

FYSIOTERAPI

I PRIVAT PRAKSIS



PFF



Kliniske retningslinjer:
Ankelovertråkk



Modicforandringer
– nytt håp eller ny blindvei?



Når kneet knaser

**PFF**Privatpraktiserende
Fysioterapeuters
Forbund

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

Kontor og besøksadresse:

Schwartzgt 2. 3043 Drammen

Tlf: 32 89 37 19

Kontortid: Mand – torsd

kl. 10.30–13.30. Fredag stengt.

web: www.fysioterapi.orge-post: pff@fysioterapi.org**Sekretariatet****Leder:** Christin Fosspff@fysioterapi.org**Generalsekretær:** Henning Jensengensekr@fysioterapi.org**Studentkontakt:** Marius Solstrandmarius@iliaden.no**Ansvarlig utgiver:** Privatpraktiserende
Fysioterapeuters Forbund.**Redaktør:** Nina Erga Skjeseth,red@fysioterapi.org,

tlf: 975 92 998

Redaksjon: Hilde Stette, Lars Martin

Fischer, Stian Christophersen, Jørgen Jevne,

Kevin Nordanger Martin, Andrea Næss,

Ingvild Amble

Utgivelse: Distribueres fem ganger pr. år.

Signert stoff står for forfatterens egen regning og er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med PFFs syn. Stoff til bladet må være maskinskrivet. Redaksjonen forbeholder seg retten til å forkorte og redigere innlegg. Usignerte artikler og reportasjer er skrevet av redaksjonen.

Abonnement: kr 850.-/pr. år.

Henvendelser til bladet rettes til PFFs

sekretariat, tlf: 32 89 37 19. eller pr. e-post.

Annonsealg: Christin Foss,

tlf: 922 42 756,

e-post: christin@kongresspartner.no

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF) organiserer fysioterapeuter i privat praksis 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 50www.fysioterapi.orgwww.twitter.com/fysioterapiwww.facebook.com/fysioterapi

LEDER

Om søvn og dyktige medarbeidere

I skrivende stund har vi akkurat stilt klokka en time tilbake til vintertid, og tiden med glimt av sol etter avsluttet jobbdag er forbi. Heretter er det mørkt når vi står opp og mørkt når vi kommer hjem fra jobb – og det er ennå en stund til sola snur. Diskusjonen rundt sommer- og vintertid har aldri vært mer intens enn nå. Det spekuleres i om vi har stilt klokka for siste gang, og mest sannsynlig blir siste gang i løpet av 2019.

Når klokka stilles fra sommer- til vintertid, går dette mest ut over dautrøtte småbarnsforeldre og morgenfriske A-mennesker. Når vi stiller fram til sommertid, kan det gå utover helsen vår.

Søvnforskere har avdekket at endringer i søvnmønsteret skaper høyere risiko for hjerte- og karsykdommer umiddelbart. Det er ganske urovekkende at antall hjerteinfarkt og hjerneslag øker betraktelig dagen etter vi stiller klokka frem til sommertid og «mister» en time søvn. Til sammenligning har man sett at flest hjerteinfarkt inntreffer på mandager, når vi omstiller fra helg til ny jobbuke. Det er ingen tvil om at søvn er ekstremt viktig for oss alle – det er tross alt når vi sover at kropp og hjerne får mulighet til å hente seg inn og restituere. Sover du i snitt mindre enn sju timer om natten, hevder søvnforskere at det vil ha negativ påvirkning på eksempelvis prestasjon, konsentrasjon eller helse. Lite søvn over lang tid kan øke risikoen for hjerte- og karsykdommer på lik linje med røyking og diabetes. Til alle supermennesker der ute; husk å sove nok!

Redaksjonen i «Fysioterapi i Privat Praksis» består utelukkende av dyktige og engasjerte personer. Gang på gang leverer de solide og opplysende artikler, og det ligger alltid et godt stykke arbeid bak. Journalistene våre er ikke kjent for å ligge på latsiden, og ved siden av full jobb skriver de artikler, holder kurs, tar på seg ulike oppdrag og er engasjerte. Nylig ble Jørgen kåret til årets kiropraktor, mens Stian har gitt ut boka «Klatrebibelen». Kevin har snart 200.000 følgere på sin Facebook-side «Rethinking Physiotherapy», og det er ingen tvil om at det er fint å ha slike folk med seg på laget!

I denne utgaven av bladet kan du blant annet lese om isometri og tendinopater, fibromyalgi, den kliniske kraften vi som terapeuter har, retningslinjer ved ankelovertråkk og mye mer.

Jeg vil med dette ønske alle våre medlemmer og lesere en strålende førjulstid! Bruk juleferien til å lade fysio-batteriene ordentlig opp til et nytt år.

Nina Erga Skjeseth
Redaktør



Neste utgivelse: februar 2019



- 4 Kliniske retningslinjer: Ankelovertråkk
- 10 Fibromyalgi
- 14 Isometri og tendinopatier – hvor står vi nå?
- 16 Nervus vagus - Samspillet mellom hjerne og mage
- 18 Den Kliniske Kraften
- 22 Modicforandringer – nytt håp eller ny blindvei?
- 26 10 evidensbaserte grunner til at pasientene dine bør trene
- 29 Når kneet knaser
- 32 SonoMSK kongressen 2018
Cutting egde MSK ultrasound
- 34 ASA 4313 – overdragelse av hjemmel
- 36 Kurs

SENTRALSTYRET:

LEDER:	Finn-Tore C. Bjørnsand	finn-tore.bjornsand@fysioterapi.org
NESTLEDER:	Linda Linge	linda.linge@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Trude Andersen	trude.andersen@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Svein Erik Sandlien	svein-erik.sandlien@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Silje Holstad	silje.holstad@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Trond Dalaker	trond.dalaker@fysioterapi.org
VAREMEDLEMMER:	David Aronsen	david@trimmen.no
VALGKOMITÉ:	Vidar Heggen Christin Foss	viheggen@online.no pff@fysioterapi.org
FONDSSTYRE:	Trude Andersen Christer Nordby Daniel Ask	trude.andersen@fysioterapi.org christer@cnfysio.no danask@online.no

SPESIALISTRÅD

Atle Vervik
Linda Linge
Kjetil Nord-Varhaug

KURSKOMITE

Linda Linge
Svein Erik Sandlien

FAGPOLITISK RÅD

Henning Jensen

MARKEDSFØRING

Tor Aage Berg
Web-redaktør: Nina Erga Skjeseth

ETISK RÅD

lvaretas av styret

FORSIKRINGSSAMARBEID

IF, Tlf.: 02400

RETTJELP

Trude Andersen
Kristian Moum

REDAKSJONSKOMITE

Redaktør/journalist:
Nina Erga Skjeseth
Journalister:
Hilde Stette
Lars Martin Fischer
Stian Christophersen
Jørgen Jevne
Kevin Nordanger Martin
Andrea Næss
Ingvild Amble
Annonser: Christin Foss



Kliniske retningslinjer: Ankelovertråkk

Akutte ankelskader er blant de mest vanlige skadene i muskel- og skjelettsystemet, og disse kan ramme både utøvere så vel som normalbefolkningen. Overtråkk er den mest vanlige skaden, og de fleste oppstår på lateralsiden av ankelen etter traumatisk plantarfleksjon kombinert med inversjon. Her kommer en gjennomgang av litteraturen når det gjelder diagnostisering, behandling og forebygging av ankelovertråkk.



AV NINA ERGA SKJESETH
FYSIOTERAPEUT

I klinikken møter vi ofte pasienter med ankelskader. I undersøkelse og behandling av disse skadene er det viktig å kunne stille riktig diagnose, for å unngå at skader oversees eller

feilbehandles. De fleste pasienter med akutte ankelovertråkk har god og tilstrekkelig effekt av konservativ behandling, men enkelte ankelskader bør allikevel opereres, da ikke alle blir bra av nevromuskulær trening. Så mye som 15-20 % av alle ankelskader rapporteres å gi vedvarende symptomer i flere måneder, som regel i form av svakhet, «giving way» /sviktforannelser, smerte og/eller sporadisk stivhet.

Denne artikkelen tar primært utgangspunkt i en «Consensus statement» som ble publisert av Vuurberg et al. i British Journal of Sports Medicine tidligere i år, der forfatterne presenterte oppdatert kunnskap rundt diagnostisering, behandling og forebygging av ankelovertråkk, med fokus på laterale ankelskader.

Forekomst

På verdensbasis skjer omtrent ett

ankelovertråkk per 10.000 mennesker hver dag. Nesten halvparten av alle overtråkk er idrettsrelaterte og oppstår under aktivitet, og utøvere fra idretter som basketball, fotball og løping er sterkt representert. Enkelte studier har vist at kun hver andre person som får en lateral ankelskade, oppsøker helsepersonell, og en stor del av alle individer med laterale ankelskader vil kunne utvikle kronisk instabilitet i ankelen (CAI = chronic ankle instability).

Patoanatomi

For å kunne utføre en adekvat undersøkelse ved en ankelskade, kreves grundig kjennskap til ankels anatomi og funksjon. Ligamentum talofibulare anterior skades oftest, med lig. calcaneofibulare på andre plass. Det fremre talufibulære ligamentet er viktig for å begrense anterior forskyvning av talus og plantarflexjon i ankelen. Man kan mistenke ruptur av dette ligamentet dersom pasienten har vansker med full vektbæring, nedsatt aktivt bevegelsesutslag, vansker med å utføre tåhev eller hopp/hink, samt palpasjonsømheter og hevelse på lateralsiden av ankelen.

Som terapeut er det viktig å screene for mediale ankelskader og syndesmosekader, ettersom tilhelingstiden her ofte er lengre og behandlingen annerledes. Syndesmosekader er trolig underrapportert, og disse blir ofte oversett.

Predisponerende faktorer (risikofaktorer)

Interne faktorer

Jenter rammes oftere av overtråkk enn gutter, og man har i tillegg sett at lav BMI kan være en potensiell risikofaktor for ankelovertråkk (når det gjelder BMI er litteraturen sprikende). Nedsatt ROM og proprioeksjon må også fanges opp, og hvis mulig inkluderes i forebygging eller rehabilitering for å redusere risiko for tilbakevendende skade.

Eksterne faktorer

Type idrett er avgjørende når det gjelder eksterne risikofaktorer, og utøvere i ballsport er spesielt utsatt. I volleyball skjer de fleste skadene i landingen etter et hopp, mens i fotball har man sett at det å være forsvarsspiller og spille på naturgress har gitt høyere skaderisiko. Selv om det å være jente gir høyere risiko for skade, er det flere gutter

som skades i konkurransesituasjon. Når man ser bort fra idrettsspesifikke risikofaktorer, er det å gå i høye hæler en risikofaktor for skade.

Prognostiske faktorer

Smertene bør som regel reduseres raskt innen de to første ukene etter en akutt ankelskade, men en stor del av pasientene rapporterer imidlertid langvarige symptomer. Studier har vist at mellom 5-46 % fremdeles opplever smerter ved 1-4 års oppfølging. Opp mot en tredjedel opplever tilbakevendende overtråkk, og mellom 33-55 % rapporterer om instabilitet. Man ser at flere utvikler både anterior impingement, artrose og/eller CAI. CAI kan defineres som vedvarende symptomer som smerte, hevelse og/eller sviktforenelser, i kombinasjon med tilbakevendende overtråkk i minimum 12 måneder etter den første skaden. Dette kan igjen føre til langsiktig fravær fra arbeid og idrett. Langvarig kronisk ankelnestabilitet gir ofte indikasjon for stabiliserende kirurgi.

Til tross for taping/ortose og fysisk rehabilitering, utvikler rundt 40 % CAI. Noen faktorer som har blitt identifisert som risikofaktorer for CAI, er manglende evne til å fullføre hopping og landing innen 2 uker etter skade, samt svekket dynamisk postural kontroll og økt laksitet i ligamentet 8 uker etter overtråkket. Dersom man i tillegg driver idrett på høyt nivå, er mann, har økt BMI og er lang, har man dårligere prognose når det gjelder å utvikle CAI.

Etter en akutt lateral ankelskade bør man rette tilstrekkelig oppmerksomhet mot pasientens aktuelle smertenivå, totale treningsbelastning og nivå av idrettslig deltakelse. Alle disse faktorene kan ha negativ påvirkning på recovery og øke risikoen for fremtidige tilbakefall. Disse faktorene bør derfor adresseres tidlig i rehabiliteringsprosessen.

Diagnostisering

Ved alvorlige eller større ankelovertråkk bør man utelukke fraktur ved å benytte Ottawa-regelen for palpasjon (OAR). Røntgenbilde av ankelen er indisert dersom pasienten har smerter i ankelområdet, palpasjonsømheter i beinvevet ved



laterale eller mediale malleol, eller vansker med full vektbæring i fire skritt. Røntgen av fot er aktuelt dersom man avdekker palpasjonsømheter ved basis av femte metatars og/eller naviculare, smerter i midtfoten eller smerter ved vektbæring i fire skritt.

Mediale ligamentskader og syndesmoseskader er sjeldne, men disse må ikke overses.

Diagnostisering av syndesmoseskader kan gjøres klinisk ved å palpere anatomiske strukturer, og man kan også avdekke en positiv fibula translasjonstest og positiv Cotton test. Bildediagnostikk kan være aktuelt, i form av røntgen (vil kunne vise gaffelspråk) og/eller MR.

Ligamentskader i ankelen blir vanligvis gradert fra I til III, med alvorlighetsgrad mild, moderat eller alvorlig. Grad III innebærer alvorlig ligamentskade eller totalruptur av

ligamentet. Ved hematoma, smerter ved palpasjon rundt fibula distalt og/eller en positiv fremre skuffetest, er det stor sannsynlighet for lateral ligamentruptur.

Ved klinisk vurdering av skade på det fremre talofibulære ligamentet har fremre skuffetest vist seg å ha både god sensitivitet og spesifisitet. Testen har størst nytteverdi dersom den utføres 4-5 dager etter skade. Ved mistanke om omfattende ligamentskade, osteochondral skade, syndesmoseskade eller okkulte brudd, kan MR være aktuelt.

Behandling

RICE

Effekten av RICE (hvile, is, kompresjon og elevasjon) som akuttbehandling har vært omdiskutert i lang tid, noe som også gjelder ved akutte ankelskader. De ulike komponentene av RICE har lite dokumentert effekt alene, selv om mange har

trukket frem is og kompresjon som viktige tiltak. Studier har vist at kombinasjonen av kuldebehandling og øvelser gir redusert hevelse og bedre funksjon på kort sikt, noe som muliggjør tidlig rehabilitering og videre kan korte ned skadeavbrekket.

NSAIDs

NSAIDs kan brukes for å redusere smerte og hevelse. Det bør imidlertid tas hensyn til overdreven NSAIDs-bruk, ettersom det er forbundet med komplikasjoner og i tillegg kan forsinke den naturlige tilhelingsprosessen.

Immobilisering

Langvarig immobilisering (minimum 4 uker) har vist seg å resultere i dårligere ankelfunksjon enn bruk av øvelser og funksjonell støtte. Treningsterapi og tape/ortose er derfor foretrukket fremfor immobilisering i behandlingen av laterale ankelskader. Dersom immobilisering

POSTOPERATIVE REHABILITATION GUIDELINES

Week	Recommended programme
Week 1 to 3	Range-of-motion exercises (flexion, extension, pronation) for increased blood circulation. Cycling using stationary bike.
Week 2 to 12 (general programme)	Training of balance and co-ordination using tilt boards (Figure 4). Foot exercises: Roll a small ball with the foot, back and forth and from side to side. Wrinkle a towel. Pick up marble balls or small rocks. Closed-chain (weight-bearing) exercises. Walking: Walk with variable stride e.g. short steps, long steps, steps with increased flexion of the knee. Walk on tip-toe alternating with heel-walking. Jog on a soft mattress. Walk with a rubber cord around the ankles. Heel-raising (bilateral).
Week 2 to 5	Endurance and strength training: Isometric contractions in flexion, extension and pronation. Use a rubber cord and a weight-shoe. Train dorsiflexors, plantarflexors and pronators. For endurance training use a rubber cord and do at least 20 to 30 repetitions 3 or 4× at each training session.
Week 5 to 7	Increase the training by shortening the rubber cord and by using a weight-shoe.
Week 7 to 10	Heel-raises standing on one leg. Step-ups on a box. Step-ups using two boxes. Jog up and down and from side to side. Increase the weight of the weight-shoe for heavy weight training. It is important to train the pronators to achieve increased postural control and reflex training (shorten the reaction time of the peroneal muscles).
Week 9 to 12	Increased co-ordination training: Jog in intervals. A variety of jumps (use a skipping-rope). Jog with sharp turns. Cone training. Starts, stops and sprints. Slope training.
Week 10 to 12	Individual sports activity and team training.

Table 1: Suggested supervised rehabilitation programme based on peroneal muscle strengthening and co-ordination training.

Retningslinjer for postoperativ rehabilitering ved ankelskade, hentet fra Karlsson & Samuelsson (2010)

brukes for å behandle smerte eller ødem, bør det benyttes i maksimalt 10 dager, etterfulgt av funksjonell behandling.

Funksjonell støtte

Bruk av funksjonell støtte i form av ankelortose eller tape i 4-6 uker er foretrukket fremfor immobilisering. Mye tyder på at effekten av en ankelstøtte (ortose) er større enn bruk av tape (rigid sportstape eller kinesio tape).

Trening

Treningsbehandling ved overtråkk bør iverksettes tidlig etter en skade for å optimalisere gjenvinning av god ankelfunksjon. Trening kan også forebygge gjentakende eller tilbakevendende skader, samt redusere forekomsten av kronisk ankelinstabilitet. Øvelsesbehandling består hovedsakelig av nevro-muskulære og proprioceptive øvelser.

Manuell mobilisering

Studier har vist at manuell leddmobilisering etter et overtråkk kan gi en kortvarig økning i ROM (dorsalfleksjon) i ankelen. Man har i tillegg sett at mobilisering kan redusere smerte. Dersom man kombinerer mobilisering med andre behandlingsmodaliteter, som for eksempel treningsterapi, kan det gi bedre utfall enn kun mobilisering eller trening alene.

Kirurgi

Til tross for gode kliniske utfall av kirurgi etter både langvarige skader og akutte overtråkk, er konservativ behandling og trening fremdeles den foretrukne metoden, da ikke alle pasienter vil ha behov for kirurgisk behandling. Dette bidrar også til å unngå unødig eksponering for invasiv (over)behandling og unødvendig risiko for komplikasjoner. Beslutninger vedrørende behandlinger må imidlertid alltid gjøres individuelt. Blant toppidrettsutøvere kan kirurgisk behandling foretrekkes for å sikre raskere retur til idrett.

Kirurgi ved instabil ankel

Av de som får et ankelovertråkk, er det sannsynlig at mindre enn 10 % vil trenge stabiliserende kirurgi på et senere stadium. Før man velger kirurgisk behandling hos en

Table 7 Return to work and sports^{185 186}

Degree of inversion injury	Time from injury (weeks)	Restrictions	Overall tips and tricks
Distortion (depending on degree of pain/subjective limitation/severity)	2	Mostly sitting work Not exceeding 10 kg of lifting Limit standing and walking position on uneven surfaces	▶ Phased rehabilitation focusing on work/sport-specific tasks ▶ Scheduled progression of work activities ▶ Work-hardening and functional capacity evaluation ▶ Recognition of the emotional aspect of the situation ▶ Involvement of an occupational physician and therapist
Partial or total rupture of ligaments	3-4	Return to full work and sports depending on task requirements	
	3-6	Mostly sitting work Not exceeding 10 kg of lifting Limit standing and walking position on uneven surfaces	
	6-8	Return to full work and sports depending on task requirements and result of physiotherapy	
In case of surgery	2	Non-weightbearing cast and crutches	
	3-6	Weight bearing as tolerated Sedentary work resumed in case of weight bearing	
	>6	Cast is replaced by a brace	
	12-16	Return to physically demanding job and sports	

Vuurberg G, et al. *Br J Sports Med* 2018;**52**:956. doi:10.1136/bjsports-2017-098106

Anbefalt plan for retur til arbeid og idrett, hentet fra Vuurberg et al. (2018).

pasient med kronisk instabilitet i ankelen, bør man ha gjennomført et rehabiliteringsprogram basert på styrke- balanse- og koordinasjonstrening. Ca. 50 % av pasientene med kronisk funksjonell instabilitet i ankelen vil kunne gjenvinne tilfredsstillende funksjonell stabilitet etter 12 uker med et slikt program. Sykling i 10-15 minutter kan brukes som oppvarming og til å forbedre blodsirkulasjonen, mens tøying av leggmuskulaturen bør utføres etter hver treningsøkt.

Pasienter med høy grad av mekanisk instabilitet har dårligere prognose for å gjenvinne tilfredsstillende funksjon ved fysioterapi, og disse pasientene bør gjennomgå kirurgisk behandling.

Selv om mange forskjellige kirurgiske prosedyrer har blitt beskrevet,

er de fleste av disse varianter av tenodeser eller anatomiske rekonstruksjoner. Alle tenodeser ofrer normalt og i de fleste tilfeller velfungerende anatomiske strukturer, som regel senen til peroneus brevis eller peroneus longus. Anatomisk rekonstruksjon, der man bruker vev fra de skadde ligamentene, har vist seg å være teknisk enkel med svært få komplikasjoner, noe som gir tilfredsstillende funksjonelle resultater både på kort og lang sikt. Mekanisk stabilitet har også vist seg å være tilfredsstillende, og det korrelerer godt med funksjonelle resultater.

Anatomisk rekonstruksjon bør være det primære valget hos pasienter med kronisk ankelstabilitet, i stedet for de mer komplekse tenodesene. En positiv faktor er at normal ROM lett kan gjenvinnes under postoperativ rehabilitering etter anatomisk



rekonstruksjon. Redusert ROM er dessverre vanlig etter de ulike tenodesene, noe som er en stor ulempe for en utøver som har behov for fullt bevegelsesutslag i ankelen.

Andre behandlingsmodaliteter

Da det ikke foreligger sterke bevis på effekten av andre behandlingsmodaliteter som laser, ultralyd, elektroterapi, akupunktur eller vibrasjonsterapi, anbefales de ikke til behandling av akutte ankelskader.

Forebygging av ankelskader

Funksjonell støtte

Både tape og ortose spiller en rolle i forebyggingen av tilbakevendende ankelovertråkk, til tross for at det finnes begrenset bevis på hvilke mekanismer som fører til disse gunstige effektene. Valg av tape eller ortose bør avhenge av personlige preferanser.

Trening

Treningsterapi i form av koordinasjons- og balansetrening er effektivt for å unngå re-skade opptil 12 måneder etter det første overtråkket. Effekten av trening for å forebygge førstegangsskade er derimot uklart. Av den grunn er det anbefalt å starte treningsbehandling, særlig hos idrettsutøvere, så snart som mulig etter førstegangsskade for å forebygge gjentakende overtråkk. Dette bør inkluderes i vanlig treningsaktivitet i tillegg til hjemmebasert trening.

Skotøy

Grunnet motstridende bevis, foreligger det ingen anbefaling for bruk av enkelte typer sko for å forebygge akutte ankelovertråkk.

Retur til jobb og idrett

For å komme raskest mulig tilbake i arbeid, anbefales ankelstøtte og



umiddelbar funksjonell behandling i kombinasjon med en plan for returtilarbeid.

Veiledet trening som fokuserer på en rekke øvelser som proprioisjon, styrke, koordinasjon og funksjon, vil føre til raskere retur til idrett hos pasienter etter et overtråkk, og er derfor anbefalt. Se eget bilde for anbefalt opptrapping i belastning og retur til arbeid eller idrett.

Kilder:

1. Golanó, P. & Vega, J. (2013) Ankle sprain: diagnosis and therapy starts with knowledge of anatomy. *Aspetar*, 2(2): 234-242.
2. Karlsson, J. & Samuelsson, K. (2010) Ligament injuries of the ankle joint. *Aspetar*, 3(2): 382-387.
3. Vuurberg, G., et al (2018) Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. *Br J Sports Med*, 52(15):956. doi: 10.1136/bjsports-2017-098106.



INDIBA®
ACTIV THERAPY
MEDICAL PROIONIC SYSTEM



Indiba Activ Therapy – for rask rehabilitering og smertelindring. Indiba Activ Therapy for rehabilitering fokuserer på naturlige reparasjonsmekanismer i muskelvev for å gi pasienten en trygg, effektiv og smertefri rehabilitering. Hovedmålet ved behandling av både akutte og kroniske problemer er å redusere smerte og hevelse, og å redusere lengden på rehabiliteringsperioden.

ALFAcare

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

www.alfacare.no

occlude 
blood flow restriction exercise

Okklusjonstrening kan best beskrives som en fysiologisk snarvei til å oppnå muskelvekst og forbedret funksjon med minimal belastning av sener og ledd.





Fibromyalgi

Vi vet ennå ikke årsakene til fibromyalgi, men det forskes stadig for å øke forståelsen på mekanismene bak at pasienter utvikler FM.



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Fibromyalgi (FM) er en tilstand som mange kjenner igjen som kroniske smerter i muskler og ledd, og der 11 eller flere av 18 (bilde 1) definerte punkter er distinkt palpasjonsømme (med et trykk på ca. 4 kg). Dette noe diffuse diagnosekriteriet ble etablert i 1990 da Wolfe og kolleger (1) på The American Collage of Reumatology undersøkte 293 fibromyalgi-pasienter sammenlignet med en kontrollgruppe. Nå vet vi at FM i tillegg innbefatter uttalt fatigue (økt tretthet), søvnløshet og kognitive problemer. Ofte medfølger andre tilstander, og spesielt depresjon og irritabelt tarmsyndrom trekkes frem

som de mest vanlige (2). Litteraturen opererer med en prevalens på ca. 2-3 %, men så høye tall som 7 % er beskrevet, og kvinner utgjør om lag 90 % av pasientgruppen. Norge er et av landene med høyest forekomst av FM og pasienten havner ofte utenfor arbeidslivet. Helsevesenet har også lite konkret behandling å tilby annet enn konvensjonell smertelindring (som pasienten ofte responderer dårlig på), råd om håndtering av smerter, kosthold og fysisk aktivitet, sistnevnte er det tiltaket med best evidens. Pasienten kan ofte bli satt på Sarotex, et antidepressiv, da dette kan ha en smertelindrende og søvnforbedrende effekt. Per nå er det tre medikamenter på markedet i USA beregnet for pasienter med FM (pregabalin, duloxetine og milnacipran), men ingen av disse er godkjente for bruk i EU, da de kun

gir delvis symptomlette for et lite utvalg av pasienter (3).

I diagnoseprosessen er det viktig å få utelukket andre mulige årsaker til symptomene, men til syvende og sist er der utfylling av et skjema hos fastlegen som bestemmer hvorvidt man har FM eller ikke. I frykten for alvorlig patologi eller langvarige hel-seplager er det nok mange pasienter som synes det er godt å få en diagnose og en «knagg å henge det på». Setter man seg derimot inn i det lille vi vet om FM, kan det godt tenkes at dette fort kan få en ikke ubetydelig noceboeffekt – vi vet ikke hvorfor du er syk – vi vet ikke hva som får deg bra. Derfor er det viktig at vi som møter disse pasientene, kan levere en kunnskapsbasert behandling. Det er blant annet godt dokumentert at FM ikke øker risikoen for kreft,

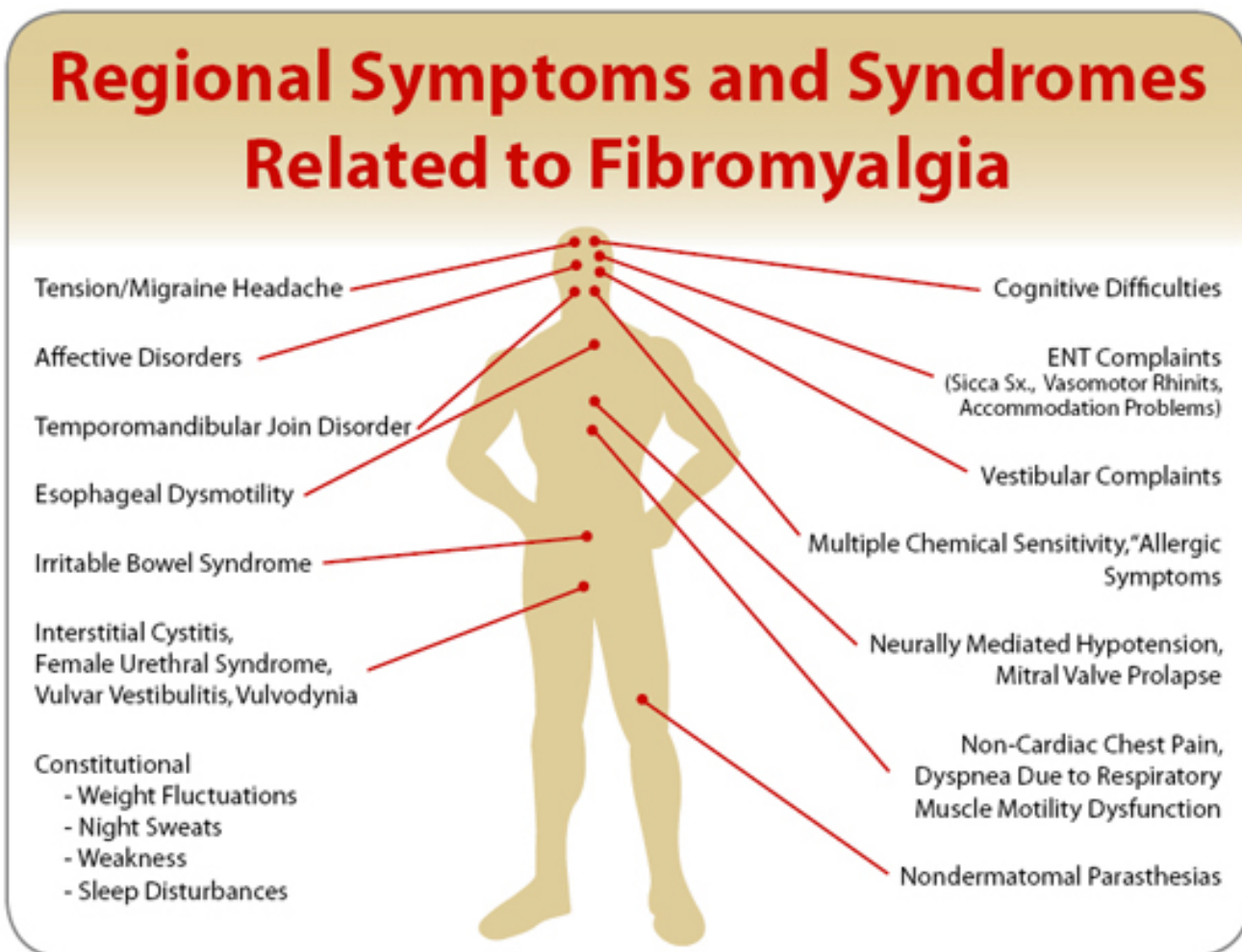
reumatisk bindevevssykdom og ødeleggelse av muskler og ledd. FM kan derimot vedvare i mange år, og for enkelte vil plagene avta etter hvert.

Man har ennå ikke klart å kartlegge årsakene eller alle mekanismene bak FM. Med de siste tiårs økende kunnskap og forståelse av smerte, sentral sensitivisering og psykososiale faktorer, har dette fått økt fokus. Samtidig leter man i forskningen etter fysiologiske markører som kjennetegner pasientene, og man tror nå at faktorer fra neurobiologi og immunologi er vel så sentrale for å finne svar på gåten FM. Den mest robuste fysiologiske markøren for fibromyalgipasienter er økt nivå av substans P i cerebrospinalvæsken som omgir ryggmarg og hjerne, opp mot tre ganger så høye nivåer som hos friske personer (2). For å avdekke dette må man utføre en spinal punksjon. Substans P er et peptid bestående av deler av aminosyrer og frigis fra terminaler

i sensoriske (afferente) nerver og sees i forbindelse med inflammasjon og smerte, med andre ord pasienter med FM har en inflammatorisk tilstand i sentralnervesystemet. Økte nivåer av substans P er derimot ikke et fenomen vi ser utelukkende i FM, men dette er også observert i andre kroniske smertetilstander som refleksdystrofi (CRPS – complex regional pain syndrome), migrene, daglige hodepiner, whiplash relaterte nakkeplager og skuldersmerte. Forskere på Karolinska Institutet i Stockholm har nylig vist at pasienter med FM har økt aktivisering av gliaceller i frontal- og temporal- (tinning) lappen, nærmere bestemt mikroglia. Gliaceller ble lenge ansett som å være kun støtteceller (glia betyr lim, fra gresk) for neuronene, men det har vist seg at disse er immunkompetente og viktige for neuronenes funksjon og helse. Hva årsaken igjen er til denne aktiveringen, vet vi ennå ikke, men forfatterne ser på dette som en mulighet for fremtidig

spisset medikamentell behandling for FM (4).

Andre fysiologiske fenomener som ofte opptrer ved FM, er økt eksitabilitet i membran og synaptisk effektivitet i spinale neuroner involvert i nocisepsjon, nedsatt aktivitet i nedadgående inhibitoriske nervebaner i sentralnervesystemet (CNS), og det er økt forekomst av andre proinflammatoriske markører som interleukin 6 og 8 og fraktalin (2). Morfin og andre opioider virker også å være mindre effektive mot FM enn andre smertetilstander som for eksempel smerte ved akutt skade. Mange av fenomenene som beskrives hos pasienter med FM, har mange likhetstrekk med PTSD (posttraumatisk stressyndrom) og depresjon. Disse er også ofte tilstander som er overrepresentert hos personer med FM. Det er rapportert om økt forekomst av FM hos personer med historikk overgrep som barn.

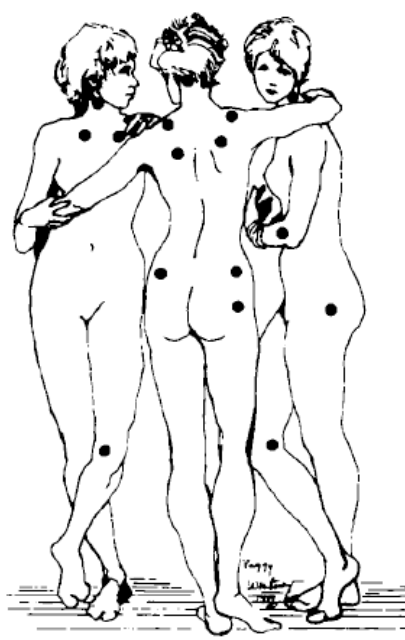


Medfølgende symptomer og komorbiditeter



Det synes tydelig at FM er sterkt påvirket av prosesser i CNS, som sentral sensitivisering. De siste årenes paradigmeskifte i forståelse av smerte og økt forståelse om hva som skjer med opplevelsen av smerte over lang tid, er i høyeste grad aktuell for denne gruppen også. Langvarige smerter har vist seg også å endre kognisjon og emosjon, og dette er observert både hos pasienter med FM, CRPS og langvarige korsryggssmerter. Nedsatt korttidshukommelse og endret beslutningsevne kan tilskrives rent morfologiske endringer (atrofi i gråsubstans) som observeres i frontallappen i hjernen (5). Det synes å være en global stressrespons som involverer nervesystemet (både perifere, sentrale og autonome), det endokrine systemet (hormonregulering) og immunsystemet. Chapman og kolleger (5) beskriver disse 3 systemene som et supersystem (se bilde) som i stor grad aktiveres i fellesskap, spesielt i relasjon til stress

og langvarige smertetilstander. Det er dette supersystemets oppgaver å imøtegå stress (både psykisk og fysiologisk) for å opprettholde krop-



Smertepunkter definert av Woolfe (1990)

pens homeostase, det vil si ivareta det indre miljøet i kroppen som er en forutsetning for organismens overlevelse. Dette relaterer seg blant annet til regulering av blodgasser, pH-verdi, væskebalanse, blodtrykk og temperatur. Denne kontinuerlige prosessen er det som beskrives som alostase, og type stress og varighet av dette bestemmer den alostatiske belastningen, som er et vanskelig kvantifiserbart begrep men beskriver den totale kostnaden (bruk av ressurser, f.eks. energi og hormoner) stress påfører kroppen.

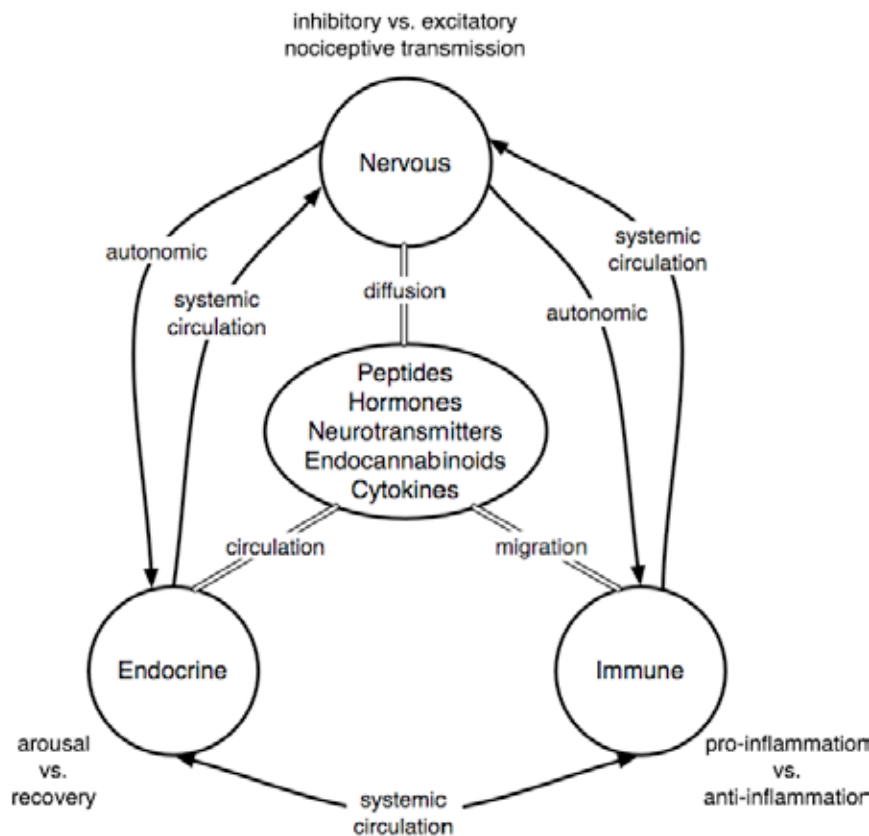
Dysfunksjon i supersystemet virker som en av de bakenforliggende årsakene til at kroniske smertetilstander får utvikle seg, men mekanismene bak er ennå ikke kartlagt og forstått. Chapman trekker frem dysregulering av subsystemene som en mulig årsak til manglende adaptasjon. Faktorer som endret døgnrytme, utilstrekkelig restitusjon og langvarig stress nevnes som mulige

årsaker. I tillegg er det mange sykdommer og tilstander som vi vet kan påvirke de tre subsystemene, og det sier seg selv at dette kan være enormt komplekst.

Pasienter med fibromyalgi er en gruppe som per i dag ikke har et fullgodt tilbud i helsesystemet, og mye av grunnen til det er manglende kunnskap om tilstanden. Men det er sterke holdepunkter for at FM langt i fra er kun en psykisk betinget tilstand, men en kompleks tilstand de mange faktorer kan spille inn, og pasientene kan ha reelle fysiologiske og morfologiske forandringer. På slutten av det hele må jeg trekke frem at av tiltakene som per nå viser best evidens for fibromyalgi, er fysisk aktivitet, så på tross av manglende kunnskap er dette en gruppe vi heldigvis kan hjelpe på veien mot bedre helse.

Referanser

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Cark P. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Arthritis Rheum. 33, 1990.
2. Lyon P, Cohen M, Quintner J. An Evolutionary Stress-Response Hypothesis for Chronic Widespread Pain (Fibromyalgia Syndrome) pme_1168 1167..1178. Pain Medicine. 12, 2011.
3. Bäckryd E, et al. Evidence of both systemic inflammation and neuroinflammation in fibromyalgia patients, as assessed by a multiplex protein panel applied to the cerebrospinal fluid and to plasma. J Pain Research. 10, 2017.
4. Albrecht DS, et al. Brain glial activation in fibromyalgia – A multi-site positron emission tomography investigation. Brain, Behavior, and Immunity. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.09.018>, 2018.
5. Chapman CR, Tuckett RP, Song, CW. Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal, Endocrine and Immune interactions. J Pain. 9, 2008.
6. Apkarian AV, Baliki MN og Geha PY. Towards a theory of chronic pain. Prog Neurobiology. 2, 2009, Vol. 87.



Chapmans modell for supersystem

DIREKTE TILGANG UPDATE OSLO, 7. - 8. DESEMBER

Er du komfortabel med å ta imot pasienter uten henvisning?

Benytt anledningen til å bli trygg i din nye yrkesrolle!

Primærkontaktkurs for fysioterapeuter og manuellterapeuter.

Kursholdere er erfarne leger, manuellterapeuter, fysioterapeuter m.m.

Les mer på www.manuell.no/update

Isometri og tendinopatier – hvor står vi nå?

For tre år siden skrev jeg om isometrisk trening som smertedemping for tendinopatier i dette bladet. Ebonie Rio sin artikkel (1) viste meget lovende resultater på smertedemping for patellar tendinopati (PT), og håpet var jo at dette funnet kunne reproduseres i større studier og kunne overføres til andre tendinopatier. Hvor står vi tre år senere?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

For å oppsummere raskt så viste Rio sin studie på seks volleyballspillere med PT at isometriske øvelser (45 sekunder x 5 på 70% av MVC med 2 min. pause mellom serier) gjort før ettbens knebøy, reduserte smerten med 87% på Numerical Rating Scale (NRS). Sammenlignet med isotone øvelser, som for øvrig ga en smertellette på 42%, vedvarte smerteletten

etter isometriske øvelser også ved retest etter 45 minutter, i motsetning til de isotone. Det er vel etablert at tendinopatier skal belastes, og isometriske hold vil derfor være et godt alternativ i reaktive faser der målet er å smertelindre og komme i gang med et belastningsregime. I tillegg kommer fordelene av isometriske øvelser gjennom muskulære påvirkninger og styrkeeffekt, tilgjengeligheten som følger med enkle øvelser, liten tidsbruk og få/ingen krav til utstyr og enkel justering av dosering og utgangsstilling. Rio viste igjen i 2017 (2) at isometriske øvelser hadde

bedre effekt på smerte enn isotone øvelser hos volley- og basketballspillere med PT i sesong, og at denne smertedempingen kan bidra til å tolerere en høyere treningsbelastning. På tross av at det er manglende evidens for denne effekten for andre tendinopatier i underekstremitetene (3), anbefales nå isometriske øvelser som tiltak for underekstremitetstendinopatier (4).

Ut fra de lovende resultatene på PT har det vært fristende å ekstrapolere funnene til tendinopatier andre steder i kroppen, og isometriske øvelser har blitt fremsatt som et



Isometrisk kneekstensjon for patellar tendinopati



Isometrisk dorsalfleksjon for lateral albuetendinopati



Isometrisk plantarfleksjon for achillestendinopati



Isometrisk abduksjon+eksternrotasjon for rotatorcuff tendinopati

godt alternativ for både achillestendinopati, lateral albuettendinopati, rotator cuff tendinopati og plantar fasciopati. Personlig har jeg gode, men varierende, resultater med å bruke isometriske øvelser for disse tilstandene, og dette gjenspeiles i den sparsomme forskningen som foreligger. Der den smertedempende effekten på PT har vært tydelig, er funnene vedrørende andre tendinopati vesentlig mer sprikende. Det foreligger enda mindre forskning på isometriske øvelser og tendinopati i overekstremitetene, og man har i de forsøkene som er gjort, ikke funnet den samme effekten på smertedemping som de fant for PT. For pasienter med lateral albuettendinopati fant man faktisk at isometriske øvelser på en belastning over pasientens smerteterskel økte symptomene etter treningen (5). Isometrisk belastning under smerteterskel hadde ingen påvirkning på symptomene. For rotator cuff tendinopati foreligger det per dags dato ingen artikler som spesifikt ser på hvilken effekt isometriske øvelser har på smerte, men det er i det minste én som er planlagt (6).

Isometriske øvelser ser ut til å ha en smertedempende effekt hos friske, uavhengig av lokalisasjon, men hos pasienter med kroniske smertetilstander ser vi ikke samme effekt

(5). Det er flere mulige årsaker til dette, men sentral sensitivisering er fremsatt som en av de mer sentrale (7). Tendinopati i overekstremitetene ser foreløpig ut til å være nærmere knyttet til sentral sensitivisering enn tendinopati i underekstremitetene, og selv om sentrale sensitiveringsmekanismer også kan knyttes til underekstremitetstendinopati (8), er kanskje dette en årsak til at vi foreløpig ikke ser de samme resultatene ved isometriske øvelser for overekstremitetene som ved patellar tendinopati. Det trengs i det minste vesentlig mer forskning for å gi oss gode svar, og i fravær av disse svarene er det viktig at vi ikke er for raske i ekstrapoleringen og gjør isometri til en nødvendighet eller panacea for tendinopati generelt. Og akkurat dette mener jeg er et viktig poeng – at det ikke er en nødvendighet å lykkes med isometriske øvelser i startfasen av et rehabiliteringsopplegg for tendinopati. For underekstremitetene ser det ikke ut til at isometrien gir symptomforverring, og selv om det ikke nødvendigvis gir symptomlette, så er det i det minste en fin inngang for å begynne et belastningsregime, og en enkel måte å trene på som vil ha effekt på muskelstyrken. Men det er bare én av flere mulige innfallsvinkler, og man kan derfor prøve seg frem fra pasient

til pasient og bruke det hos de som ser ut til å respondere godt på øvelsen(e). For tendinopati i overekstremitetene bør vi være klar over at det i det minste for laterale albuettendinopati kan være en risiko for symptomøkning i etterkant. Om dette gjelder andre tendinopati i overekstremitetene gjenstår å se, men vi skal i det minste være klar over at det finnes andre måter å belaste på, som både konsentriske, eksentriske og isotone øvelser, som også kan gi både symptomreduksjon, bedret funksjon og styrkeøkning.

Oppsummert kan vi ikke i 2018 si at isometriske øvelser er «paracet-øvelser» for tendinopati generelt, og for alle andre tendinopati enn PT er vi fortsatt på «prøve-og-feile stadiet» der vi kan benytte oss av dem dersom de gir resultater. Dette er kanskje litt skuffende ut fra tendensene vi så for tre år siden, men det gjenstår fremdeles mye forskning som kan endre dette bildet. Jeg kommer i det minste til å fortsette å bruke dem som en mulig inngang til belastning, men samtidig være klar over at det ikke er en nødvendighet å få dem til å fungere før jeg progredierer videre til dynamiske øvelser.

Ta kontakt med redaksjonen for referanser.

Nervus vagus

- Samspillet mellom hjerne og mage

Vagusnerven er kjent som «den vandrende nerve» på grunn av sitt utspring fra den forlengende marg i bakhjernen og helt ned i bukhalen (1). Her er den innom mange organer som blant annet hjerte, lunger og mage- og tarmkanalen, hvor det sendes sensoriske, motoriske og parasympatiske nervefibre begge veier. Denne funksjonen er nødvendig for å få informasjon om organenes tilstand, en såkalt «mind-body» feedback. Eksempelvis er det vagusnerven som signaliserer når kroppen kan slappe av og skape en indre ro «rest-and-digest», og når kroppen må forberedes for farlige situasjoner, «fight-or-flight».



AV ANDREA NÆSS
M.S.C. HUMAN ERNÆRING

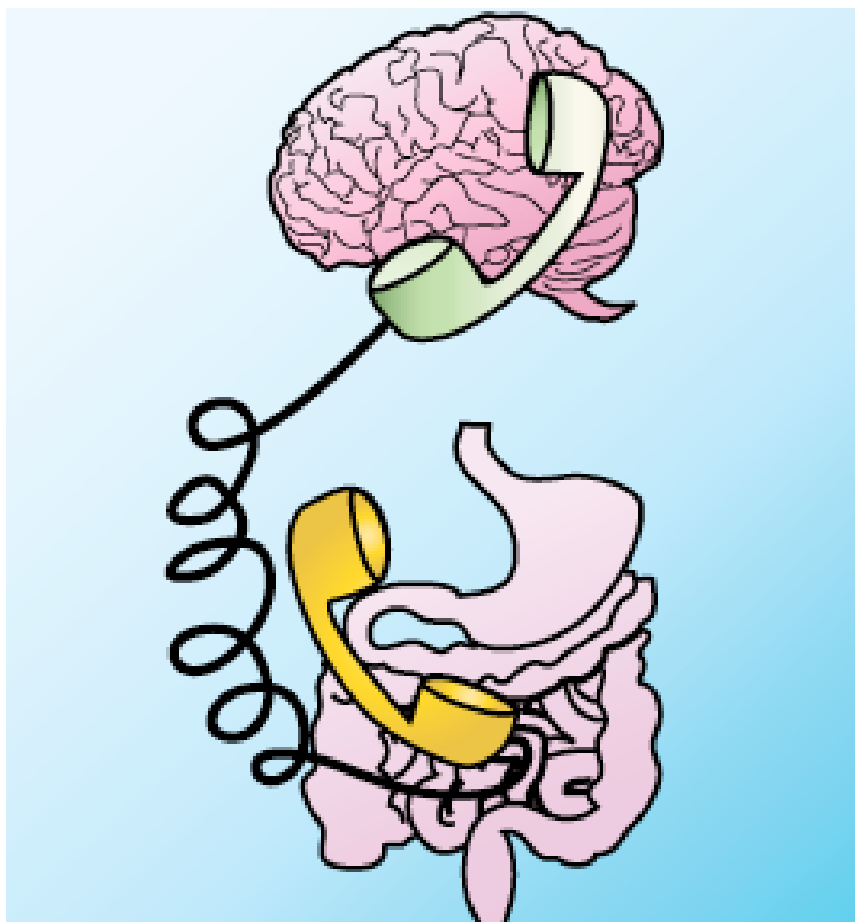
Fordøyelseskanaalen

Selv om mage- og tarmkanalen inneholder et nettverk av nerver som sikrer en uavhengig kontroll over funksjoner knyttet til fordøyelsen, bidrar sentralnervesystemet med nerver som regulerer disse funksjonene (1). Vagusnerven står for den parasympatiske forsyningen til fordøyelseskanaalen som er en del av det autonome nervesystemet. Det vil si at vi ikke har kontroll over denne aktiviteten, men at kroppen tar styringen for å opprettholde likevekt. Mer spesifikt bidrar vagusnerven til å aktivere en rekke hormoner via nerveceller som påvirker mage-tarmkanalen. Dette er viktig for at magesekken skal ha avslappet muskulatur, forlenget tømmingstid og riktig motilitet – magesekkens evne til å bevege seg og sørge for at maten eltes og blandes godt. På tross av vagusnervens indirekte påvirkning på mage-tarmkanalen, kan noen nerveceller reagere direkte med næringsstoffer etter absorpsjon i tarmen. Aktiviteten til disse nervefibre reguleres også av aminosyrer, noe som styrker korrelasjonen mellom spesifikke nerveceller og matinntak.

Overvekt og fettholdig kosthold

Det har blitt forsket på vagusnerven i sammenheng med overvekt, og flere laboratoriske studier utført på både mennesker og dyr viser at vagusnervens evne til å samhandle med nerveceller i fordøyelseskanaalen er svekket ved overvekt eller ved

et fettholdig kosthold (2,3,4). Oppsummeringsvis tyder disse studiene på at ved overvekt eller et forhøyet fettinntak, kan metthetshormonet Leptin forstyrres, slik at spenningen i magesekken hemmes og ønsket om å øke inntaket av mat fremmes (5).





Tarmbakteriene

Flere forskere forbinder vagusnerven til det menneskelige mikrobiomet - økosystemet av mikroorganismer, bakteriene i kroppen vår (6). Disse bakteriene utfører viktige oppgaver som kroppen ikke klarer på egen hånd, og deres funksjon er vårt beste forsvar mot andre bakterier. Professor Tore Midtvedt ved Karolinska Institutet i Stocholm hevder at tarmbakteriene våre er viktigere enn immunforsvaret. Tarmbakteriene og hjernen sender beskjeder til hverandre, noe som betyr at vi kan påvirke bakteriene, men at de også kan påvirke oss, - den såkalte «microbiota-gut-brain-axis» (7,8,9). Tarmbakteriene aktiverer vagusnerven

direkte under tilstander der permeabiliteten til tarmen er forstyrret (lekk tarm). Det hevdes at tarmbakteriene kan aktivere vagusnerven indirekte ved å stimulere og frigjøre nevroaktive mediatorer som aktiverer immunsystemet. Størsteparten av immuncellene i kroppen er lokalisert i tarmen. Vagusnerven foreslås å kommunisere med immunsystemet ved å påvirke appetitt, fordøyelse og sykdomsoppsørsel når en betennelse oppdages.

Stress

Nyere forskning har belyst vagusnervens rolle ved psykiske aspekter som stress, angst og depresjon (10). Det har lenge rådd tvil om disse plagene sitter i hodet eller magen hos pasienten, men at det nå kan være grunnlag for å hevde både – og (8,9,10). Stressmage har blitt en folkesykdom, og en livsstil med blant annet stressende jobb, lite søvn, uregelmessig matinntak og mye kaffe er hverdagen for mange. Dette kan resultere i en vond og vanskelig mage som fremmer psykiske problemer eller omvendt, - en ond sirkel. Professor Arnold Berstad ved Haukeland Sykehus var med på å avdekke de første

interessante funnene rundt temaet. Undersøkelsene viste at pasienter med psykiske problemer hadde redusert aktivitet i vagusnerven. Dette åpner for spørsmålet om sentrale aktiviteter og arbeidsoppgaver i fordøyelseskanalen blir forsømt? I tillegg til kognitiv behandling for disse pasientene har forskerne funnet ut at muskelavslappende medikamenter hjelper, en arbeidsoppgave som et velfungerende samspill mellom vagusnerve og tarmkanal kan løse.

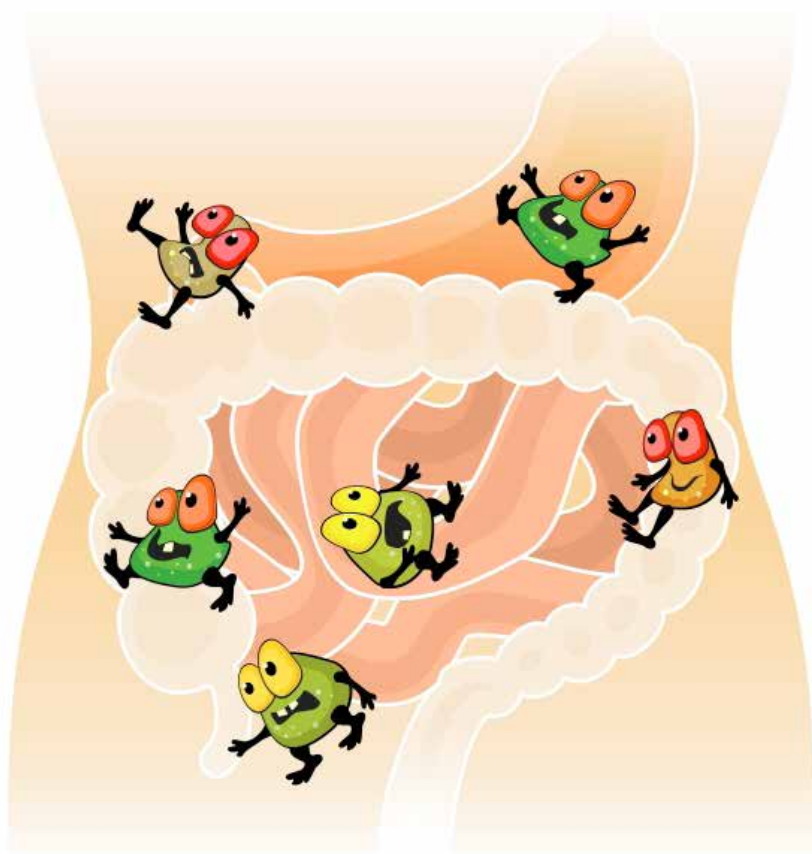
Oppsummering

Vi vet med sikkerhet at både fordøyelseskanalen og ryggmargen er knyttet til et omfattende nervesystem (1). Samspillet mellom hormonproduserende celler, immunceller og nerveceller i ryggmargen er godt dokumentert; tarmen påvirker hjernen og omvendt. Derfor er det også god grunn til å lure på hva som skjer når kommunikasjonen mellom oss og milliarder av våre indre bakterier endres. Det er påvist at vagusnerven er ekstremt verdifull ikke bare for å opprettholde et stabilt indre for et flertalls organsystemer, men også for å regulere appetitt, fordøyelse og sykdomsoppsørsel. Videre forskes det på om vår tarmflora kan knyttes opp mot adferdsmessige og nevrobiologiske aspekter (8,9). Tidligere studier foreslår en interaksjon mellom tarmbakterier og deler av hjernen som er forbundet med humør og atferd. Disse funnene utfordrer tanken om at «the microbiota-gut-brain-axis» kan spille en viktig rolle for vår generelle helse og atferd.

Ta kontakt med redaksjonen for referanser.

Godt samspill mellom hode og mage krever:

- sunn kroppsvekt
- variert kosthold
- tarmflora med mangfold
- tilstrekkelig med søvn
- regelmessig livsstil





Den Kliniske Kraften

Klinikere innehar enorme krefter. Vi har evnen til å påvirke pasientens tankesett direkte, både gjennom hva vi sier og hva vi gjør. Vi har evnen til å plante en idé og se denne modnes med synaptisk aktivitet hos personen foran oss. Som klinikere har vi Den Kliniske Kraften. Og akkurat som den unge Luke Skywalker fra Star Wars-filmene, står vi overfor et valg – bruker vi kraften for det gode eller det onde?



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Kenneth Arrow, Nobelprisvinner i økonomi, beskrev begrepet «informasjonsassymmetri» som problemet forbrukere står overfor når man har lite kunnskap om en vare eller et produkt. Informasjonsassymmetri møter vi mange steder og i forskjellige samfunnslag. Finansielle rådgivningsinstitusjoner, meglerhus og bilsalg er bare noen av bransjene som er kjent for å ha lang avstand mellom kunden og rådgiveren.

Men få steder er informasjonsassymetri så tydelig som i helsevesenet.

Kunnskapshullet mellom helsepersonell og pasienter flest er så stort at pasienter kjemper med dårlige odds. Det er godt dokumentert at et urovekkende antall pasienter ikke er i stand til å motta, analysere og tolke informasjon som er kritisk for å ivareta deres egen helse og velvære [1]. Denne informasjonsassymetrien er også en medvirkende faktor til at beslutningstakingen i helsevesenet i stor grad foregår hos helsepersonellet selv, og ikke som en felles beslutning mellom pasient og kliniker. På tross av moderne begre-

per som «delt beslutningstaking», hvor man under optimale forhold har en balansert avgjørelse med alle parter involvert. Dette begrepet blir, i en kontekst av manglende forståelse hos pasienter, et utvannet begrep som i liten grad inneholder reell substans og representerer virkelighetens kliniske praksis [2]. Pasienten er dessverre svært ofte fullstendig avhengig av klinikeren foran seg og hva denne formidler.

Problemene med helseforståelse skaper noen veldig viktige dilemmaer. Klinikere kan anbefale

Fortsettelse side 20

Beskjeder - til helsepersonell - fra pasienter (med ryggplager) (som oppstod fra den aktuelle kvalitative studien. Tabellen fra studien er oversatt)

Vi synes IKKE det hjelper når du...

- Ikke lytter til oss
- Avbryter oss
- Ikke vurderer våre forventninger
- Gir oss inkonsekvent informasjon
- Gir oss skremmende informasjon
- Gir informasjon vi ikke forstår
- Ikke gir en oss en tydelig forklaring på smertene våre
- Ikke støtter oss
- Ikke involverer oss i vår rehabiliteringsplan
- Ikke gir oss en tydelig tiltaksplan
- Ikke skriver ned ting for oss
- Avskriver oss som syke
- Klandrer oss for våre problemer
- Har det travelt og bruker lite tid på oss
- Ikke følger oss opp
- Overbehandler oss unødvendig

Holopainen R, Piirainen A, Heinonen A, Karppinen J, O'Sullivan R. (2018) From "Non-encounters" to autonomic agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. *Musculoskeletal Care*. 2018;1-9

Vi synes det HJELPER når du...

- Er trygg og grundig
- Bryr deg og tar deg tid til å lytte til våre bekymringer og frykter
- Kan forstå hvordan smerte påvirker livet vårt
- Forklarer hvorfor vi har smerte, med enkle ord
- Gir oss eksempler og ressurser
- Forsikrer oss og bygger selvtilliten vår
- Er empatisk og støttende
- Oppsummerer ting for oss
- Forstår våre mål og omstendigheter i livet
- Husker at vi er mennesker
- Bruker humor med oss
- Får oss til å føle oss trygge
- Hjelper oss til å reflektere og bli oppmerksomme på kroppen vår
- Setter oss i førersetet, med deg som veileder
- Gir oss tid
- Gir oss klare instruksjoner og en langsiktig plan som er fleksibel og tilpasset våre liv
- Hjelper oss til å endre vår livsstil
- Gir oss tilbakemeldinger
- Lar oss kontakte deg
- Får vår familie involvert i vår omsorg

@LennartBentsen

Beskjeder som kan hjelpe hos pasienter med uspesifikke korsryggssmerter

Promotere en biopsykososial tilnærming til smerten

- 'Ryggsmerter betyr ikke at ryggen din er skadet – det betyr at den er sensitisert'
- 'Ryggen din kan bli sensitisert av ubehagelige bevegelser og stillinger, muskelspenninger, inaktivitet, søvnmangel, stress, engstelse og nedstemthet'
- 'De fleste ryggssmerter kommer av mindre forstuinger som kan være veldig smertefulle'
- 'God søvn, trening, sunt kosthold og å kutte ned på røykingen vil også hjelpe ryggen din'
- 'Hjernen er en forsterker – jo mer du bekymrer deg og tenker på smerten din, jo verre blir det'

Promotere resiliens

- 'Ryggen din er en av de sterkeste strukturene i kroppen'
- 'Det er veldig sjelden med varig skade i ryggen'

Oppmuntre til normal aktivitet og bevegelse

- 'Avslappet bevegelse vil hjelpe ryggsmertene dine til å avta'
- 'Ryggen din blir sterkere med bevegelse'
- 'Bevegelse er smøring'
- 'Å beskytte ryggen din og unngå bevegelse kan gjøre deg verre'

Adresser bekymringer om bildefunn og smerte

- 'Forandringene på bildene dine er normale, som grått hår'

Beskjeder som kan skade hos pasienter med uspesifikke korsryggssmerter

Promotere en tro på strukturelle skader/funksjonsfeil

- 'Du har degenerasjon/artrose/skivebukning/skivesykdom/skiveutglidning'
- 'Ryggen din er ødelagt'
- 'Du har ryggen til en 70-åring'
- 'Det er slitasje'

Promotere frykt forbi akutt fase

- 'Du må være forsiktig/ta det med ro fra nå av'
- 'Ryggen din er svak'
- 'Du bør unngå å bøye/løfte'

Promotere negative framtidsutsikter

- 'Ryggen din slites ut med alderen'
- 'Dette vil du ha resten av livet'
- 'Jeg blir ikke overrasket om du ender opp i rullestol'

Smerte betyr fare

- 'Stopp hvis du kjenner noen smerte'
- 'La smerten guide deg'

O'Sullivan, P., & Lin, I. (2014). Acute low back pain: Beyond drug therapies. *Pain Management Today*, 1(1), 8-13

@LennartBentsen

Positive og negative faktorer og forklaringer. Oversatt av Lennart Bentsen. Adaptert fra referert forskning.



behandling av minimal nytteverdi fordi

- Det er finansielt lukrativt
- Det er enkelt og skaper fornøyde pasienter
- Ukritiske og/eller uoppdaterte klinikere fungerer på autopilot
- De tror genuint på tjenesten de leverer, på tross av manglende dokumentasjon

Den uinformerte befolkningen

Siden helsevesenets opprinnelse har manglende helseforståelse gjort at mange klinikere kan ha bedrevet det mange vil anse som kritikkverdigg praksis parallelt med svært lite ettersyn og kontroll. I Norge har refusjonsordningene inntil nylig vært tilnærmet statiske, slik at man har skapt en kultur rundt hva som anses som standard praksis blant klinikere, og samtidig skapt en forventningskultur hos pasientene. Omfanget av misoppfattelser i befolkningen er godt dokumentert – og de ser ikke ut til å forsvinne, men snarere finne fotfeste som etablerte sannheter [3-9]. Dette belyser samtidig den viktige rollen klinikere har i å formidle nøyaktig, forståelig og korrekt helseinformasjon. Spesielt viktig er dette når man ser at pasienter har høyere tiltro til helsepersonell enn andre informasjonskilder. Vår kommunikasjon må derfor ha et enkelt, spisset budskap som respekterer pasienters evne til helseforståelse. Dessverre peker forskningen i feil retning på en del av disse punktene:

- Store studier viser at klinisk praksis ofte skjer stikk i strid med retningslinjer [10,11]
- Pasientkommunikasjon bærer preg av noceborikt språk [12]
- Førstelinjeterapi er i mange tilfeller for dårlig [13-15]
- Klinikere vektlegger sine egne bias tyngre enn forskningslitteraturen [16-18]
- Marginale billedfunn med tvilsom betydning vektlegges for å beskrive symptomer [19-21]

Noceboordboka

På tross av at vi må innrømme at mange av de store spørsmålene innenfor muskelskjeletthelse er ubesvart, er det allikevel en rekke

Helsevesenets Berlinmur. Avstanden mellom kliniker og pasient.

tiltak som kan iverksettes allerede nå basert på den litteraturen som foreligger. Men vi kan ikke en gang håpe at befolkningen vil konfrontere misoppfattelser dersom profesjoner og klinikere selv ikke er villig til å adressere skjelettene i skapet.

Mens mange klinikere vil bruke tusenvis av kroner på kurs som trener manuelle teknikker og praktiske ferdigheter, er det overraskende få som bruker ressurser på pasientkommunikasjon og forståelsen av hvordan smerteopplevelsen former pasientens liv. Med vår viten om manglende helseforståelse i befolkningen blir det enda viktigere å veie ordene våre. Det er en lang vei mellom hva vi (mener vi) har sagt, og hva pasienten sitter igjen med som det endelige budskapet.

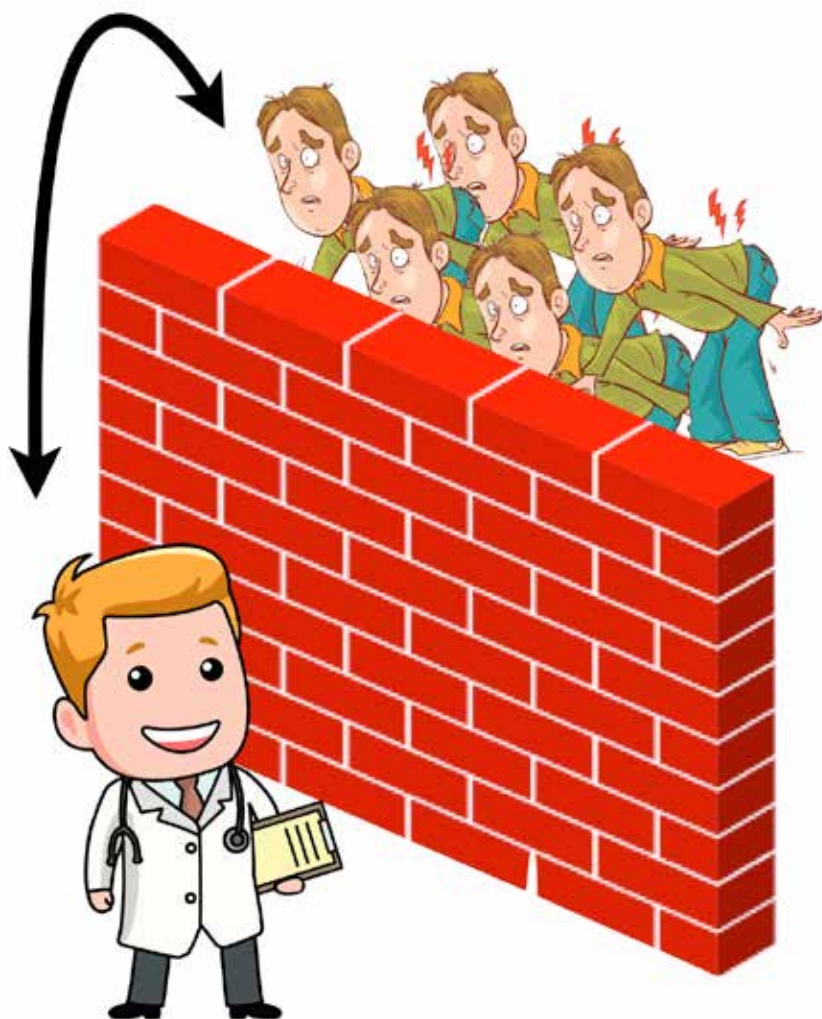
Det er gjort flere studier på dette, og noen lister med flere forslag basert

på disse er tilgjengelig. Mye av dette er fra engelsk litteratur, men fysioterapeut Lennart Bentsen har oversatt noe av det [22-25] (se bilde 2-4).

Unngå de mørke kreftene

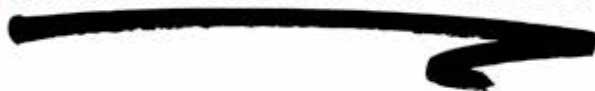
I Star Wars-filmene kjemper Luke Skywalker en langvarig kamp mot de mørke kreftene. På samme måte må klinikere finne balansen mellom terapeutisk alliansebygging og sykeliggjøring. Her er noen tips på veien:

1. Bygg robusthet. Kapasiteten i den menneskelige kroppen kjenner ingen grenser. Vår kommunikasjon om smerter bør reflektere dette. Hadde ikke kroppen vært tilpasningsdyktig, hadde vi ikke hatt paralympics. Bruk visuelle og positive eksempler for å underbygge dette, i stedet for å spre usikkerhet omkring fremtiden og prognosen. Ikke trivialiser smerteopplevelsen – anerkjenn





Når du kommer hjem, hvordan vil du forklare problemet ditt til en venn, et familiemedlem eller din ektefelle?



Kieran O'Sullivan test

og kontekstualiser den – men unngå å bruke språk som indikerer at kroppen behøver ro og beskyttelse. Bruk et språk som underbygger pasientens egne ressurser og fokuserer konsekvent på hva pasienten kan, mer enn å rette oppmerksomheten mot det de ikke kan.

2. Fokuser på funksjon – ikke struktur. I lang tid har vi klinikere pekt på marginale bildefunn og assymetrier for å forklare smerte. Dette synet er utdatert, og vi har etter hvert god dokumentasjon for hvordan denne tankerekken faktisk skaper mer funksjonstap, smerte og usikkerhet pasienter. Fokuser derfor mer på pasientens egne ressurser og muligheter. Ikke la pasienten forlate rommet med troen på at bekkenet deres er skjevt eller at en fot er for lang eller kort. Sørg for at kommunikasjonen understøtter målet med mer bevegelse, og at budskapet forsterkes gjennom konsultasjonen. Smerter ved bevegelse er sjelden et tegn på reell og alvorlig vevsskade og handler oftere om sensitivisering.
3. Bruk målsetting for å stimulere motivasjon. La en grundig anamnese gi deg nyttig informasjon

om pasientens konkrete, funksjonelle målsettinger. Du vil bli overrasket over hvor store variasjoner det er. Noen ønsker bare å kunne leke med barnebarna på gulvet. Noen vil kunne gå en tur i skogen med kona uten å tenke på at turen blir for lang eller foten for smertefull. Andre igjen har en konkret målsetting i en idrett eller et arrangement. Gjennom denne prosessen vær klar på hvilke målsettinger dere setter i fellesskap og ikke minst utvikle konkrete strategier for hvordan dere sammen skal oppnå disse.

4. Bruk metaforer og visuelle hjelpemidler. Vi vet at metaforer fungerer bedre når man skal forklare komplekse mekanismer – spesielt innen helse. Forklar derfor smerte ut i fra moderne fysiologisk forståelse, men benytt deg av enkle metaforer og forklaringsmodeller. Bruk videoer og bildemateriell som et supplement i pedagogikken. Det kan anbefales bøker av Louis Gifford ('Aches and Pains') og videoer på youtube ('Tame the Best' og 'Understanding pain in less than 5 minutes'). Sørg for at metaforene og kommunikasjonen du bruker hele tiden understøtter ditt grunnleggende budskap om

at bevegelse både er trygt og effektivt for å lindre smerte og bedre funksjon.

5. Test pasientene. De fleste av oss opplever nok at kommunikasjonen vår med pasientene er relativt god. Pasienten nikker stort sett anerkjennende og svarer et bekræftende «Ja» på våre spørsmål. En av de mest ydmykende og edruelige testene man kan gjøre er den såkalte «Kieran O'Sullivan test», navngitt etter den velkjente ryggforskeren. Den går simpelthen ut på, ved slutten av konsultasjonen, å be pasienten fortelle tilbake til deg hvordan de vil forklare problemet sitt når de kommer hjem til en venn, et familiemedlem eller en ektefelle. Du vil bli overrasket over hvor lang avstanden er mellom hva du (tror du) har formidlet og hvordan pasienten har tolket det. Allikevel er dette kanskje én av de mest undervurderte testene vi kan gjøre, når vi snakker om pasientkommunikasjon, terapeutisk allianse og evnen vi har til å skape meningsfylte endringer i våre pasienters liv.

Ta kontakt med redaksjonen for referanser.



Modicforandringer

– nytt håp eller ny blindvei?

Korsryggssmerter er etter hvert viden kjent som en kostbar byrde for samfunnet, en psykisk og fysisk belastning for individet og en klinisk hodepine for fysioterapeuten. Modicforandringer har skapt mye interesse, og denne kulminerte i 2013 hvor en dansk studie viste at mange pasienter med Modicforandringer hadde svært god effekt av antibiotikabehandling. Men hva er status på Modic i 2018, og hva betyr de for deg?



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

På tross av at vi nå vet at korsryggssmerter representerer en betydelig belastning for samfunn og individ gjennom tapt arbeidskraft, sykmeldinger og uførhet [1-3], er det dessverre fortsatt mange ubesvarte spørsmål vedrørende optimal behandling av disse pasientene [4].

Vår tradisjonelle kategorisering av pasienter – beskrevet som diagnostisk triagering av Gordon Waddell - medfører fortsatt at majoriteten havner under den uheldige merkelappen «uspesifikke korsryggssmerter» [5]. Denne utilfredsstillende resonneringen har gjort at forskere kontinuerlig leter etter nye funn hos ryggpasientene som kan gjøre vår diagnostiske jobb enklere.

Hva er Modicforandringer?

På tross av at interessen rundt

Modicforandringer nå er stor, ble dette fenomenet først beskrevet for over 25 år siden av Michael Modic [6]. Han fant et mønster av endeplateforandringer på MR skanninger som han kategoriserte etter type I, II eller III. Type I beskriver forandringer i endeplatene hvor man ser extracellulært vann og vaskularisert vev i omkringliggende benmarg. I type II observeres at de hematopoetiske elementene av benmargen er byttet ut med fettvev. I type III ses sklerosert benvev [7,8]. Med andre

Ønsker du å tilby produkter fra

BAUERFEIND®

til dine pasienter?

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

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

www.bauerfeind.no

ord minner derfor type I fysiologisk om en inflammasjonsprosess, mens type II har likheter med en degenerativ prosess. Type III er sjelden og vil derfor ikke utdypes ytterligere. En systematisk gjennomgang av litteraturen fra 2008 pekte på at disse endeplateforandringene ses hyppig hos pasienter med korsryggssmerter. Dette skapte ytterligere interesse for endeplateforandringer, og vi har sett et betydelig tilslag av forskningsartikler i de åtte årene etter denne publikasjonen [9]. Det bør derfor understrekes at Modicforandringer ikke er en klinisk diagnose, og det kreves MR bilder for å verifisere deres tilstedeværelse.

Hvorfor får vi Modicforandringer?

Litteraturen opererer foreløpig med to hypoteser til hvorfor noen utvikler Modicforandringer: én biomekanisk og én bakteriell hypotese [7]. Den biomekaniske hypotesen beskriver endeplateforandringene som en degenerativ prosess, der hvor de vaskulariserte endringene man ser ved type I representerer ødem fra mikrofrakturer grunnet endrede biomekaniske forhold i skiven. Den bakterielle hypotesen er ingen ny hypotese, og allerede i 2001 fant forskere bakterier (P. Acnes) i skivematerialet til prolapspasienter [10]. Denne studien ble reproduert i Danmark i 2013 [11]. Disse studiene fant at mellom 40-55% av pasienter har bakterier i skivematerialet etter en skiveprolaps. Forklæringsmodellen her er at en skadet skive er følsom/mottakelig for infeksjon, og at inflammasjonstegnene vi ser i Modic type I er et direkte resultat av dette. Dette er postulert som en plausibel mekanisme hos en subgruppe av pasientene [12] og dannet også grunnlaget for antibiotikastudien som ble utført i Danmark i 2013 [11,13].

Hypotesene beskriver et tenkt klinisk forløp hvor en pasient utvikler en symptomatisk skiveprolaps. I de fleste tilfellene går dette over av seg selv i løpet av en periode på ett år. Noen få pasienter blir operert, men den største majoriteten av pasienter med skiveprolaps klarer seg fint med konservativ oppfølging [14]. Etter en periode, kanskje flere år



Diagnostisk triagering av ryggpasienter

med symptomfrihet, utvikler en subgruppe av disse pasientene reaktive endeplateforandringer. Typisk på samme skivenivå som tidligere prolaps. Det er her viktig å påpeke at mange skiveprolaps og skiveforandringer er, og forblir antageligvis, helt asymptomatiske [15,16]. Dessuten er det viktig å påpeke at dette forblir hypoteser.

Hvor vanlig er Modic-forandringer?

Den systematiske gjennomgangen som satte fart på interessen rundt Modic ble publisert tilbake i 2008 [9]. Den konkluderte, basert på studiene man hadde på den tiden, at i en klinisk populasjon med ryggsmertepasienter var Modicforandringene vesentlig mer hyppige enn i en asymptomatisk bakgrunnspopulasjon. Men i ettertid har mange studier blitt publisert som har påpekt hvor vanlige disse forandringene er i den generelle befolkningen. Spesifikt kan man se på en tvillingstudie fra 2012, hvor 561 mannlige tvillinger ble MR skannet. Gjennomsnittsalder var 49.8 år og med et alderspenn fra 35 til 70 år. Av disse 561 individene hadde 312 (56%) Modicforandringer. Av de 312 hadde 36 (11%) Modic type I og 164 (52%) Modic type II (se bilder) [17,18]. I årene siden 2008 har en rekke studier stilt spørsmålstegn ved om Modicforandringer i seg selv er forbundet med negative prog-

noser hos korsryggspasienter. Nå peker flere og flere studier i retning av at disse endeplateforandringene antageligvis kan betraktes som alderssvarende, degenerative funn på lik linje med skivedegenerasjon (som 80% av asymptomatiske 50-åringer har) og bør med andre ord ikke betraktes som isolerte «funn» på en MR skanning som skal forklare pasientens symptomer fullt og helt [19,20]. Den anerkjente forskeren Jens Ivar Brox har selv uttalt at pasienter med Modicforandringer bør betraktes som individuelle pasienter med uspesifikke korsryggssmerter og følges opp deretter.

I 2018 [21] ble det publisert en stor systematisk gjennomgang av litteraturen, som på mange måter må anses som en oppfølging og oppdatering av studien fra 2008. Den konkluderer med en rekke momenter som bør stå igjen som avsluttende betraktninger i forståelsen av Modicforandringer:

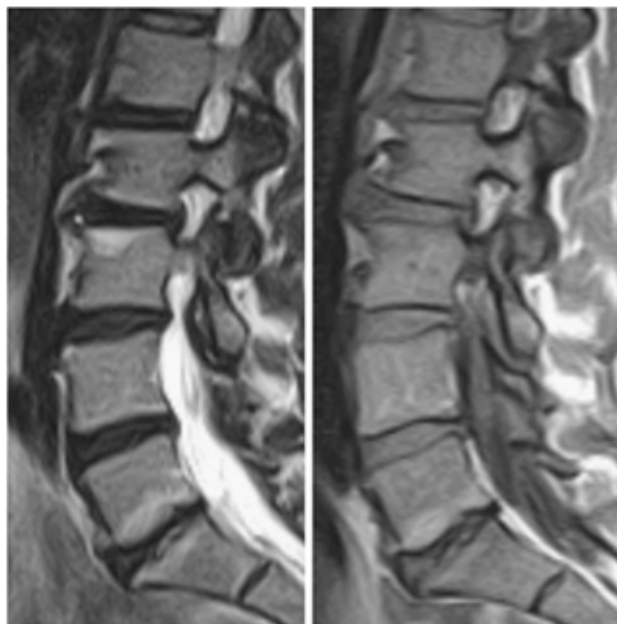
- Inkonsekvent assosiasjon mellom Modicforandringer og ryggssmerter
- Type og strl på forandringene ser ikke ut til å ha stor betydning
- Ingen forandring i smerteintensitet hos pasienter med og uten Modicforandringer
- Ingen tegn til at pasienter med Modicforandringer har større funksjonstap



T2 weighted MRI

T1 weighted MRI

MR bilde av en Modic Type I forandring



T2 weighted MRI

T1 weighted MRI

MR bilde av en Modic Type II forandring

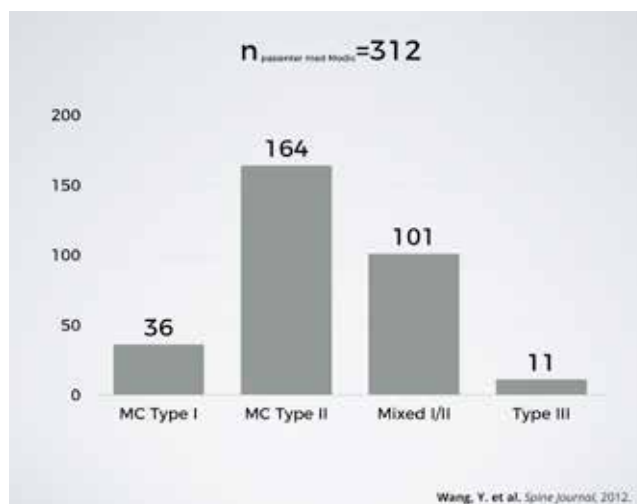
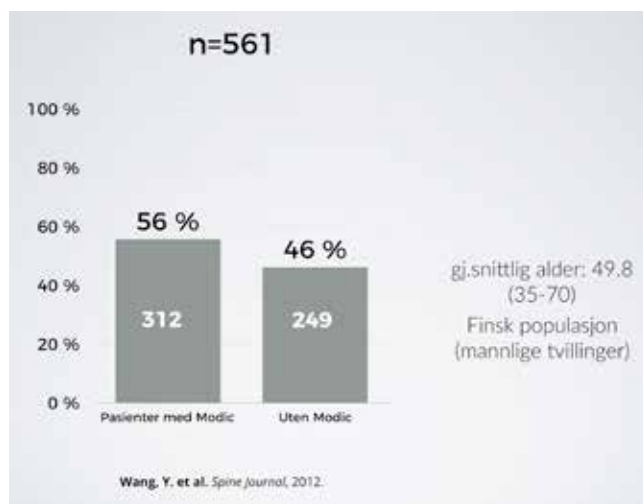
Hva med antibiotika?

Da studien hvor pasienter med Modicforandringer ble randomisert til enten 100 dagers bredspektret antibiotika eller placebobehandling ble publisert i 2013, skapte den overskrifter over hele verden. Som så ofte skjer i slike tilfeller, feil- og overtolkes funnene da de skal beskrives til den generelle

befolkningen. Spesielt uheldig var avisoverskrifter av typen «40% av pasienter med ryggsmarter kan kureres med antibiotika». Studien, derimot, var klar på at dette var en svært selektiv gruppe ryggpasienter, og det var heller ikke snakk om noen endelig kur eller «fix» for pasienter med langvarige ryggplager. I kjølvannet av denne studien startet et stort

forskersteam i Norge en oppfølgingsstudie [22]. Denne er ennå ikke publisert, og vi avventer i spenning resultatene fra denne. Det vi derimot, noe paradoksalt, kan si med sikkerhet i 2018, er at behandling av korsryggssmerter forblir usikkert.

Ta kontakt med redaksjonen for referanser.



Forekomsten av Modicforandringer i en finsk tvillingpopulasjon

Fordelingen av Modicforandringer i den samme populasjonen



10 evidensbaserte grunner til at pasientene dine bør trene

Trening og fysisk aktivitet er anbefalt som medisin for mange lidelser. Likevel er det få som følger nasjonale anbefalinger. Fysioterapeuter kan bidra til å bedre folkehelsen ved å lære flere om de positive effektene.



AV KEVIN NORDANGER MARTIN
FYSIOTERAPEUT

Dette er opprinnelig en blogg skrevet av Ben Cormack, men den er gjengitt og oversatt med tillatelse.

Trening er skikkelig bra, vi vet det, ikke sant?

Mange vet nok at trening er bra, men forstår folk at det er bra for dem på et individuelt nivå? Og at det kan fikse deres problem? Det tror jeg er uklart for mange.

Mennesker har en tendens til å danne seg tanker om hva slags behandling som er riktig for dem. Noen søker etter råd på internett, mens andre får anbefalinger fra venner, familie eller en tidligere behandler. Dette kan føre til ganske sterke meninger om hva som bør gjøres, og hva som ikke bør gjøres for å hjelpe dem.

Vi vet at trening kan være effektivt for ryggsmertor. Trening er selvfølgelig ingen magisk kur, men ett av de beste tiltakene vi har til disposisjon som en del av et helhetlig behandlingstilbud. I tillegg er det

en behandlingsform som er forbundet med lave kostnader og risiko. Likevel er det dokumentert at mange med ryggsmertor vurderer risikoen ved å trene som større enn fordelene.¹ Tro og fakta stemmer ikke alltid overens.

Tanker og forventninger

Vårt tankesett påvirker forventninger og atferd. Forventninger om at man skal bli bra av et tiltak er en prognostisk faktor som har fått større fokus det siste tiåret. Hvis du for eksempel ikke har troen på behandlingen, er det langt mindre sannsynlig at den gjennomføres.

Hvordan kan vi bruke dette i en behandlingssammenheng? Informasjon, undervisning og god kommunikasjon kan brukes som et middel for å endre noens tankesett. Her bør man være varsom med hvordan man går frem. Man kan for eksempel si «det var sånn vi pleide å tenke, men vi lærer stadig vekk nye ting. Den nyeste forskningen antyder at...»

I teksten under finner du informasjon du kan bruke for å lære pasientene dine om hva slags rolle trening og fysisk aktivitet har for smerter og helse. Hensikten er å bruke dette for at pasienter skal overveie og gjennomføre en positiv atferdsendring.

1. Trening er en av de best dokumenterte behandlingsformene for muskel- og skjelettsmerter

De vitenskapelige bevisene for effekten av trening er udiskutabel, så man kan trygt si at trening og fysisk aktivitet er en god intervensjon for mange muskel- og skjelettproblemer.²

2. Trening vil ikke gjøre deg verre

Mange ser på kroppen som et slags maskineri. Jo mer man bruker den, jo mer slites den ut, og etter hvert må diverse deler byttes ut. Er det riktig? Absolutt ikke! Kroppen er en organisk organisme som tilpasser seg både positivt og negativt til ulike stimuli. Jo mer aktive vi er (innenfor rimelighetens grenser), jo sterkere

blir vi. Jo mindre aktive vi er, vel. Du skjønner tegningen!

En klassiker er at folk tror at jo mer vi bruker ryggen, jo mer sliter vi ut mellomvirvelskivene. En studie fra 2009 undersøkte tvillinger for å fastslå de viktigste bidragsyterne til diskdegenerasjon.³ Forfatterne antyder at

den generelle oppfatningen om at skivedegenerasjon primært skyldes aldring og «slitasje» på grunn av mekaniske påkjenninger og skader ikke kan støttes.

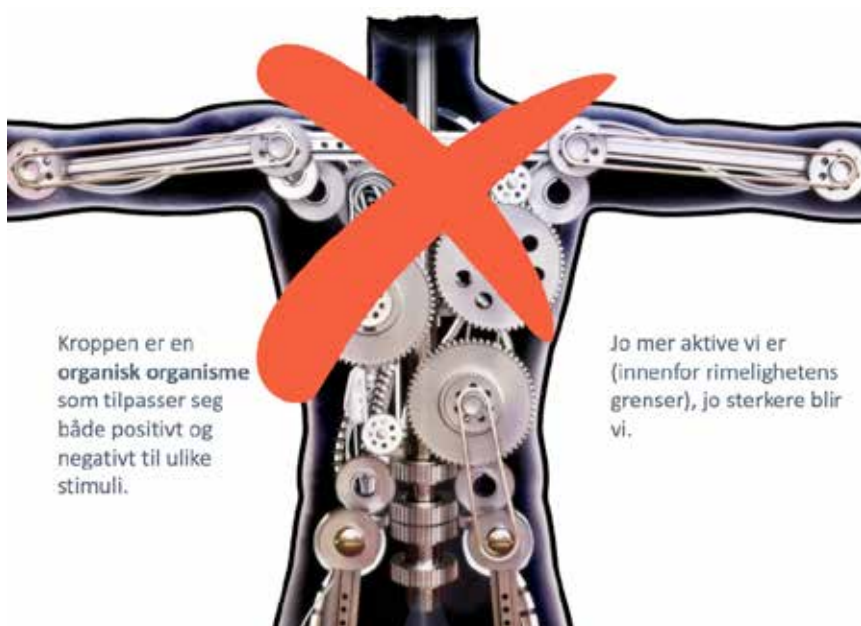
En annen interessant studie fra 2017 så på rotator cuff rupturer.⁴ Det at rupturen progredierte kunne simpelthen ikke relateres til aktivitetsnivået til personen. Faktisk antyder studien at smerteutvikling er forbundet med lavere aktivitetsnivå.

Det er også meget vanlig å tenke at løping skader knærne. En studie av maratonløpere viste at de hadde færre meniskrelaterte skader sammenlignet med folk som ikke løp.⁵

3. Trening kan faktisk gjøre mellomvirvelskivene dine enda friskere!

Nylig ble det publisert to studier som viser en at trening kan ha en positiv effekt på mellomvirvelskivene. Den første studien viste at hard trening var forbundet med friskere mellomvirvelskiver (vist på MR).⁶

Den andre studien fra 2016 fant at løpere hadde hypertrofi av mellomvir-



velskivene sammenlignet med gruppe mennesker som ikke var aktive.⁷ Forfatterne foreslår med det at løping faktisk kan styrke mellomvirvelskivene. Det er usikkert om man kan dra den konklusjonen, men funnene strider uansett med den gamle antagelsen om at løping sliter ut diskene.

4. Trening kan være smertelindrende

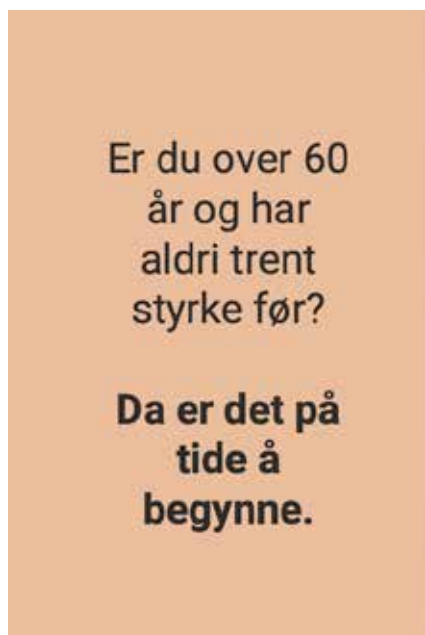
Kroppen har sitt eget smertelindrende system. Aktive mennesker kan virke å ha et bedre system, sammenlignet med de som ikke er aktive.⁸

5. Trening har en anti-inflammatorisk effekt

Regelmessig fysisk aktivitet har vist å øke signalstoffet interlukin-10.⁹ Interlukin-10 ser ut til å ha egenskaper som demper inflammasjon og reduserer nociseptiv overfølsomhet. Et lite apropos! Studien ble gjennomført på dyr, så man må ta noen forbehold.

6. Mangel på trening og fysisk aktivitet er assosiert med vedvarende smerte

En stor studie så på sammenhengen mellom rekreasjonstrening og vedvarende smerte.¹⁰ Både eldre og yngre mennesker deltok. Forskerne fant at det å drive med rekreasjonstrening var assosiert med mindre vedvarende smerte.



7. Mangel på fysisk aktivitet er en stor årsak til kroniske sykdommer

Fysisk aktivitet er et primært forebyggende tiltak mot 35 kroniske sykdommer som rammer oss mennesker.¹¹ Dette understreker viktigheten av å være fysisk aktiv!

8. Påvirker mental helse også

Vi forstår mer og mer at man ikke kan skille mellom kropp og psyke. Fysisk helse og psykisk helse er tett sammenvevd, og gjett hva? Fysisk aktivitet forbedrer psykisk helse også.¹² En randomisert kontrollstudie så på effekten av aerob trening mot en hel del variabler på psykisk helse, og fant en signifikant forskjell

som favoriserte gruppen som drev med fysisk aktivitet.¹³

9. Du vil leve lenger, eller?

Styrketrening har vist seg å ha en betydelig sammenheng med redusert dødelighet hos voksne over 65 år.¹⁴ Likevel er det bare en liten del av denne aldersgruppen som faktisk oppfyller Helsedirektoratets minumsanbefalinger.

10. Du får også et sunnere hjerte

En prospektiv studie med 15 års varighet fant at fysisk aktivitet var en prediktor for kardiovaskulær sykdom.¹⁵

Oppsummering

Det finnes mange flere studier rundt denne tematikken, men her er noen. Listen over illustrerer at fysisk aktivitet og trening påvirker oss på mange forskjellige nivåer. Fra hjertet til smerte. Så, for å oppsummere det hele...

- Tren og vær fysisk aktiv
- Tren og vær fysisk aktiv
- Tren og vær fysisk aktiv

Ta kontakt med redaksjonen for referanser.





Når kneet knaser

For mange er knasende knær grunn nok til å oppsøke en fysioterapeut. Folk vier mye oppmerksomhet og bekymring til lyder (krepitering) fra kneet, men er det egentlig grunn til bekymring?



AV KEVIN NORDANGER MARTIN
FYSIOTERAPEUT

Jeg har ved flere anledninger hatt pasienter som ønsker en undersøkelse av kneet fordi det «knaser». Noen har ikke engang smerter eller funksjonelle begrensninger. Andre har selvsagt det i tillegg, men ikke alle. Enkelte påpeker for eksempel lyder fra kneet før eventuelle smerter. Spør du vedkommende hva de tror lydene betyr, kan du få mange interessante svar, som for eksempel at «det er ben mot ben» eller «slitasje».

Lyder fra kneet defineres som krepitering. Det knyttes mange negative tanker rundt dette fenomenet, selv om krepitering ofte er til stede uten noe påvisbar patologi.¹ Omtrent 25 % av befolkningen får for eksempel patellofemorale smerter på et eller annet tidspunkt, og i denne populasjonen er krepitering svært vanlig.² Fysioterapeuter vil derfor komme over mange mennesker i en behandlingssituasjon som har knasende knær. Da er det utrolig viktig at vi har en forståelse for hva lydene betyr for personen. Dette kan vi lære mer om ved å se til kvalitativ forskning. Denne forskningsmetoden egner seg svært godt til å utforske

menneskers tanker, holdninger og atferd. Særlig dersom et emne ikke har blitt studert.

I 2017 ble det for første gang publisert en kvalitativ studie som undersøkte hva krepitering betydde for de som hadde det.³ Spørsmålene dreide seg om deres tanker rundt lydene, og hva slags effekt det hadde på deres atferd. Intervjuene tok cirka 45 minutter å gjennomføre. Deltagerne ønsket å vite hva lydene betydde. Denne uvissheten gjorde dem bekymret, noe som særlig var tilfellet dersom lydene hadde vært der lenge. Noen ønsket heller ikke å fremprovosere lydene. Alle delta-



gerne sa at de følte kommentarer fra venner og familie kunne være negativt. Det gjaldt oppfordringer om å oppsøke behandling, eller stadig uttrykk for bekymring. Helsepersonell ble også kritisert for å mangle empati og evne til å kunne gi en god forklaring på hva krepitering egentlig var, samt hva man burde gjøre når man hadde det.

Noen av deltagerne hadde begynt å bevege seg annerledes eller sluttet med visse aktiviteter og bevegelser for å unngå å fremprovosere lyder fra kneet. Både fordi de mislikte lydene, men også fordi de trodde det ville beskytte dem mot skade. Dette gjaldt aktiviteter som huksitting, løping og trappegåing.



Hva er det som egentlig foregår i kneet?

Det er foreslått flere årsaker til krepitering i litteraturen.^{4,5,6} Ingen studier har derimot funnet en klar sammenheng mellom krepitering og patologi. Lyder fra kneet kan være forårsaket av gassbobler som sprekker. Dette skjer også i andre kroppsdeler, for eksempel når vi knekker på fingre og knoker. Det finnes ingen beviser for at dette er skadelig heller. Andre kan ha forandringer i brusken bak patella som fører til at det oppstår lyder ved bøy og strekkbevegelser. Brusken har ingen nociseptive nervefibre, så det er usannsynlig at dette i seg selv kan relateres til smerter i dette området.

Visste du at den afrikanske antilopen bruker krepitering for å vise dominans?⁷

McCoy et al., (1987) undersøkte 247 symptomatiske og 250 asymptomatiske knær og fant at 99 % av de asymptomatiske pasientene hadde patellofemoral krepitering.⁸ En annen studie fant også at krepitering var vanlig blant kvinner med patellofemorale smerter, men at det ikke var relatert til funksjon, fysisk aktivitet eller smerter.⁹ Det kan derfor virke som at krepitering har liten til ingen klinisk betydning i forhold til smerter og patologi.

Kliniske implikasjoner

Funnene fra studien over viser at pasienter har flere negative tanker knyttet til lyder fra knærne som påvirker livene de lever. Mange befant seg i en negativ spiral der de begrenset aktivitetsnivået sitt på grunn av lyder fra knærne. Lydene tolket de som mulig skade, og prøvde sitt for unngå dem. Dette er en form for fear avoidance, og hvis vi ser til andre deler av smertelitteraturen, har slike funn en gjennomgående negativ effekt på personens funksjon.¹⁰ I disse tider er det også enkelt å google symptomer og få en hel del feilinformasjon slengt i fleisen. Noe som definitivt kan øke helseangsten.

Fysioterapibehandling består ofte av trening. Hvis pasienten tror at lyder betyr at de skader seg, så må vi adressere dette før vi i det hele tatt kan begynne behandlingen. Det er usikkert hva slags holdninger helsepersonell har til krepitering, og man vet ikke hva som blir sagt til pasienten. Dog kommer det frem i studien over at helsepersonell ikke alltid gjør nok til å håndtere pasienters bekymringer relatert til dette. Sannsynligvis er ikke krepitering noe å bry seg om, så lenge pasienten ikke gjør det.

Vi må derfor spørre oss selv; hva betyr lydene for pasienten? Hva kan jeg gjøre for å endre deres narrativ? Her bør vi bruke gode forklaringer som understreker at krepitering ikke

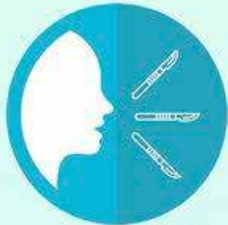


har en klar sammenheng med smerter eller nedsatt funksjon. Vi må ta pasientens bekymringer på alvor. En ny viewpoint i JOSPT understreker viktigheten av språk i en behandlingssetting, og hvordan dette kan påvirke pasientens bedring.¹¹ Ord kan hele, ord kan skade. Velg derfor dine med omhu.

Dette bildet oppsummerer studien i JOSPT. Svært relevant for de som bekymrer seg over knær som knaser.

Ta kontakt med redaksjonen for referanser.





LANGUAGE MATTERS

Words influence your patients recovery

Review by @SandyHiltonPT for **PHYSIO NETWORK** in collaboration with @KWernliPhysio

Disc degeneration

be careful

tear, worn out, defect

Instead of:

- Doom & gloom view
- Pathoanatomical language
- Catastrophic language or images
- Words promoting frailty and chronic pain
- Focusing on what they can't do or should avoid

Try:

- Positive view
- Expectations of improvement
- Set scene for success
- Build image of resilience
- Focusing on what they can do

indicators of ageing

the body is amazing and strong

pain doesn't usually equal damage

currently sensitive, irritated



Keep the patient in the center of care by considering:

- What does this mean to the patient in the context of their lives?
- How can I help them find a positive outlook in this situation?

Original article:
Stewart, M., & Loftus, S. (2018). Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. JOSPT

Dette bildet oppsummerer studien i JOSPT. Svært relevant for de som bekymrer seg over knær som knaser.

SonoMSK kongressen 2018

Cutting egde MSK ultrasound

Interessegruppen for Ultralyd i Privat Praksis (UIPP) arrangerte i september Skandinavisk kongress i MSK ultralyd i Oslo sammen med Privatpraktiserende Fysioterapeuters forbund (PFF) og Foreningen for Ultralyd i Allmennpraksis (FUA). Med flere anerkjente internasjonale foredragsholdere til stede vakte kongressen stor interesse i ultralydmiljøet, noe som resulterte i over 100 deltakere på det to dager lange seminaret.



AV SILJE HOLSTAD
FYSIOTERAPEUT OG
STYREMEDLEM I PFF

Programmet for kongressen bar preg av høy faglig kompetanse og mange interessante foredrag. Hovedforedragsholder var prof. Levon N. Nazarian, en erfaren radiolog og internasjonal foredragsholder fra Thomas Jefferson University Hospital i USA. Gjennom et variert program ble deltakerne forelest i alt fra patologiske tilstander i nerver og sener til nyskapende ultralydveiledende behandlingsprosedyrer. Foredragsholdere med ulik faglig bakgrunn skapte også en interessant tverrfaglig tilnærming til ultralyddiagnostikk. Kongressen var bygd opp med både teoretiske foredrag og praktisk ultralyddemonstrasjon, til stor nytte for deltakerne.

M. plantaris – en differensial diagnose til akillesmerter?

En av de praktiske demonstrasjonene ble holdt av Christopher Myers, fysioterapeut og MSK sonografer fra England, som tok for seg differensialdiagnoser til akillesmerter. Han demonstrerte hvordan han i sin kliniske praksis benytter både ultralyd, ultrasound tissue characterisation (UTC) og elastografi for å skape et bedre overblikk over hvilken del av akillessenen som er affisert, samt grad av skade. Av differensialdiagnoser trakk han frem posterior impingement og stressfraktur, men kanskje mest nytt av

alt var affeksjon av m. plantaris ved mediale akillesmerter. Tendinose eller partiell ruptur i m. plantaris er eksempler på tilstander som kan gi smerter medialt og dermed forveksles med akillespatologi. Myers viste også til nyere forskning som viser at det kan oppstå friksjon mellom akilles- og plantarissenen ved full plantarfleksjon i ankelen, noe som vil kunne affisere begge senestruk. Ved å trekke frem disse eksemplene, ønsket han å presisere hvor viktig det er å stille en så korrekt diagnose som mulig i forkant av behandlingsforløpet, samt hvor nyttig en «negativ skanning» kan være for å se etter andre årsaksforklaringer.

Ultralyd, nerver og patologi

Et annet tema som ble belyst var anatomi og patologi i plexus brachialis av prof. Phillippe Peetrans, MD i radiologi fra Belgia, og perifere nervelesjoner i ekstremitetene av

prof. Levon N. Nazarian. Begge demonstrerte hvordan lokalisere og følge nerver på ultralyd, og hvor man oftest finner patologi. Prof. Phillippe Peetrans demonstrerte blant annet hvordan man med ultralyd kan se avklemning ved scalenusporten ved klinisk mistanke om TOOS. Det ble også trukket frem eksempler hvor ulike nervelesjoner kan være differensialdiagnoser til mer vanlige muskel- og skjelettplager. Eksempelvis hvordan posterior interosus nerven (PIN) kan gi symptomer som ligner lateral epikondylopati, eller hvordan en lateral femoral cutaneous nervelesjon kan forveksles med nerverotaffeksjon i L2-L3 segmentet i lumbalcolumna.

Gode tips

I løpet av kongressen ga foredragsholderne mange nyttige tips som deltakerne enkelt kan anvende i sin daglige praksis. Blant disse var prof.





Levon N. Nazarians metode for å vurdere valgusinstabilitet i albuen svært lærerikt. Han demonstrerte hvordan de anteriore fibrene til ulnar collateral ligament (UCL) har størst betydning for valgusinstabiliteten, og hvordan vi ved å måle avstanden på ligamentet mellom trochlea og ulna kan si om det foreligger skade eller ikke. Dersom det er mer enn 1 millimeter økning ved måling under valgusstress sammenlignet med motsatt side, er det stor sannsynlighet for patologi. En annen indikasjon er om det er mer enn to millimeter økning mellom måling i nøytral posisjon og ved påført valgusstress, gitt at dette ikke også ses på motsatt arm.

Fusion-guided procedures

Et av de mer fremtidsrettede og innovative foredragene ble holdt av prof. Luca Maria Sconfienza, MD Phd radiologi fra Italia, som snakket om fusion-guided procedures,

hvor man benytter ultralyd samtidig med MR eller CT for å utføre kompliserte intervensjoner. Han trakk frem eksempler som injeksjoner i lumbalcolumna eller ved biopsier av benstruktur, hvor overnevnte modaliteter alene gir begrensninger.

Han snakket også om ultralyd sin verdi til å oppdage og vurdere bløtvevstumor, og viste flere eksempler på hvordan ulike tumorer kan være kamuflert som muskel- og skjelettpatologi. Han var tydelig på at ultralyd alene ikke kan benyttes til å avkrefte eller bekrefte malignitet, og han anbefalte i tråd med retningslinjene fra sarkomgruppen på Radiumhospitalet at alle kuler på over 5 cm eller i dypere vev enn hud og fett bør sendes til videre utredning.

Ultralydveiledede behandlingsprosedyrer

Et gjennomgående tema i løpet av kongressen var ultralyd sin rolle ved ulike behandlingsmetoder. Dr. Lorenzo Masci, konsulent i Sports and Exercise Medicine og MSK sonografer fra England, gikk grundig igjennom nyeste forskning og prosedyrer ved anerkjente ultralydveiledede behandlinger som kalkskylling, needling og skraping av senevev. Han presiserte også kortisonens etter hvert veldokumenterte negative effekt på senelidelser, og fremmet heller nyere lovende

forskning om PRP (blodplateberiket plasma) behandling mot senelidelser.

Det var jevnt over en bred enighet blant foredragsholderne om ultralyd sin økende rolle ved flere nye innovative behandlingsteknikker. Det ble blant annet lagt vekt på hvordan enkle kirurgiske inngrep kan gjøres perkutant via ultralyd, som for eksempel behandling av triggerfinger og carpal tunnel syndrom. Det rådet ingen tvil om at fremtiden trolig vil by på flere nye muligheter som tidligere har vært forbeholdt kirurgien. Dette var blant annet prof. Levon N. Nazarian veldig tydelig på, som avsluttet et av sine foredrag med «Sono-surgery is here to STAY!»

Oppsummering

Sono MSK kongressen 2018 ble en vellykket kongress, som bød på mange flinke foredragsholdere, interessante temaer og høyt faglig nivå. Variasjonen mellom foredrag og praktiske ultralyddemonstrasjoner skapte engasjement blant deltakerne og resulterte i mange gode diskusjoner. Det gjennomgående budskapet i løpet av kongressen var at ultralyddiagnostikk er og vil forbli et svært viktig supplement til kliniske undersøkelser og behandlingsmetoder i tiden fremover.



ASA 4313

– overdragelse av hjemmel

ASA 4313 reforhandles de kommende ukene – PFF har fremmet krav om endringer i reglene om overdragelser – spesielt under punkt 6, 7 og 11 i gjeldende versjon av ASA 4313. Overdragelser fremstår som et av de vanskeligste temaene i hele avtaleverket, fordi det er mangelfullt regulert i rammeavtalen. Dette har ført til mange tvister fysioterapeuter imellom, men også til at det er fratreddende fysioterapeut som må bære en stor del av de økonomiske virkningene av at kommunen inndrar eller omdefinierer det faglige innhold i en praksis. PFF mener dette er svært uheldig for alle parter på lang sikt, og vil føre til en kvalitetsnedgang i tjenesten.



AV HENNING JENSEN

PFF mener at det er et økt behov for langsiktig forutsigbarhet, særlig etter at muligheten for selskapsavtaler har falt bort. Behovet for forutsigbarhet er et hovedprinsipp i forarbeidene til kommunehelse-tjenesteloven helt fra etableringen av denne i 1984, men siden da har forutsigbarheten gradvis blitt redusert dels ved endringer i ASA 4313, dels ved avgjørelser i tvisteløsningsnemnden. Det må være forutsigbarhet for at foretatte investeringer i en fysioterapipraksis kan realiseres ved overdragelser eller inndragninger. Ved oppstart av en praksis er det nødvendig med store investeringer i lokaler, inventar og utstyr, og for å få rimelige leiebetingelser må det inngås langsiktige leieavtaler. Årsaken til at en hjemmel blir ledig kan eksempelvis være at fysioterapeuten blir arbeidsufør grunnet ulykkeshendelser eller sykdom, og det må da være en viss sikkerhet for at han ikke blir sittende igjen med leieavtaler som løper videre over flere år, eller med forpliktelser i en gruppepraksis der tiltredende fysioterapeut nekter å inngå i den

felles driften. Fratreddende part blir således sittende igjen med ansvar for sin andel av forpliktelsene i gruppepraksisen på ubestemt tid, mens den som har overtatt hjemmelen når som helst kan flytte til et annet institutt i nærheten ved å søke kommunen om dette. Dermed vil fratreddende fysioterapeut sitte igjen med forpliktelser som det ikke er noe økonomisk dekningsgrunnlag for.

Slik regelverket er nå og praktiseres, ser vi at det i løpet av få år skjer en endring slik at gruppepraksiser der deltakerne deler solidarisk på utgiftene vil forsvinne. Samtidig ser vi en fremvekst av aktører som tilbyr lokaler i tverrfaglige sentre til leiepriser som langt overstiger det som er utgiftene i en gruppepraksis. Disse sentrene drives av risikovillige aktører med en målsetting om så stor avkastning som mulig, og ikke av fysioterapeuter som i fellesskap ønsker å bygge opp en rimelig og effektiv arbeidsplass for deltakerne. Med de endringene i regelverket som PFF har foreslått, vil grobunnen for robuste arbeidsfellesskaper av høy kvalitet eid av deltakende fysioterapeuter bedres, til gagn for både fysioterapeutene og kommunene.

PFF har på dette grunnlaget fremmet følgende krav ved revisjon av ASA

4313 i forbindelse med praksisovergang:

1. Dersom en hjemmel omlokaliseres i forbindelse med utlysning av sammenslåtte hjemler, har fratreddende fysioterapeut(er) rettigheter etter reglene i punkt 12.
2. *Omdefinering av faglig innhold i praksisen*
Dersom kommunen ved ledighet i en driftshjemmel velger å omdefinere det faglige innhold i praksisen, skal kommunen dekke det økonomiske tapet fratreddende fysioterapeut lider ved at tiltredende part da ikke plikter å overta inventar og utstyr det ikke er behov for i den omdefinerte praksisen. Bestemmelsene i punkt 12 benyttes som utgangspunkt for beregning av den kompensasjonen kommunen må betale til fratreddende fysioterapeut.
3. Ledig avtalehjemmel skal utlyses med samme lokalisering dersom lokalene oppfyller fastsatte krav til standard og universell utforming. Dersom kommunen velger å utlyse den ledige avtalen med en annen lokalisering, har fratreddende fysioterapeut rettigheter etter bestemmelsene i punkt 12. Tiltredende fysioterapeut plikter å overta eksisterende inngåtte avtaler i praksisen, herunder

leieavtaler for lokaler, og å inngå i eksisterende samarbeidsavtaler i gruppepraksis.

4. Under punkt 7. 1 har PFF krevd spesifisert innholdet i praksisen som skal overdras:
Til praksis regnes blant annet innredning, relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og avtaler i gruppepraksis samt kompensasjon for forretningsverdien.

Vedr. 1 - Om omlokalisering av hjemmel ved sammenslåing

Ved sammenslåing av to eller flere hjemler mindre enn 50 %, vil som oftest en eller flere av disse deltidshjemlene måtte omlokaliseres, hvis de da ikke alle er på samme institutt i utgangspunktet. PFF krever at de hjemlene som omlokaliseres inndras av kommunen, og at det tapet som oppstår for fratreddende fysioterapeut, erstattes etter reglene i punkt 12. Det er ikke rimelig at fratreddende fysioterapeut skal bære den økonomiske byrden ved at kommunen omlokaliserer tilbudet sitt.

Vedr. 2 – Omdefinering av faglig innhold i praksisen

Når en hjemmel blir ledig ved et institutt, hender det at kommunen velger å lyse den ut med en annen faglig innretning. Det kan hende at en allmenn-praksis omdefineres itil en psykomotorisk praksis, at en manuell terapi-praksis omdefineres til en allmenn-praksis osv. I denne forbindelsen er ASA 4313 uklar når det gjelder oppgjør for goodwill. I en del tilfeller vil ikke tiltredende part som skal drive en omdefinert praksis kunne dra nytte av den typen pasienter som tidligere har søkt denne praksisen, og tiltredende fysioterapeut vil da naturligvis ikke betale full verdi for goodwill. Resultatet blir at fratreddende part får et økonomisk tap i forhold til om praksisen var utlyst med samme faglige innhold. PFF mener ikke at fratreddende part skal lide tap som følge av kommunens behov for å endre innholdet i praksisen. Dette er kommunens ansvar, og kommunen bør derfor erstatte et slikt økonomisk tap. Dette bør avtales allerede i forkant av utlysningen. Dette er bakgrunnen for at PFF har foreslått denne endringen.

Vedr. 3 og 4 - Ledig avtalehjemmel skal utlyses med samme lokalisering / flytting

Før ca. 2010 var det generelt akseptert at søkere på ledige hjemler skulle etablere virksomheten sin på samme lokalisering den ble utlyst. Dersom det er kommunen som bestemmer en ny lokalisering, er det ikke noe problem – da er kommunen pliktig å innløse hjemmelen etter punkt 11 i ASA 4313. Problemet oppstår imidlertid når tiltredende part rett etter tildelingen av hjemmelen og før vedkommende har startet opp i den tildelte praksisen, ber kommunen om å flytte til et annet sted i kommunen. Kommunen har liten anledning til etter regelverket å nekte dette, det er bare dersom en flytting medfører uheldige konsekvenser for befolkningen at det er hjemmel til å nekte flytting. Fratreddende fysioterapeut kan dermed bli sittende igjen med leide lokaler som han i leieavtalen er forpliktet til i opptil flere år etter overdragelsen. Dette utgjør en stor økonomisk risiko og tapspotensial for fratreddende fysioterapeut. PFF har derfor krevd at:

1. Tiltredende fysioterapeut plikter å inngå / overta eksisterende avtaler i praksisen så som leieavtaler og samarbeidsavtaler i gruppepraksis.
2. Tiltredende fysioterapeut i gruppepraksis skal tidligst kunne innvilges flytting etter 2 år.

Disse kravene vil hindre at fysioterapeuter søker på utlyste hjemler de ikke har til hensikt å tiltre på den lokaliseringen de har ved utlysningen.

Vedr. 4 – definering av innholdet av praksis

I ASA 4313 er de elementene som omfattes i en overdragelse beskrevet som «inventar, utstyr og verdien av opparbeidet praksis». PFF har ved denne revisjonen krevd dette endret til:

«Til praksis regnes blant annet innredning, relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og avtaler i gruppepraksis samt kompensasjon for forretningsverdien.»

Begrunnelsen for disse endringene er:

INNREDNING – i noen tilfeller leies lokaler uten at de er innredede til det formål de skal brukes til. Dette gir en lavere fremtidig leiepris. Det er da opptil den som leier lokalene å innrede disse, dvs. betale for lettvegger etter behov, belegg på gulver, vegger og tak, tilpasse ventilasjonen til den aktuelle innredningen, sørge for elektrisk installasjon og rørlegger. Dette er et betydelig økonomisk løft ved oppstarten, men «tjenes» inn igjen ved lavere leie for de rå lokalene. Verdien av innredningen er ikke medtatt som et element det kan kreves betalt for ved overtakelse av en ledig driftshjemmel – tiltredende part vil likevel få tilgang til lokalene med en veldig rimelig leieutgift.

Dersom fratreddende fysioterapeut etter kort tid i de nye lokalene blir arbeidsufør og må overdra praksisen sin, vil tiltredende part (eller kommunen i tilfelle inndragning), med ASA 4313 i hånd, kunne kreve ikke å betale for den innredningen fratreddende fysioterapeut har betalt, og antakelig fortsatt sitter igjen med et betydelig lån på som han må slite med i mange år fremover.

Det er på denne bakgrunn PFF har krevd at innredning som er betalt av fratreddende part skal inngå som element i overdragelsen sammen med den eksisterende leieavtalen og en eventuell samarbeidsavtale i gruppepraksis.

Medical Screening & Differential Diagnosis For Physiotherapists

Ved Matthew Newton

Tid: 18. og 19. januar 2019

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

Pris: PFF medlemmer kr. 3100

Andre: 4100

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

Godkjent 15 timer for opprettholdelse av
«Spesialist i Muskel og Skjelett Fysioterapi»

Matthew Newton

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

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

Dette krever god kunnskap om differensialdiagnostikk.
Skille alvorlig patologi fra patologi som er nevromus-
kulær og mekaniske problemer.

En del av hans arbeid ble presentert på «Extenden
Scope Practitioner Conference» i London 2005.
Han er også medlem av IMTA – «International Maitlan
Teachers Association»

Medforfatter av Maitland's «Peripheral Manipulation»
og medredaktør for «Peripheral and Vertebral Mani-
pulation textbook»

Kort beskrivelse av innholdet:

This 2-day course is comprised of lectures, case study
presentations, group discussions and practical ses-
sions to enable you to integrate medical screening
procedures into your physiotherapy practice.



Day 1

9.00-10.30 Direct Access in Physiotherapy
Introduction to the Maitland Concept of
Clinical Reasoning
Medical Screening versus Differential
Diagnosis
Red Flags and Serious Pathology

10.30 Break

10.45-11.45 MSCC & CES

11.45-13.00 Manual Neurological Examination of the
Upper and Lower Limbs

13.00 Lunch hour

14.00-15.30 Cervical Radiculopathy versus
Myelopathy
Medical Considerations when Differen-
tiating Shoulder Pain, Thoracic Pain and
Lumbar Pain

15.30 Break

15.45-17.30 Differentiating Leg pain,
DVT's and Fractures

Day 2

9.00-10.30 Differentiating the NMS from the
Cardiovascular System
Differentiating the NMS from the
Pulmonary System
Differentiating the NMS from the
Gastrointestinal System

10.30 Break

10.45-13.00 Differentiating the NMS from Hepatic/
Biliary and Urogenital Systems
Cancer

13.00 Lunch hour

14.00-17.00 Rheumatology Considerations
The Abdomen and Abdominal Palpation

Closing Remarks

Pasienter med kroniske nakkesmerter, med og uten traume: screening, undersøkelse og behandling

Ved Inge Ris Hansen

Manuellterapeut, Spesialist i Muskel- og Skjelett Fysioterapi, Master of Science i rehabilitering, PhD

Dato: 26. april 2019

Sted: Lillestrøm, Romerike helsebygg, Dampsagveien 2 A

Kursavgift: PFF-medlem: 1 700,-
Andre: 2 500,-

Kursplasser tilgjengelig: Kun 18, så «førstemann til mølla»

Påmelding: pff@fysioterapi.org/kurs
Avbestillingsfrist: 26. mars 2019

Ved avbestilling etter denne dato, må kursavgiften betales i sin helhet.

Kursinnhold:

Kurset er basert på en større studie. Det blir gjennomgått en typisk pasientprofil for en person med nakkesmerter med traume (whiplash) og idiopatiske nakke smerter. Hvilke tester som kan anvendes og behandling med fokus på pasientundervisning og øvelser.

Kurset er svært praksisorientert og der forventes at deltagerne øver på det praktiske.

Formål:

- Å få kunnskap om forskjellige profiler av nakkepasienter
- Å kunne screene for alvorlige sykdommer hos nakkepasienter
- Å få kjennskap til relevante undersøkelser
- Å kunne behandle nakkepasienter med relevante øvelser, trening og undervisning

Program:

08.30 – 12.30: Undervisning:

- Profil av den kroniske nakkepasienten, med og uten traume
- Undersøkelse for «røde flagg»
- Relevante kliniske tester, undersøkelse

12.30 – 13.00: Lunsj

13.00 – 16.30: Undervisning:

- Fortsatt relevante kliniske tester, undersøkelse
- Behandling: øvelser, trening, undervisning av pasientene

Litteraturforslag: kommer

*Dette bør du få med deg!
Vi ønsker dere velkommen!*

**Sjekk ut vår nettside:
www.fysioterapi.org**

KURSOVERSIKT ULTRALYD 2019, PR. 1. NOVEMBER 2018

KURS

ADVANCED eksamen

DATO OG STED

17.januar 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

BASIC Modul 2 - Skulder, albue og hånd

18-19. januar 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

ADVANCED Modul - 7 - Albue

01-02. februar 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

ADVANCED - Trysil - Modul - 6 - Skulder

06-07. mars 2019
Trysil, Norge

ADVANCED - Trysil - Modul - 9 - Hofte

08-09. mars 2019
Trysil, Norge

BASIC eksamen

25. april 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

ADVANCED Modul 8 - Hånd og håndledd

26-27.april 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

BASIC Modul 3 - Hofte/lysk, rygg og mage

10-11. mai 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

ADVANCED Modul 11 - Ultralydveilede injeksjoner på kadaver
London, UK

28-29. juni 2019

BASIC eksamen

12. september 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

BASIC Modul 1 - Kne, ankel og fot

13-14. september 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

ADVANCED Modul 10 - Ultralydveilede prosedyrer

25-26 oktober 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

BASIC Modul 2 – Skulder, albue og hånd

08-09. november 2019
Apexklinikken, Oslo, Norge

ADVANCED Modul 4 - Ankel/fot

06-07. desember
Apexklinikken, Oslo, Norge

Se ellers full kurskalender: <http://www.ultralydscanning.no/kurskalender.html>

Vår hjemmeside: <http://fysioterapi.org/liste-kurs>

OVERSIKT OVER OMI-KURS: se ominorden.com

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

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

KURSOVERSIKT 2019, PR. 1. NOVEMBER 2018

KURS	DATO OG STED
Medical Screening & Differential Diagnosis For Physiotherapists Matthew Newton	18. og 19. januar Lillestrøm
«Trening som medisin» Jan Helgerud og Jan Hoff	7. og 8. februar Trondheim
Graded Motor Imagery Tim Beames	2. og 3. mars Lillestrøm
Pff kongressen 2019 «Hva med hodet?»	15. og 16. mars Oslo
Pasienter med kroniske nakkesmerter, med og uten traume. Screening, undersøkelse og behandling Inge Ris Hansen	26. april Lillestrøm
Functional Therapeutic Movement - lumbal Ben Cormac	11. og 12. mai Lillestrøm
Shoulder course Adam Meakins	12. og 13. oktober 2019 Lillestrøm

Er det kurs du ønsker deg? Ta kontakt med Linda Linge på linda@fysioterapi.org

Se nærmere opplysninger på de forskjellige kursinvitasjonene

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

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

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

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund, PFF inviterer til

Muskel- og skjelettkongressen

15.-16. mars i Oslo

Tema er «Hva med hodet?»

Innhold:

- Ulike hodepinetyper: årsaker, utredning og diagnostikk
- Moderne behandling hodepine og migræne
- Temporomandibulær dysfunksjon
- Svimmelhet og balanse
- «Undersøkelse og behandling av svimmelhet og balanseforstyrrelser»
- Betydningen av kosthold og fettsyrer

Kongressen holdes på Thon Conference, Universitetsgaten 26

Ta MSK ultralyd til et nytt nivå!

MyLab Sigma og MyLab X5 leverer en suveren bildekvalitet i overflate- og dybdeskanninger enten det er finger, skulder, kne, ankel eller hofte. Moderne hardware gir rask responstid og økt framerate (bilder pr. sek.) Dynamiske ultralydundersøkelser blir tydelige og mer effektive. Sammen med en forbedret post-prosesserings algoritme og sofistikert «speckle» reduksjonsteknologi setter disse nye apparatene fra Esaote en ny standard.



Esaote bærbar

MyLab™Sigma

- Ny Lineæprobe med frekvensområde fra 15-4 Mhz, passer alle MSK skanninger.
- Sensitiviteten på farge- og powerdoppler er kraftig forbedret. Dopplerfrekvenser på 4.2, 4.5, 5, 5.6, 6.3, 7.1, 8.3, og 10 Mh.
- Nyutviklet Esaote probe teknologi med «Active matrix composite» materiale gir klarere fremstilling av strukturene.
- Ny forbedret og større skjerm (15,6").
- Superrask oppstart (15 sek.) og helt stillestående.
- Norske forhåndsinnstillinger for alle MSK relevante ultralydundersøkelser.
- Nytt forbedret og utvidet læringsbibliotek.



Solid tralle og transportkoffert medfølger bærbar modell.

Early bird!
Bestill maskin før 1. desember og få 1 stk. Ultralydkurs verdi kr. 6.500,-
Arrangør PFF eller Manuellterapiforeningen.



Esaote stasjonær

MyLab™X5

Har du ikke behov for en bærbar enhet? Da velger du MyLabX5. Apparatet har de samme suverene funksjonaliteter og prober som MyLab™ Sigma, men har større skjerm (21,5"), fullskjermsmodus og 3 probeinn ganger.

Leasing fra 4.395,- eks mva. 60 mnd. (begge modeller)

24t
24 timers
service
garanti.

Ved å kjøpe eller leie et apparat fra adCARE får du et opplæringsprogram med på kjøpet. Våre spesialister har bakgrunn fra MSK slik at du har god brukerstøtte. Nytt utstyr leveres innen 24 t. Lager i Norge. Kontakt oss for demonstrasjon!

Tlf: 67 53 33 44
ultralyd@adcare.no
www.adcare.no

adCARE

Nr. 1 på MSK ultralyd.