å tilby injeksjonsbehandling og ultralydveilede prosedyrer i sin praksis som fysioterapeut. PFF vil også i 2015 presentere oppdaterte retningslinjer for fysioterapeuter som benytter injeksjonsterapi slik at dette er samkjørt og i henhold til dagens lover og regler.

## PFF søker Helsedirektoratet om utvidede rettigheter for egne spesialister

PFF sendte på slutten av 2014 inn en søknad til Helsedirektoratet om utvidede rettigheter for våre spesialister vedrørende rekvirering av radiologiske undersøkelser.

Et utdrag av søknaden ble publisert i Fysioterapi i Privat Praksis nummer 8 2014. Vi venter et svar i løpet av første halvdel av 2015.

## PFF godkjenner ultralydkompetanse overfor tilbydere av helseforsikringer

PFF ble i 2014 forespurt fra flere tilbydere av helseforsikring om vi kunne bidra med kvalitetssikring av kompetanse i forbindelse med ultralydundersøkelse. Forsikringsselskapene ønsket en minimumskompetanse, og nivået ble lagt på basic eksamen.

Dette betyr at vår utdanning sikrer deg som fysioterapeut rettigheter, i motsetning til frittstående kurs som ikke gir en formell godkjenning.

PFF vil derfor i 2015 arrangere flere eksamensrunder for å ta unna pågangen fra medlemmer som ønsker å få sin kompetanse vurdert. Første anledning blir mai 2015, og eksamen vil også bli arrangert i september og november samme år.

## 2015 og fremover

PFF-styret møtes allerede i januar 2015 for å planlegge styrets arbeid for resten av året. Neste store begivenhet er årsmøtet og kongressen i mars.

Håper å se deg der....

# Færre vonde kontornakker med zumba og fotball

De mest klassiske overbelastningsproblemene for kontorfolk er som vi vet skulder- og nakkesmerter. I Bodø gjennomførte de en studie for å undersøke effekten av fotball og zumba på disse lidelsene. Resultatet ble en merkbar reduksjon av smerter.

I 40 uker trente kvinnelige ansatte ved Nordlandssykehuset i Bodø på enten fotball eller zumba sammen. Samtidig undersøkte forskere effekten av treningen på muskelsmerter, arbeidsevne og selvopplevd fysisk anstrengelse på jobben.

Treningsgruppene holdt på i 1–2 timer hver uke, og ble sammenliknet med en kontrollgruppe etter henholdsvis 12 uker og 40 uker.

– Etter 12 uker ble det registrert en merkbar reduksjon i smerteintensitet i nakke- og skulderregionen hos deltakerne i begge treningsgruppene, mens det etter 40 uker kun ble registrert forbedring i smerteintensitet hos fotballgruppen, sier Svein Barene.

Han er førsteamanuensis ved Høgskolen i Hedmark, men studien ble utført mens han var ansatt ved Universitetet i Nordland.

– Det ble også registrert en betydelig reduksjon i varigheten av smerter i nakke- og skulderregionen i begge treningsgruppene etter 40 uker, fortsetter Barene.

## Ikke korsryggen

Studien fant ingen effekter på smerte i korsryggen verken etter fotball eller zumba. Bortsett fra en antydning til forbedring av arbeidsevne hos zumbagruppen etter 12 uker, viste studien heller ingen betydelige endringer på arbeidsevne eller selvopplevd fysisk anstrengelse i løpet av perioden.

Ifølge Barene har flere tidligere studier vist at fysisk aktivitet i form av spesifikke styrke- og tøyøvelser kan redusere smerter i nakke- og skulderregionen, men ingen har tidligere dokumentert slike effekter etter fotball- eller zumbatrening.

– Sett i lys av at utgangssmertene



hos deltakerne i studiene vi sammenlikner oss med ligger en del høyere enn i denne studien, er effektene på nakke- og skuldersmerter etter fotball og zumba ekstra interessant, sier Barene.

Han legger til at det derfor kan være gode gevinster å hente ved å legge til rette for ulike former for fysisk aktivitet i regi av arbeidsplassen for å forebygge fremtidige muskelsmerter i nakke- og skulderregionen i yrkesgrupper med høy forekomst av disse plagene.

## Referanse:

Barene m.fl: Effects of the workplace health promotion activities soccer and Zumba on muscle pain, work ability and perceived physical exertion among female hospital employees, PLOS One, 10. desember 2014, doi: 10.1371/journal.pone.0115059. / Forskning.no



# Utdanningsplan 2015

## Ultralydveiledede prosedyrer

UTARBEIDET AV KJETIL NORD-VARHAUG OG  
MARIUS FREDRIKSEN 23.11.2014

### Inntakskrav:

Autorisert fysioterapeut, kiropraktor, lege eller naprapatutdanning.

Det forventes at deltakerne holder et høyt klinisk og sonografisk nivå. Grunnutdanning modul 1-3 med basic eksamen i ultralyd samt gjennomført kursrekke i 4-9 i advanced ultralyd forventes av deltakerne.

Gjennomført injeksjonsterapikurs via SOMM med tittelen Diploma of Injection Therapy. Se vedlegg 1.

### Relevant litteratur:

1. A System of Orthopaedic Medicine by Ludwig Ombregt MD
2. Injection Techniques in Musculoskeletal Medicine: A Practical Manual for Clinicians in Primary and Secondary Care by Stephanie Saunders and Steve Longworth

### Mål med utdanningen:

Målet med utdanningen er å tilby avanserte microinvasive metoder/prosedyrer til pasienter i primærhelsetjenesten ved bruk av ultralyd som diagnostikk og veiledning.

Sikre at ultralydpraktiserende behandlere som benytter disse metodene i sin praksis innehar de rette kvalifikasjoner til å benytte injeksjoner og andre ultralydveiledede prosedyrer på en sikker og faglig forsvarlig måte.

### Historie

Videreutdanning i ultralyd ble startet i mars 2009 i Aalborg i Danmark. 4 klasser tok sin utdanning i Danmark før utdanningen ble flyttet til Norge i samarbeid med PFF. PFF utdanner nå hvert år mellom 20-30 behandlere i muskel- og skjelett ultralyd. Det er etablert en spesialisering i PFF som heter Spesialist i Muskel- og Skjelett Ultralyd.

### Kursrekkene i ultralyd

#### Basic kursrekken

- Modul 1: Kne, ankel og fot  
18 timer undervisning
- Modul 2: Skulder, albue og hånd  
18 timer undervisning
- Modul 3: Hofte/lysk, mage og rygg  
18 timer undervisning
- Basic eksamen  
2 timer

#### Advanced kursrekken

- Modul 4: Ankel/fot  
14 timer undervisning
- Modul 5: Kne  
14 timer undervisning

- Modul 6: Skulder  
14 timer undervisning
- Modul 7: Albue  
14 timer undervisning
- Modul 8: Håndledd/hånd  
14 timer undervisning
- Modul 9: Hofte  
14 timer undervisning
- Advanced eksamen  
4 timer

### Ultralydveiledede prosedyrer:

- Modul 10: Overekstremitetene  
14 timer undervisning
- Modul 11: Underekstremitetene  
14 timer undervisning
- Modul 12: Columna og bekken  
14 timer undervisning



### Undervisere på kurset i Ultralyd-veiledede prosedyrer:

- Kjetil Nord-Varhaug – Fysioterapeut – Spesialist i Muskel- og Skjelett Ultralyd (MPFF)
- Marius Fredriksen – Fysioterapeut – Spesialist i Muskel- og Skjelett Ultralyd (MPFF)
- Dr. Øyvind Kvinge – Lege – Spesialist i Fysikalsk Medisin og Rehabilitering
- Dr. Canh Le Nygaard – Lege – Spesialist i Allmennmedisin

### Utdanningens innhold:

En del av undervisningen vil være rettet mot avansert diagnostikk av muskel- og skjelett lidelser. Kursene bygger derfor på ultralyd advanced modul 4-9.

Områder som blir berørt:

- Seleksjon av pasienter som egner seg for de forskjellige prosedyrene
- Medikamentlære
- Teknisk gjennomføring av prosedyrene

### Det blir undervist i injeksjonsterapi og ultralydveiledede prosedyrer:

- Kortisoninjeksjoner
- Diagnostiske blokader med lokalbedøvelse
- Skleroserende injeksjoner
- Hyaluronsyre injeksjoner
- Kalkskylling
- Needling av tendinopatier
- Needling av kalsifikasjoner
- Aspirasjoner av cyster
- Kontrastundersøkelser
- HVI behandling av bursaer
- HVI behandling av nerveskjeder
- HVI behandling av paratenon
- Nerverot blokader
- Epidural injeksjoner

Kursets innhold vil gjennomgå revisjon årlig for å tilpasse seg forskning og nye metodikker.

## Fysioterapeut søkes

### til privat klinikk på Torgalmeningen i Bergen sentrum

Axis Osteopati & Fysioterapi AS er en liten klinikk med avdeling i Bergen sentrum og på Osterøy.

Det søkes samarbeidende fysioterapeut til vårt ledige kontor som ønsker å starte egen praksis i et tverrfaglig miljø med Fysioterapi og Osteopati.

Klinikken har fokus på evidensbasert praksis og har i dag spesialfelt i fysioterapi innen ganganalyse og opptrening av gangfunksjon.

Kontoret kan leies fra 2 til 5 dager i uken.

Hvis dette er noe som interesserer deg så ta kontakt for mer informasjon.  
Email: [post@axishelse.no](mailto:post@axishelse.no) eller  
tlf.: 97704712.



# Ackermann College

Etabl 1974

40-års erfaringhet av utbildning

## Strukturell Osteopati och mjuk Kiropraktik!



- Intensiv - 5 dagars praktisk utbildning med Diplom
- Målinriktad - diagnostik - exakta HVLA tekniker
- Praktisk - 90 % praktik - varje grepp lärs tills det sitter
- Individuell - max. 7 elever/ lärare
- Beprövat - kursdeltagare från hela världen - teknikerna kan användas i din egen praktik direkt efter kursen!

Erfarna lärare: Bl.a Paul Ackermann, Spec.i ortopedi, Docent  
Dan Salomonsson, leg. sjukgymnast



Sturegatan 50, 114 36 Stockholm - Tel: +46-8-662 04 02 - Fax: +46-8-661 20 05  
[www.ackermann-institutet.se](http://www.ackermann-institutet.se) - [info@ackermann-institutet.se](mailto:info@ackermann-institutet.se)



# Inaktivitet farligere enn fedme

Norske forskere har alltid sagt at trent flekk ikke er farlig. Nå viser tidenes mest omfattende studie om europeeres helse at inaktivitet faktisk gir dobbelt så mange dødsfall som overvekt. Hele 676 000 europeere dør hvert år som følge av fysisk inaktivitet. Den gode nyheten er at det skal lite til for å snu trenden.

– Vi visste at fysisk inaktivitet er en betydelig risikofaktor, men vi ble overrasket da vi fant at hele 676 000 europeere hvert år dør som følge av fysisk inaktivitet. Dataene våre viser at dobbelt så mange dør av inaktivitet som av fedme, sier professor Ulf Ekelund ved Norges idrettshøgskole til NIH.no.

Heldigvis er det lite som skal til før du reduserer risikoen for tidlig død betydelig.

## **Ny studie**

14. januar kom Ekelund og kolleger med artikkelen som viser at inaktivitet faktisk forkorter livet for langt flere enn overvekt gjør. Gjennom 12 år har for-

skerne fulgt 334 161 kvinner og menn i ti europeiske land. De har målt høyde, vekt og livvidde, mens deltakerne selv registrerte fysisk aktivitetsnivå. NIH-professoren har ledet studien, som er den mest omfattende av sitt slag.

## **20 minutter gjør stor forskjell**

Deltakerne i studien ble delt i fire grupper



etter aktivitetsnivå. De som ble karakterisert helt inaktive hadde stillesittende jobb og oppga ingen fysisk aktivitet på fritiden. Nesten en fjerdedel av deltakerne i studien havnet i denne gruppen.

Forskerne fant størst forskjell mellom den inaktive og den moderat aktive gruppen. En liten endring i aktivitetsnivået hadde altså stor effekt.

– Budskapet er enkelt. Selv en liten andel fysisk aktivitet hver dag kan ha betydelige helsefordeler for inaktive personer. Bare 20 minutter moderat fysisk aktivitet om dagen reduserer faktisk risikoen for tidlig død med mellom 16 og 30 prosent, uavhengig av om man er overvektig eller ikke, forteller Ekelund.

Moderat fysisk aktivitet tilsvarer rask gange, ca. 5 kilometer i timen. Ekelund mener dette er overkommelig for de aller fleste:

– Det handler om å gjøre små endringer i sitt liv. For eksempel gå til jobben, eller kanskje bare gå til bussen. Man kan til og med dele opp aktiviteten i for eksempel ti minutters gange om morgenen og ti minutter på ettermiddagen, og oppnå samme effekt.

Selv om forskerne fant at 20 minutter hver dag gjør en stor forskjell, anbefaler de mer fysisk aktivitet enn dette.

– Mosjon har mange beviste helsegevinster og burde være en viktig del av våre dagligliv. Men det er mye viktigere å komme seg fra et fullstendig inaktivt liv til et moderat aktivt liv, enn å komme i gang med hardere trening som man kanskje ikke klarer å opprettholde over tid, sier han.

### Enklere og viktigere enn å gå ned i vekt

Befolkningen går stadig opp i vekt, på tross av folkehelseiltak og opplysningsarbeid. Å rette søkelyset mot inaktivitet kan ha større gevinst for folkehelsen, mener Ekelund.

Vi skal selvsagt fortsette arbeidet for å redusere overvekt og fedme i befolkningen, men å hjelpe folk å gå ned i vekt kan være en stor utfordring. Folkehelsekampanjer som oppfordrer til litt mer fysisk aktivitet kan være mer vellykket fordi dette målet er trolig enklere å oppnå og opprettholde, mener han.

Professoren mener samfunnet er orientert om fedme og overvekt i for stor grad. Store forskningsmidler bevilges til prosjekter som handler om overvekt, og mediene renner over av slankestoff.

– Vi ser fedme og slanking hvor enn



vi snur oss, både i tradisjonelle og sosiale medier. Trening er også mye omtalt, mens fysisk inaktivitet ikke ofres mye oppmerksomhet. Det er betenkelig når vi ser hvor alvorlige konsekvenser inaktivitet faktisk har, sier Ekelund.

### Om studien

Artikkelen er skrevet basert på funn i European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) – en av verdens mest omfattende kohortstudier. 521 000 personer fra 10 europeiske land er blitt fulgt i nesten 15 år. Funnene i artikkelen er basert på data fra 334 161 av disse personene. 187 000 ble ekskludert fra det totale antallet på grunn av rapportert sykdom og manglende rap-

portering av nødvendige faktorer som høyde, vekt og fysisk aktivitet. EPIC ble utformet for å undersøke sammenhengene mellom diett, kosthold, livsstil og miljøfaktorer – og forekomsten av kreft og andre, kroniske sykdommer. Se [www.epic.iarc.fr](http://www.epic.iarc.fr) for mer informasjon.

Referanse: Ekelund, U et al. activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). American Journal of Clinical Nutrition; 14 Jan 2015 .

Kilde: NIH.no

# Kraftig vekttap – rødt flagg

Pasienten i 70-årene hadde tidligere samme år hatt flere fall. Det ene fallet resulterte i en spinosfractur og betydelige ryggsmarter. Etter hvert avtok smertene noe, men etter hvert kom smertene tilbake og økte i omfang uten kjent årsak.

AV KJETIL NORD-VARHAUG

Han begynte å gå ned i vekt og hadde flere nye fall i løpet av sommeren. Fastlegen rekvirerte nye CT bilder av ryggen grunnet mistanke til nytt brudd i ryggen, men svaret kunne kun beskrive sequele etter tidligere tilhelet fractur.

Pasienten hadde et par år i forveien blitt operert for kreft i munnhulen, men var friskmeldt og angivelig kreftfri.

## Betydelige døgntkontinuerlige ryggsmarter

Pasienten hadde nå utviklet betydelige smerter som vedvarte hele døgnet, og fastlegen henviste patienten til gastro undersøkelse på sykehuset da vekttapet vedvarte og patienten gikk ytterligere ned i vekt. Verken pasient eller pårørende hadde noen forklaring på vekttapet utover at patienten selv ikke hadde matlyst, og store smerter hele døgnet medvirket til dette. Gastro utredningen ga ingen funn, men grunnet ryggsmertene ble det bedt om en ortopedisk vurdering på sykehuset under innleggelsen for å se nærmere på en mulig årsak til smertene.

## Patologi utelukket av medisinstudent

Ortopedisk avdeling sendte ut en lege-student som undersøkte patienten og basert på CT undersøkelsen fra noen tid tilbake utelukket at det ikke kunne være nye brudd som skapte smertene, og derfor var det ingen ortopedisk forklaring på smertene. Patienten ble henvist

tilbake til fastlegen med beskjed om å følge opp ernæringsstatusen. På dette tidspunktet var ernæringsdrikker det eneste patienten kunne ta til seg.

De neste to månedene skulle bli et smertehelvete for patienten. Vekten fortsatte å falle, og i oktober samme år var patienten 30 kilo lettere enn for 9 mnd. siden.

## Pårørende ber om second opinion

Pasientens pårørende tar ham med til tverrfaglig vurdering på privatklinikk hvor teamet ved undersøkelsen raskt fatter mistanke til alvorlig patologi hos patienten. Stort vekttap på relativt kort tid er et rødt flagg som ikke må overses. Døgntkontinuerlige smerter uten kjent årsak er et annet rødt flagg.

Pasienten blir henvist til MR av ryggen med mistanke om malign tilstand i ryggen, og noen dager etterpå kunne man lese i MR svaret at patienten hadde omfattende kreftspredning i skjelettet med hovedfunn i ryggstølen. Radiologen som beskrev bildene presiserte at CT alene ikke kan benyttes som bilde-diagnostikk for å utelukke denne formen for kreft.

Pasienten blir henvist til kreftavdeling ved sykehuset og fulgt opp videre. 22. desember dør han etter mange måneder i smertehelvete uten korrekt diagnose og uten adekvat behandling.

## Hvor sviktet systemet?

I ettertid kan man stille seg spørsmålet:



Hvor sviktet systemet? Var det fastlegen som burde plukket opp symptomene tidligere, eller var det sykehuset som burde benyttet erfaren lege til å undersøke hans ryggsmarter og ikke en uerfaren legestudent?

Historien forteller oss at pasienter med alvorlige sykdommer kan ende opp hos oss fysioterapeuter. At patienten ikke tidligere har fått påvist kreft hos fastlege eller på sykehus betyr ikke at patienten er kreftfri.

## Røde flagg bør komme frem i bildehenvisningen

Symptomer som vekttap og døgntkontinuerlig smerte burde utløse alarm hos alle i helsevesenet. Men vi ser også at henvisningen til bildediagnostikk



### Fakta fra FORMI:

#### Identifikasjon av røde flagg ved ryggsmarter:

Røde flagg innebærer at pasienten skal utredes med hensyn til deformitet, brudd, inflammatorisk sykdom, tumor/metastaser, infeksjon, referert smerte fra indre organer, eller andre sjeldne tilstander

- Ryggplager som debuterer, eller oppfattes annerledes enn tidligere plager, ved alder under 20 eller over 55 år
- Konstante smerter, evt. tiltagende over tid; hvilesmerter
- Generell sykdomsfølelse, feber og/eller vekttap
- Traume, kreft, bruk av steroider eller immunosuppressiva, stoffmisbruk
- Utbredte og eventuelle progredierende nevrologiske utfall
- Deformitet i ryggstøylene
- Høy SR, uttalt morgenstivhet med varighet over en time

*Kilde: Nasjonale kliniske retningslinjer – Korsryggsmarter FORMI og HOD*

må inneholde utfyllende informasjon om pasienten symptombylde. Ikke kun angivelse av ønsket område og kort oppsummering fra anamnesen. Hvis man mistenker kreft, bør dette komme frem i henvisningen slik at radiologen kan endre modalitet, eller be om supplerende bilder om han mener at dette er nødvendig for å kunne påvise aktuell patologi.

For denne pasienten kan man i etter-

tid se at noen burde hatt mistanke tidligere. Symptombildet var der hele tiden, men flere kan ha blitt forvirret av flere fall. En gjennomgang av smerteanamnesen viste at smertene debuterte før fallene, og kunne derfor ikke tilskrives noe traume slik som sykehuset mistenkte. Har pasienten tidligere hatt kreft så kan det gi grunn til ekstra oppmerksomhet på symptomer som ikke helt passer inn. Vær oppmerksom på rare symptomer og

ting som ikke helt passer inn. Ta pasientens symptomer på alvor og ikke stol på at all annen sykdom er utredet når de kommer til undersøkelse hos oss. Vi kan gjøre feil, og det kan andre også.





# Litt livsvisdom oppi all fysioterapien...

Alvorlig kreftsykdom til tross. Per Fugelli tar fokuset bort fra seg selv, og fortsetter med å guide oss andre. Hans råd er så selvfølgelige, så åpenbare, men likevel så geniale. Klart vi burde gi mer faen, hvorfor tenkte vi ikke på det før?

## TEKST HILDE STETTE

Jeg møtte Per Fugelli her en dag. Han satt sammen med sin sønn på et kjøpesenter for å signere sønnens nye bok – om han selv. Han var egentlig

kun interessert i å snakke med min sønn på 14. Jeg var egentlig kun interessert i å snakke med han, mens sønnen hans, stakkar, bokens forfatter, ja, han ble stående totalt oversett på sidelinjen. Det var dårlig gjort, jeg har fortsatt litt dårlig

samvittighet for det, men Per Fugelli – altså far Fugelli – gjør noe med meg. Og det er godt!

## Store linjer

Jeg vet ikke hva det er han gjør, men



han ser nok de store linjene. Og han formidler dem med overbevisning. Mens folk vandrer rundt her nede på bakken og har mer enn nok med seg selv og sine krav og sine rettigheter, ja, generelt sitt eget, fungerer han mer som en sakteflyvende majestetisk ørn med et skarpt blikk (og en skadeskutt kropp) for å konstantere forskjellen mellom det som virkelig teller og det som er uviktig. Og han dømmer ingen. Det vil si, han dømmer ikke enkeltmennesker (men han kan plaffe ned både VG og Frp så lett som ingenting). Tvert imot skryter han av den norske folkesjelen, og er full av tro på fremtiden. –Vi har bygget opp en folkesjel som har som instinkt å skape og dele – fordi både en selv og andre har godt av det. Han fortsetter: –Vi er rike som faen på olje og penger, men vi er også søkkrike på det du kan kalle sosial kapital. Jeg tror folk i dette landet vet at du ikke får noe godt liv som en ensom klatrer i konkurranseøkonomien. Vi vet fra vårt eget liv at det gode liv får du av måten du danser med andre flokker på. Familieflokken, arbeidsflokken, venneflokken, du får ikke et godt liv i individuelt isolat, du får det i flokker med kvaliteter som skaper og deler verdighet, tilhørighet og trygghet. Og det er jeg veldig, veldig sikker på at folk vet.

Ah, Per Fugelli har troa på oss! Det er godt nok for meg.



## Litt livsvisdom

Og hva har dette med fysioterapi å gjøre? Vel, det har det vel egentlig ikke. Men det har med folk å gjøre, oss, og av og til må man kuppe ei side i fagbladet bare for å så noen visdomsord innimellom alle pasientene og treningskundene. Det har vi sikkert bare godt av. Så derfor ber jeg alle ta til seg både skryt og livsvisdom fra Fugelli him self. Kanskje vil det gjøre oss til enda bedre folk:

– Vi setter for store krav til oss selv og våre omgivelser, så store at de aldri kan nås. Dette gjør oss ulykkelige. En god resept på et godt liv er å gi litt mer faen.

– Fugelli har lansert begrepet «nokpunktet». Med det mener han at med hensyn til vår egen lykke bør vi si oss fornøyde med «godt nok». Det mener han nesten er revolusjonært i dagens materialistiske og prestasjonspregede samfunn.

– Slutt å klage! I takt med at Norge er blitt rikt på oljepenger, har misnøyen vokst. Klagemuren over alt som er for ille har vokst seg høy på grunn av overfloden og stadig større forventninger om at vi har råd til alt og derfor også har krav på alt, mener Fugelli. Når det viser seg at livet ikke svarer til disse forventningene, klager vi.

– «Her er gleder og sorger» kan man finne i glass og ramme hos eldre mennesker. Det bør trekkes fram igjen av flere generasjoner, mener Fugelli ved å akseptere at livet også består av nederlag og tap har vi alle muligheter til å ha det bra i Norge i dag.

– Det gode liv og livskvalitet handler om mye mer enn kroppskontroll. Vi må heller se på hvordan sjelen vår kan få det best mulig. Litt for ofte handler forsettene våre kun om en person: Meg selv. Vi glemmer at vi er en del av et fellesskap. Drømmen om at neste år skal bli bedre, handler derfor ikke bare om meg selv, men om hvordan få det bedre ved å danse med menneskene rundt meg, og ha det mer trivelig og spennende sammen med andre. Glede og det å være med i en flokk er to grunnbetingelser for at sjelen skal ha det godt.

– Vær deg selv-imperativet kaller på to verdier: Frihet og verdighet. Du må ha makt og mulighet til å bevege seg mot egne mål. Det er frihet. Du må ha selvrespekt og bli sett og godtatt som den du er. Det er verdighet.



## 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](http://www.fysioterapi.org/kurs)

For more information contact course host Linda Linge

Email: [linda@romerike-fysioterapi.no](mailto: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](http://www.amazon.co.uk)**



# Informasjon om modul 1 i muskel og skjelett ultralyddiagnostikk

## Generell informasjon

For å kunne bli god i bruken av ultralyd forventes det gode allmennkunnskaper innen anatomi og patologi. Gode kunnskaper innen klinisk undersøkelse er også en basisferdighet som er nødvendig for å kunne benytte ultralyd som et diagnostisk hjelpemiddel.

## Kurslokalene

Undervisningen i ultralyd legges til Oslo fra fredag morgen til lørdag ettermiddag. Kurset foregår i lokalene til Apexklinikken på Helsfyr. Mer informasjon finner du på:

<http://www.apexklinikken.no/kart.html>

## Eksamen

Grunnen til at eksamen ikke er lagt til siste undervisningsmodul, men ca. 12 mnd. etterpå er at ultralyd er noe man må jobbe mye med for å bli god. Etter gjennomført kursrekke har man grunnlaget for å bruke ultralyd på klinikken, men fortsatt en lang vei å gå før man er god. Ved å praktisere bruken av ultralyd i sin daglige praksis de neste 12 mnd., bør man i løpet av denne perioden utvikle teknikken og kunnskapen tilstrekkelig til å kunne bevise disse ferdighetene ved å gå opp til eksamen. Eksamen vil bestå i pasientkasus hvor kandidaten tar opp anamnese, gjør relevante kliniske undersøkelser. Dette følges opp av en ultralydundersøkelse hvor man ønsker å bekrefte eller avkrefte klinisk mistanke om eventuell patologi. Avslutningsvis skal kandidaten forfatte en epikrise basert på gjennomført undersøkelse, både klinisk og sonografisk. Eksamen vurderes til bestått/ikke bestått. Sensorene for eksamen vil bestå av både fysioterapeut og legespesialist for å kvalitetssikre både eksamen og utdanningen.

## Videreutdanning

For dem som har gjennomført modul 1-3 og som ønsker å ta videre kurs i ultralyd, arrangerer også PFF en modulrekke i advanced ultralyd. Denne kursrekken er ment for alle de som jobber daglig med ultralyd, og kursene vil ta for seg en rekke avanserte ultralydveiledebehandlings tiltak samt mer sjelden patologi.

Det jobbes mot å lage en spesialisering i ultralyd for fysioterapeuter i Norge, og kursrekken i basic og advanced ultralyd er da grunnlaget for dette.

## Markedsføring av kompetansen

Alle med gjennomført kursrekke vil bli lagt ut på terapeutlisten på [www.ultralydscanning.no/terapeutliste.php](http://www.ultralydscanning.no/terapeutliste.php) slik at pasientene kan finne frem til fysioterapeuter med kompetanse på ultralyd diagnostikk.

Ved godkjent eksamen vil medlemmer i PFF promoveres på forbundets nettsider ([www.fysioterapi.org](http://www.fysioterapi.org)) samt på nettsidene til interesseorganisasjonen Ultralydskanning i Norge ([www.ultralydscanning.no](http://www.ultralydscanning.no)).

## Undervisningen

Undervisningen legges opp med en blanding av teori i klasserom samt mye praktisk veiledet skanning. Til hver undervisningsmodul må studenten demonstrere skanningen overfor veilederne på kurset og få signatur for godkjente skanninger. Det legges opp til tett veiledning av kursistene, og det er 1 veileder pr. 5 studenter i hele utdanningen. Mellom hver modul skal studentene sende inn 5 skanninger med en beskrivelse av bildet. Disse vil så bli vurdert og evt. godkjent av veileder/underviser.

## Utstyr

For de som allerede har gått til anskaffelse av ultralydskanner, anbefaler vi at denne tas med ved mulighet. Dette fordi dere da får muligheten til å trene ferdighetene på en skanner dere skal jobbe videre med. For de som ikke har valgt leverandør, anbefaler vi at dere venter til gjennomført kursmodul. Flere leverandører vil komme på kurset og vise frem sine ultralydmodeller. Vi har også forskjellige maskiner tilgjengelig på kurset slik at dere får testet ut de ulike i løpet av kursdagene.

## Overnatting/forpleining

Det er flere hoteller tilgjengelig i Oslo. Nærmeste hotell i forbindelse med kurslokalene er Rica Helsfyr. Men det er også lett å komme seg til kurslokalene fra Oslo sentrum for de som ønsker å booke hotell der.

## Mat og drikke

Det vil bli servert varm lunch begge kursdager. Videre vil det bli servert kaffe og frukt samt noe mellommat underveis. Se forøvrig programmet for mer informasjon.

## Sosialt/middag/bytur

Tradisjonen tro vil det bli arrangert en fellesmiddag ute på byen i Oslo fredag kveld. Denne er frivillig, men vi oppfordrer alle som har mulighet til å delta. Vi minner alle om ordtaket «helt om natten, helt om dagen». Undervisningen starter igjen 0900 på lørdag.

## Hjemreise

Kurset avsluttes ca. 1630 lørdag ettermiddag. Vi oppfordrer alle å ta hensyn til dette med tanke på booking av hjemreise, men har forståelse for individuelle behov med tanke på avreisetidspunkt.

## Program modul 1 – fot og kne:

### Dag 1 – fredag

**09.00–09.30:** Fremmøte og velkomst

**09.30–10.15:** Introduksjon til ultralydskanning i privat praksis

**09.30–10.15:** Introduksjon til ultralydskanning i privat praksis

**11.00–11.30:** Hands on

**11.30–11.45:** Kaffe/te og rundstykker

**11.45–13.00:** Anatomi og ultralydskanning av foten

**13.00–13.30:** Demonstrasjon, skanning av foten

**13.30–15.00:** Veiledet workshop

**15.00–16.00:** Lunsjpause

**16.00–16.30:** Demonstrasjon, skanning av foten

**16.30–17.30:** Veiledet workshop

**17.30–18.00:** Demonstrasjon, skanning av foten

**18.00–18.30:** Kaffe/te og kake/frukt

**18.30–19.30:** Veiledet workshop

**19.30–20.00:** Spørsmål og avrunding

**21.00:** Fellesmiddag på Aker Brygge for de som ønsker/kan delta.

### Dag 2 – lørdag

**09.00–09.45:** Anatomi og ultralydskanning av kneet

**09.45–10.15:** Demonstrasjon, skanning av kneet

**10.15–11.00:** Veiledet workshop

**11.00–11.15:** Demonstrasjon, skanning av kneet

**11.15–13.15:** Veiledet workshop

**13.15–14.15:** Lunsj

**14.15–14.45:** Demonstrasjon, skanning av kneet

**14.45–15.45:** Veiledet workshop

**15.45–16.00:** Pause med kaffe og frukt

**16.00–16.30:** Gruppe-eksamen

**16.30:** Spørsmål og avrunding

# Undersøkelse og behandling av svimmelhet, del 2



Privatpraktiserende  
Fysioterapeuters  
Forbund

ved Dino Trbonja

- Målgruppe:** Fysioterapeuter som tidligere har tatt grunnleggende kurs om behandling av svimmelhet
- Tid:** Fredag 18.09.2015 17.00-20.00 og lørdag 19.09.2015 09.00-15.00
- Sted:** Romerike helsebygg, Dampsagveien 2a, 2000 Lillestrøm (rett ved Lillestrøm stasjon)
- Kursavgift:** Medlemmer av PFF: kr 1900.-  
Andre: 2500.-

Dino Trbonja er utdannet fysioterapeut ved Høgskolen i Oslo. Videreutdanning i svimmelhet og forstyrrelser i balanseorganet ved Helseuniversitetet i Linköping under tittel «Yrsel och Balansrubningar». Har jobbet i privat praksis siden august 2010.

Jobber ved Klinikk for Alle Majorstuen med primært fagfelt svimmelhet og sykdommer i balanseorganet. Har tilegnet seg solid kunnskap om emnet og er en god formidler.

Det blir en del repetisjon første dag. Andre dag hovedvekt på praksis; nye teknikker og perfektionering av tidligere teknikker for behandling.

Godkjent 9 timer for opprettholdelse av «Spesialist i klinisk ortopedisk fysioterapi»

## Påmelding til:

[www.fysioterapi.org/kurs](http://www.fysioterapi.org/kurs) innen 01.09 2015

**Avbestilling etter 01.09.2015 belastes med full kursavgift**

# 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](http://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!*

# Kursoversikt 2015

Alle kurs har påmeldingsfrist 4 uker før kursstart, dersom ikke annet er oppgitt i invitasjonen.  
Ved avbestilling senere enn 4 uker før kursstart må full kursavgift betales.

TEMA	DATO	STED
Undersøkelse og behandling av kjeveleddsplager, Elisabeth Heggem Julsvold	30. januar 2015 (14:00-19:00)	Lillestrøm
ÅRETS PFF-KONGRESS!	12. og 13. mars	Oslo
Skulderdiagnostikk og behandling, Jan Henning Løchen	22. april (17:00-21:00)	Lillestrøm
«Explain Pain» Morten Høgh Påmeldingsfrist 9. mars. Avbestilling etter 9. april må betales.	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	18. sept.(17:00-20:00) 19. september	Lillestrøm
Differensialdiagnostikk og workshop underkøstemeteter. 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](mailto: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](http://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.

## McKenzie Norge – Kursoversikt 2015:

TEMA	DATO OG STED	PÅMELDING
Credential Workshop	17.april 2015 Porsgrunn.	Påmelding 17. februar.
Manuelle teknikker	18 april 2015. Porsgrunn.	Påmelding 17. februar.
Credential exam	25. april Porsgrunn/Lillestrøm.	Påmelding 25. februar
Part A	7. – 10. mai 2015. Porsgrunn.	Påmeldingsfrist 8. mars.
Part B	September 2015 Lillestrøm.	Påmeldingsfrist juni

Påmelding til [dorthe@mckenzie.no](mailto:dorthe@mckenzie.no)

Se [mckenzie.no](http://mckenzie.no) for priser og mer informasjon. Følg oss også på Facebook!

## 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 <a href="http://www.fysioterapi.org">www.fysioterapi.org</a>	Hemsedal og Aalborg kurs. Påmelding: <a href="mailto:mf@arkadensfysioterapi.dk">mf@arkadensfysioterapi.dk</a>	



# 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.

## Klinisk undersøkelse og behandling av kjeveleddsplager



Privatpraktiserende  
Fysioterapeuters  
Forbund

**Sted:** Romerike helsebygg, Dampsagveien 2a,  
2000 Lillestrøm  
**Tid:** Fredag 30.01.2015, 14.00-19.00  
**Påmelding:** [www.fysioterapi.org/kurs](http://www.fysioterapi.org/kurs).  
**Påmeldingsfrist:** innen 16.01.15.

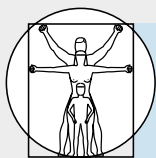
**Pris:** PFF-medlem kr. 1100.-, andre 1600.-

Spørsmål? Kontakt Linda Linge 900 42 177 /  
[linda@romerike-fysioterapi.no](mailto:linda@romerike-fysioterapi.no)

*Ved avbestilling etter 15.01.2015 må kursavgiften betales.  
Godkjent 5 timer for opprettholdelse av «Spesialist i klinisk Ortopedisk fysioterapi».*

**Presentasjon av foreleser Elisabeth Heggem Julsvoll:**

- Statens Fysioterapihøgskole, Oslo, 1983
- Eksamen i manuellterapi, Oslo, 1991
- Spesialist i manuellterapi, MNFF, 1994
- Faglig veiledning, Diavet Oslo, 2000
- Livsstyrketrening, Diavet Oslo, 2005
- Arbeidsrettet rehabilitering (ARR), Diavet Oslo, 2010
- Master i helsefagvitenskap (MSc),  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2013
- Jobber på Hans & Olaf Fysioterapi i Oslo.
- Underviser også i videreutdanning av fysioterapeuter,  
manuellterapeuter og kiropraktorer



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](http://www.fysioterapi.org) • E-mail: [pff@fysioterapi.org](mailto: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

#### REDAKSJONSKOMITE

Redaktør/journalist:  
Hilde Stette

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

Annonser: Christin Foss

#### RETTJELP

Trude Andersen  
Kristian Moum

#### Sentralstyret:

LEDER:	Kjetil Nord-Varhaug	<a href="mailto:kjetil.nord-varhaug@fysioterapi.org">kjetil.nord-varhaug@fysioterapi.org</a>
NESTLEDER:	Linda Linge	<a href="mailto:linda.linge@fysioterapi.org">linda.linge@fysioterapi.org</a>
STYREMEDLEM:	Trude Andersen	<a href="mailto:trude.andersen@fysioterapi.org">trude.andersen@fysioterapi.org</a>
STYREMEDLEM:	Svein Erik Sandlien	<a href="mailto:svein-erik.sandlien@fysioterapi.org">svein-erik.sandlien@fysioterapi.org</a>
STYREMEDLEM:	Trine Gusterud Eidslaug	
STYREMEDLEM:	Tor Aage Berg	<a href="mailto:tor.age.berg@fysioterapi.org">tor.age.berg@fysioterapi.org</a>
STYREMEDLEM:	Ferry Wagenvoort	<a href="mailto:ferry.wagenvoort@fysioterapi.org">ferry.wagenvoort@fysioterapi.org</a>

VARAMEDLEMMER:	David Aronsen	<a href="mailto:david@trimmen.no">david@trimmen.no</a>
	Trond Dalaker	<a href="mailto:trond.dalaker@fysioterapi.org">trond.dalaker@fysioterapi.org</a>

VALGKOMITÉ:	Marius Solstrand	<a href="mailto:marius@iliaden.no">marius@iliaden.no</a>
	Tomm Alexander Østlie	<a href="mailto:tomm@porselensklinikken.no">tomm@porselensklinikken.no</a>

FONDSSTYRE:	Trude Andersen	<a href="mailto:trude.andersen@fysioterapi.org">trude.andersen@fysioterapi.org</a>
	Kristian Moum	<a href="mailto:kristian.moum@aleris.no">kristian.moum@aleris.no</a>

#### Sekretariatet

LEDER:	Christin Foss	32893719	<a href="mailto:pff@fysioterapi.org">pff@fysioterapi.org</a>
SEKRETÆR:	Toril Strøm Bruvold	32893719	<a href="mailto:pff@fysioterapi.org">pff@fysioterapi.org</a>
GEN.SEKRETÆR:	Henning Jensen	64958093	<a href="mailto:gensekr@fysioterapi.org">gensekr@fysioterapi.org</a>
STUDENTKONTAKT:	Marius Solstrand	75120144	<a href="mailto:marius@iliaden.no">marius@iliaden.no</a>

## 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](mailto: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](mailto: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:  
mars 2015

**FYSIO**  
**Laken**  
og oppbevaringsrør

**GRANTON**



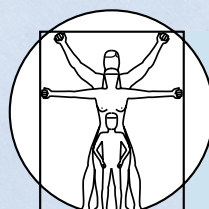
**Arba Medisinsk**

Arba Inkludering as  
Postboks 128, 1309 Rud  
Telefon 67 17 74 40  
[firmapost@arba.no](mailto:firmapost@arba.no)  
[www.arba.no](http://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](http://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**