

FYSIOTERAPI

I PRIVAT PRAKSIS



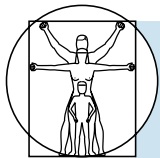
Alle Guttas fysio



Aspetar Hamstring Protokoll



Løper for veldedighet



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.org
e-post: pff@fysioterapi.org

Sekretariatet

Leder: Christin Foss

pff@fysioterapi.org

Generalsekretær: Henning Jensen

gensekr@fysioterapi.org

Studentkontakt: Marius Solstrand
marius@iliaden.no

Ansvarlig utgiver: Privatpraktiserende
Fysioterapeuters Forbund.

Redaktør: Hilde Stette,
red@fysioterapi.org,
tlf: 470 29 850

Redaksjon: Hilde Stette, Kjetil Nord-Varhaug,
Audun Lorentsen, Lars Martin Fischer,
Nina Erga Skjeseth, Nina Paulsen, Christin Foss
Utgivelse: Distribueres 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 maskin-
skrevet. Redaksjonen forbeholder seg retten til
å forkorte og redigere innlegg. Usignerte artikler
og reportasjer er skrevet av redaksjonen.

Abonnement: kr 850.-/pr. år.

Henvendelser til bladet rettes til PFFs
sekretariat, tlf: 32 89 37 19. eller pr. e-post.

Annonsealg: Christin Foss,

tlf: 922 42 756,

e-post: christin@kongresspartner.no

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
(PFF) organiserer fysioterapeuter i privat prak-
sis og er en frittstående interesseorganisasjon
uten partipolitisk tilknytning.

Grafisk utforming/design: Pluss Design,

Lene Hannevig, tlf. 99 64 88 82

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

www.fysioterapi.org

twitter

www.twitter.com/fysioterapi

facebook

www.facebook.com/fysioterapi

LEDER

Vaneterapeuten

Hvis alle de halvdøde fluene inni lampene
på behandlingsrommene våre hadde fått
med seg noe, ville de nok kunne bekrefte
at det er en vaneterapeut i oss alle. Jeg
ser selv vaneterapeuter hver eneste
dag, og er i høyeste grad også en av
dem. Roger sender pasientene hjem
med ekstensjonsøvelser for ryggen og
bulgarske utfall, Knut løser alltid opp
diafragma selv om pasienten bare har
vondt i en tommel, og Trine som har
drevet med idrettsfysioterapi i alle år,
taper alle som kommer inn, uansett tilstand.

Men er tilnærmingen nødvendigvis feil? Antageligvis ikke. Terapeutiske
vaner trenger ikke å være noe negativt, selv om enkelte metoder er på veg
bort fra behandlingsrommene våre. Men akkurat som at man var en god
terapeut for tre år siden ved alltid å bruke eksentrisk trening, så er man i
disse dager en god terapeut om man slenger på info om hvordan langvarige
smarter påvirker kroppen og tankene våre.

Det er stadig større fokus på terapeutens evne til å håndtere pasienten. Da
jeg var nyutdannet, var vi liksom litt superior i forhold til pasientene våre. Vi
visste mye mer enn dem om faget vårt. Slik er det ikke nødvendigvis lenger.
Jeg har pasienter som kommer målbevisst inn for å få trykkløse behand-
ling for tennisalbuen sin. De vet hva de skal ha, de er bevisste, de har lest
seg opp (googlet, og det er ikke bare bra da man på Google kan dø av det
meste), og de har diskutert det med gutta på jobb. Vi har forhåpentligvis en
større faglig tyngde enn dem (enn så lenge), men dynamikken mellom tera-
peut og pasient endrer seg stadig i takt med økt kunnskap for alle.
Gammel vane er som vi vet vond å vende, og mange går seg nok fast i faglig
kunnskap tillært for eksempel på et kurs på 90-tallet. Men det spiller ikke
egentlig så stor rolle hvis behandlingen gir mening, og erfaringen tilsier
at dette gir effekt. Det har aldri vært noe galt med god terapi. Funker det,
så funker det! Hvis det vi som vaneterapeut sitter igjen med av kunnskap
gjennom yrkeslivet er relevant, så er det greit. Og hvis våre faste rutiner i
en behandlingssituasjon er relevante, ja, da mener jeg at det går helt fint å
være en vaneterapeut.

Jeg kan heller ikke huske at vi noen gang har overlatt så mye ansvar til
pasienten vår som vi gjør nå. Og det skulle vel strengt tatt bare mangle. Ei
heller har jeg noen gang brukt så mye tid på å opplyse pasienten om hva
som skaper problemene, og hva han eller hun selv kan gjøre i kampen mot
mindre smerter og mer balanse. Det har blitt en selvfølge å skape forståelse,
heldigvis.

Vel, jeg har også mine vaner, og de er stort sett basert på min erfaring om at
tilnærmingen funker, og at pasienten er tilfreds med behandlingen min. Men
viktigst av alt føler jeg meg trygg. Dette kan jeg, dette har jeg sett før, dette
gjør jeg. Er jeg som terapeut overbevist om noe, skal du være sikker på at
pasienten også blir det i løpet av de neste 40 minuttene. En trygg terapeut
gir trygge pasienter, ikke sant? Oppi alle kurs og nye sannheter, forskning og
terapitrender er det muligens viktig at vi alle holder fast ved grunnsteinen i
vår tilnærming: det vi tror på!

God lesning og riktig god sommer til dere alle!
Redaktør Hilde Stette



Neste utgivelse: september 2017



6



12



14



26

- 4 Alle Guttas fysio
- 6 Hvilken treningstype er best for lateral epikondylalgi?
- 10 A SLAP in the face?
- 12 Fibromyalgi – ny studie viser mulig sammenheng med inflammasjon
- 14 Subacromiell injeksjon i kombinasjon med treningsterapi
- 16 Aspetar Hamstring Protokoll
- 20 Løper for veldedighet
- 22 Anti-inflammatorisk kosthold – kan ernæring påvirke betennelsestilstander i kroppen?
- 24 Selvsikkerhetens luftslott
- 26 PainCloud Convention 2017
- 28 Ultralydscanning – en oppsummering av utdanningen
- 30 PFF søker om 4 mill. kroner i rammetilskudd til etterutdanning
- 32 – Får ikke rost PFF nok!
- 37 Kurs

SENTRALSTYRET:

LEDER:	Ferry Wagenvoort	leder@fysioterapi.org
NESTLEDER:	Linda Linge	linda.linge@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Trude Andersen	trude.andersen@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Svein Erik Sandlien	svein-erik.sandlien@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Trine Gusterud Eidslaug	kjetil.nord-varhaug@fysioterapi.org
STYREMEDLEM:	Kjetil Nord-Varhaug	david@trimmen.no
VARAMEDLEMMER:	David Aronsen	trond.dalaker@fysioterapi.org
	Trond Dalaker	marius@iliaden.no
VALGKOMITÉ:	Marius Solstrand	trude.andresen@fysioterapi.org
FONDSSTYRE:	Trude Andersen	
	Christer Nordby	

SPESIALISTRÅD

Atle Vervik
Linda Linge

KURSKOMITE

Linda Linge
Svein Erik Sandlien

FAGPOLITISK RÅD

Kjetil Nord-Varhaug
Henning Jensen

MARKEDSFØRING

Tor Aage Berg
Ferry Wagenvoort
Web-redaktør: Hilde Stette

ETISK RÅD

lvaretas av styret

FORSIKRINGSSAMARBEID

IF
Tlf.: 02400

RETTJELP

Trude Andersen
Kristian Moum

REDAKSJONSKOMITE

Redaktør/journalist:

Hilde Stette

Journalister:

Kjetil Nord-Varhaug

Audun Lorentsen

Lars Martin Fischer

Nina Erga Skjeseth

Nina Paulsen

Stian Christophersen

Annonser: Christin Foss



Alle Guttas fysio

Mjøndalen IF har på mange måter blitt kjæledegger i Norge etter serien som gikk på TV2, der trenere og spillere ble fulgt i medgang og motgang gjennom en hel sesong. Alle Guttas fysioterapeut, Eirik Pettersen (32), har hengt med på lasset de siste tre årene. Litt mindre synlig, men ikke mindre viktig av den grunn.



AV HILDE STETTE
FYSIOTERAPEUT

tering og treningsprogrammer. Han er på matta nesten hver ettermiddag, ofte i helgene, og det som i utgangspunktet skal være en 50% stilling ender opp med å bli en hel del mer.

Kampklar- helst i går

– Det er klart det er gøy å jobbe som fysioterapeut for en slik gjeng, selv om det til tider kan være både tidkrevende og faglig utfordrende.

Å være fysioterapeut i toppidretten kan være utfordrende, og det å skulle passe på en hel spillerstall gjør det nok ikke enklere. Eirik Pettersen fra Mjøndalen Sportsklinikk er fysioterapeut for Mjøndalen IF, og en av dem som følger laget sitt over alt og til alle tider. Han liker det.

Fleksibel

Eirik er fysioterapeut, med et utall idrettsmedisinske kurs i lomma, i tillegg er han personlig trener. I Mjøndalen har han ansvaret for alt fra fysiske tester/ screening, oppvarming, restitusjonsøker, skadebehandling, rehabili-





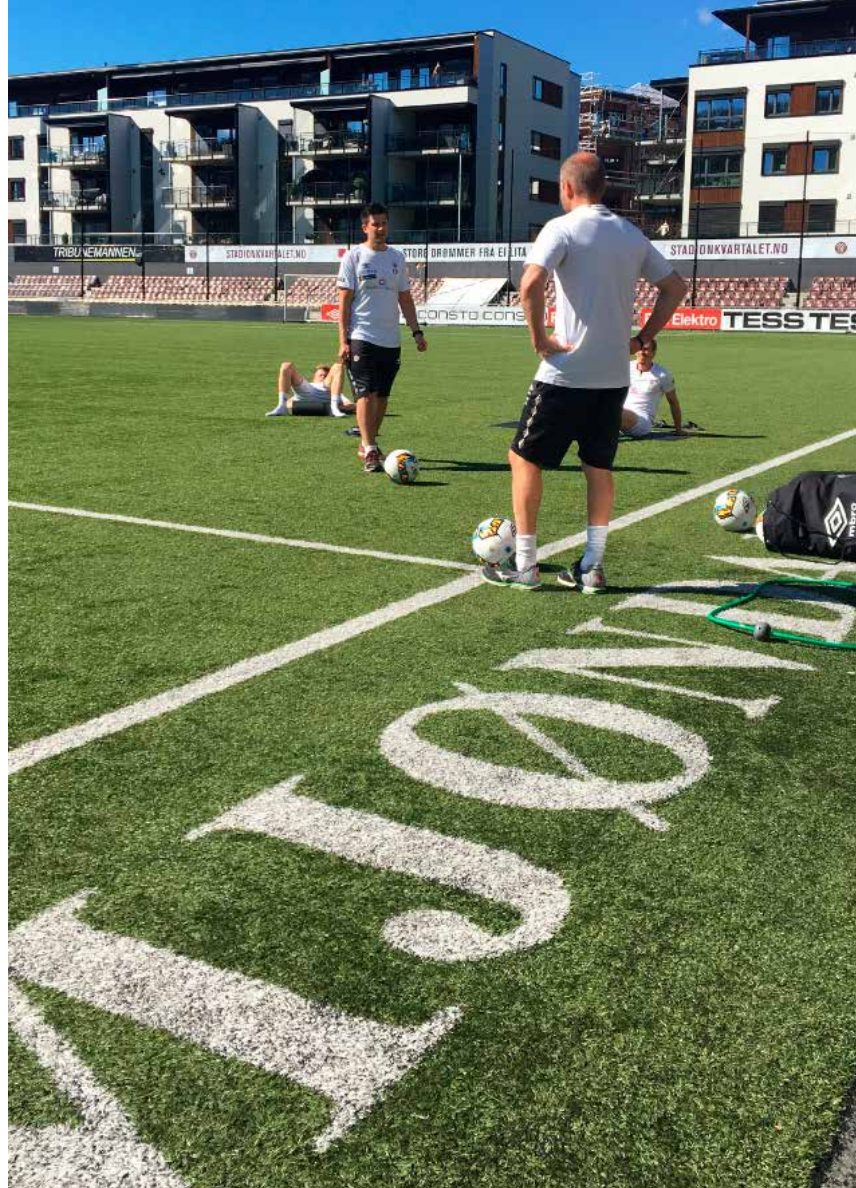
Gutta ringer til alle døgnets tider, og alt som skal gjøres krever god planlegging, sier Eirik som mener det er en fin kombinasjon å jobbe med et lag, i tillegg til normalt klinikkarbeid i Drammen- og Mjøndalen Sportsklinik. I toppidretten er spillerne topp motiverte, noe som er positivt i en behandlingssituasjon. De vil tilbake på matta så fort som mulig, og som fysioterapeut har man mulighet til å justere rehabiliteringen hver eneste dag. Siden spillerne har fotball som jobb, har de nok av tid til å fokusere på opptreningen. Men i idretten møter man også spillere og trenerapparat som er utålmodige, og som egentlig ikke har tid til å vente på at skaden skal heles. Mjøndalens trener Vegard Hansen er lett å samarbeide med, han hører på hva jeg har å si, men er selvfølgelig også en engasjert trener med mye følelser, og vil i likhet med meg ha spillerne tilbake på banen så fort som mulig.

Return to play-fornuft

Problemstillingen er kjent; når kan vi sende spilleren ut på banen igjen? – Det er viktig at fysioterapeuten holder hodet kaldt, og har en Return to play-fornuft når følelsene og tidspresset tar overhånd. Dette er et viktig ansvar, og det er ikke alltid jeg kan høre på spilleren selv eller treneren. Da må fag komme foran. I tillegg må man ta raske og ikke alltid populære avgjørelser i kampsituasjoner og treningssituasjoner. Slik er det bare, og slik må det bare være. I slike tilfeller er kommunikasjonen mellom spiller og trener avgjørende.

Om å lure fletta av Vegard Hansen

Men det er ikke bare alvor og fag med en slik jobb. Når man skal henge med Mads Hansen og gjengen, skjer det rett som det er at man



må delta i en practical joke nå og da. 1. aprilspøken var et år å stresse vettet av trener Vegard Hansen med å overbevise ham om at en sentral spiller skulle pådra seg en alvorlig skade under trening før en viktig kamp. Eirik var grav alvorlig under hele seansen, og behandlet ivrig mens trener Hansen satt på benken og reiv seg i håret.

– Når man tilbringer så mange timer i garderoben med spillerne, blir man på mange måter litt kompis, sier Eirik som har hatt Vamouti «Dio» Diomande hjemme til både juleaften og nyttårsaften da resten av familien hans var på Elfenbenskysten. Dio var ikke et sekund i tvil om at julenissen faktisk var ekte. – Vel-dig morsomt, ler Eirik, som også presiserer at det er viktig at han i de riktige situasjoner opptrer mer som fysioterapeut enn som kompis. Det er viktig å være profesjonell også. – Jeg har jo taushetsplikt, og det skal være trygt for spillerne å

kunne snakke fritt uten at de frykter at denne informasjonen kommer ut til andre. På samme tid er det også viktig at jeg setter krav til dem, slik at de presterer optimalt.

Tidkrevende og givende

Eirik liker å være i idrettsmiljøet, og passer på mange måter inn som idrettsinteressert og tidligere amatør fotballspiller. Derfor er han også fysioterapeut til juniorlandslaget for kvinner i håndball. Han elsker arbeidsatmosfæren, selv om tidsbruken til tider kan gå på bekostning av både familietid og fritid. Med samboer Cathrine og sønnen Theodor på 4 år er det ikke å komme unna at man av og til setter pris på en frihelg. Men når alt flyter for Alle Gutta, skadene uteblir, kamper vinnes og sola skinner, ja da er det godt å være fysioterapeut i Mjøndalen.

Bildene er hentet fra TV2, dt.no og NTB.

Hvilken treningstype er best for lateral epikondylalgi?

Lateral epikondylalgi – på norsk kjent som tennisalbue – er en vanlig tilstand å se i klinisk praksis. Et av de vanligste tiltakene for tilstanden er øvelsesbehandling, men det er knyttet usikkerhet til hvilken treningsterapi som gir best resultat.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

I sin nylig publiserte artikkel (1) ønsket forfatterne å sammenligne eksentrisk trening med isoton (eksentrisk- konsentrisk) trening alene og isoton trening i kombinasjon med isometrisk trening. Rasjonale bak dette ligger i at de mener lateral epikondylalgi forstås best som en tendinopati, der den vanligste affeksjonen er av extensor carpi radialis brevis. Som diagnostiske kriterier satte de:

- Palpasjonssmerter over laterale epikondyl
- Mer smerte ved isometrisk

supinasjon i full albueekstensjon kontra ved 90 grader albuefleksjon

- Smerte ved minimum 2 av følgende 4 tester;
 - Tomsen test (isometrisk ekstensjon av håndleddet)
 - Isometrisk ekstensjon av 3. finger
 - Mill's Test (full passiv fleksjon av håndleddet)
 - Grepstest med dynamometer
- Smertene måtte ha vedvart i >4 uker.

Totalt deltok 34 personer i studien, og pasientene ble randomisert i tre grupper som gjennomførte hver sin treningsprotokoll;

1. Eksentrisk trening
2. Isoton trening
3. Isoton + isometrisk trening

For alle gruppene var utgangsstillingen understøttet underarm, eksten-dert og pronert albue og ekstendert håndledd. Gruppe 3 gjennomførte isometrisk hold i full håndledds-ekstensjon i 45s mellom hver repetisjon av den isotone bevegelsen. Alle gruppene gjennomførte 3 sett à 15 reps med 1 minutt hvile mellom seriene 5 ganger pr. uke i 4 uker. I tillegg gjorde alle gruppene statisk stretching av extensorgruppen i 30-45s 3 ganger før og 3 ganger etter treningen. Alle gruppene ble bedt om å bruke armen i hverdagen, men å unngå aggraverende faktorer som f.eks. manuelt arbeid, bilkjøring og griping/bæring. Monitorering av treningen skjedde gjennom bruk av treningslogg og logging av VAS for både smerte og funksjon, samt gripestyrke målt med dynamometer.



Bilde 1: Tomsen test



Bilde 2: Isometrisk ekstensjon 3. finger



Bilde 3: Passiv dorsalfleksjon

Dosering av belastningen baserte seg på 24-timers respons på VAS, og dersom treningen ikke førte til mild smerte eller funksjonshemming (definert som til og med 4 på VAS), økte pasientene belastningen. Dersom treningen førte til hemmende smerte eller funksjonstap (definert som over 8 på VAS), ble pasientene bedt om å stoppe, avvente for så å gjenoppta en lavere dosering når smerten og funksjonen tillot det.

Adheransen til treningen var god, og det var ingen drop-out gjennom de 4 ukene med intervensjon eller ved 8-ukers kontroll. Alle gruppene forbedret sin VAS for både smerte og funksjon etter 4 og 8 uker, og gruppen som utførte isoton styrketrening i kombinasjon med isometrisk hold, forbedret seg mest. Selv om forfatterne understreker svakheter ved studien, er resultatene likevel interessante da de underbygger den manglende overlegenheten eksentrisk trening har over andre treningsformer, og dermed gir oss flere alternativer å spille på. At alle treningsformene ga kortsiktig effekt, er også gledelig for oss, da belastningsintervensjoner sannsynligvis er den viktigste intervensjonen for tendinopati generelt. Funnene er også i tråd med anbefalinger fra større studier (2,3) der et belast-

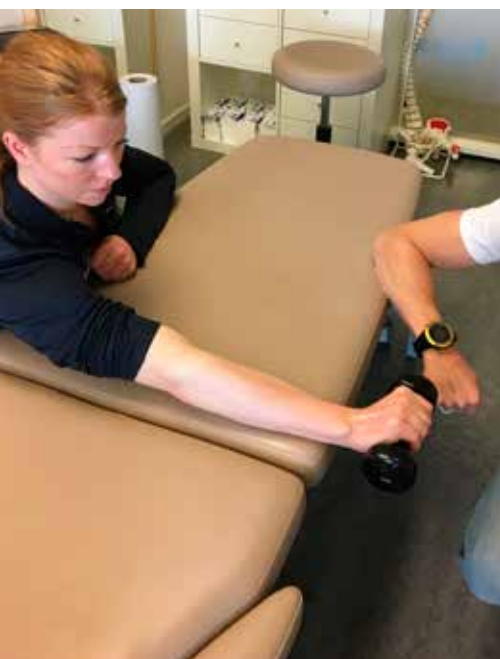
ningsregime legges som fundament for behandlingen. Inkluderingen av isometriske øvelser er interessant, da denne treningsformen har vist å være smertelindrende ved patellar-tendinopati (4) og anbefales ved reaktive tendinopati (2,5). Dette er derfor ofte den første belastningsformen en velger, men ved å legge til denne treningsformen senere i forløpet kan vi oppnå både en potensiell smertereduksjon og økt treningsbelastning gjennom hele rehabiliteringsforløpet.

Det må likevel tas med at tilstanden lateral epikondylalgi er mangefasettert, og at mange faktorer er med på å bestemme både behandlingsmetoder og prognose. Coombes artikkel fra 2015 (2) peker på 1) graden av senepatologi, 2) alvorlighetsgrad av smerte og funksjonshemming, 3) sentral sensitivisering, 4) sammenfallende nakke- og skulderplager, 5) påfølgende nevro-muskulære hemninger og 6) arbeidsrelaterte og psykososiale faktorer som faktorer som er med å avgjøre prognosen for denne tilstanden. Det vil si at vi må gjennomføre gode anamneser og kliniske undersøkelser for denne pasientgruppen og forsøke å adressere de mest påfallende faktorene for å bedre prognosen. Forfatterne foreslår også følgen behandlingsal-

goritme (figur 1) som kan være verdt å se til i vår daglige kliniske praksis:

Så lenge lateral epikondylalgi ses på som en tendinopati, kan vi også se til anbefalinger for behandling av tendinopati generelt i Karim Kahns Up To Date-artikkel (3) om emnet:

- Tendinopati stammer vanligvis fra overbelastning.
- I sykehistorien bør man få frem trenings- eller aktivitetsformen som fremprovoserte symptomer og bestemme hvor god funksjon pasienten må ha for å gjenoppta dette. Her kan validerte utfallsmål for funksjon være gode hjelpemidler.
- Endringer i teknikk eller biomekanikk kan bidra til utviklingen av tendinopati, og dette bør adresseres av de med spesifikk kjennskap til arbeidskravene.
- Rehabiliteringsprogrammer for tendinopati bør bære preg av tung, langsom styrketrening.
- Tilleggsterapier kan være stretching, mobilisering og varme/kulde. Glucocorticoider anbefales generelt ikke med unntak av ved rotatorcuff tendinopati.
- Belastning (volum og intensitet) på den aktuelle senen utenom rehabiliteringsprogrammet burde begrenses.



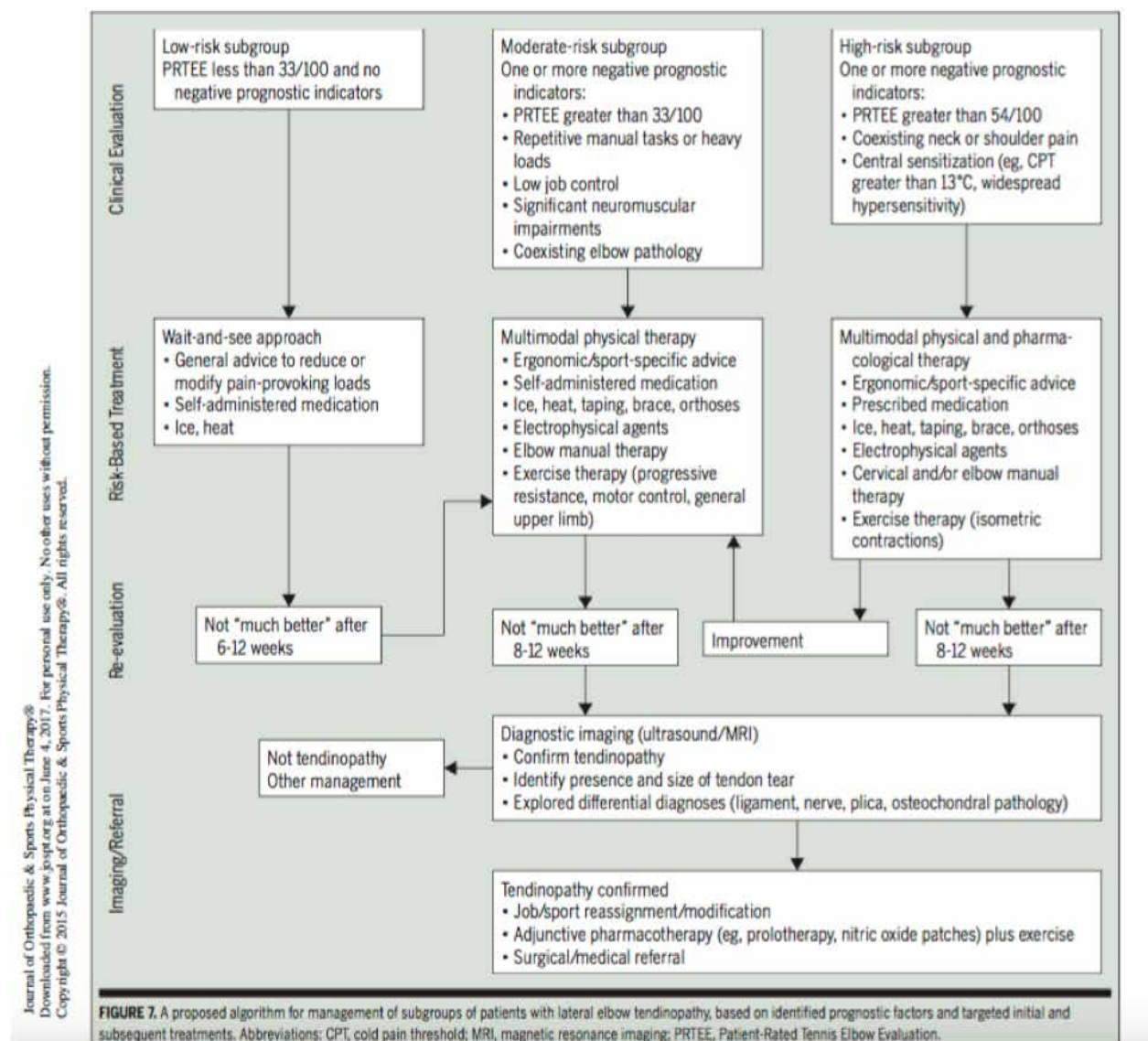
Bilde 4: Startposisjon



Bilde 5: Sluttposisjon



Bilde 6: Isometrisk hold



Figur 1: Behandlingsalgoritme ad modum Coombes et al 2015

– Det er generelt manglende evidens for å anbefale terapiformer som proloterapi, scleroterapi, PRP og trykkbølgebehandling ved tendinopati.

Avslutningsvis vil jeg vektlegge to av mine hjertebarn i rehabiliteringen av pasienter med tendinopati; vektlegg den kinetiske kjeden og gjør treningen meningsfull for pasienten. Selv om treningsintervensjonen det her ble forsket på ga effekt, er den spesifikk for den aktuelle senen, men ikke nødvendigvis overførbart til den hverdagen, aktiviteten eller idretten pasienten skal tilbake til. Armfunksjon som helhet er avhengig av en stor kinetisk kjede, og treningen vi legger opp til bør ta sikte på å trene hele denne, og ikke bare en enkelt sene i tilknytning til albuen. Enkelte idretter og jobber stiller også spesifikke arbeidskrav,

som f.eks. hurtig kraftutvikling og kombinerte bevegelser, og dette er krav vi må sette pasientene i stand til å møte etter endt rehabilitering. Min egen erfaring er også at adheransen til treningen øker dersom treningen gir mening for pasienten, så et forslag kan være å være kreativ i valg av øvelser, slik at pasientene selv ser nytteverdien i å gjøre dem.

1. Stasinopoulos, Dimitrios et al. Comparison of effects of eccentric training, eccentric-concentric training, and eccentric-concentric training combined with isometric contraction in the treatment of lateral elbow tendinopathy Journal of Hand Therapy 2017
2. Coombes, B. et al: Management of Lateral Elbow Tendinopathy:

One Size Does Not Fit All Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy 2015

3. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-overuse-chronic-tendinopathy?source=machineLearning&search=lateral%20epicondylitis&selectedTitle=7~16§ionRank=2&anchor=H23#H1>
4. Rio, E., et al.: Isometric exercise induces analgesia and reduces inhibition in patellar tendinopathy. Br J Sports Med, 2015.
5. Cook, J.L., et al.: Revisiting the continuum model of tendon pathology: what is its merit in clinical practice and research? Br J Sports Med, 2016.



C Corpus



ProMed[®]
for Windows



C Corpus

Når du vil at pasienten skal forstå hva som er galt

Mer enn 100 muskel-/skjelettdiagnoser

beskrives ENKELT og VISUELT med VIDEOER, BILDER,
ILLUSTRASJONER og TEKST

Integreres med ProMed, ExorLive, både lokalt og ONLINE!
Oppfyll pasientens rett til informasjon og dokumentasjon om
egen tilstand på 1-2-3!

A SLAP in the face?

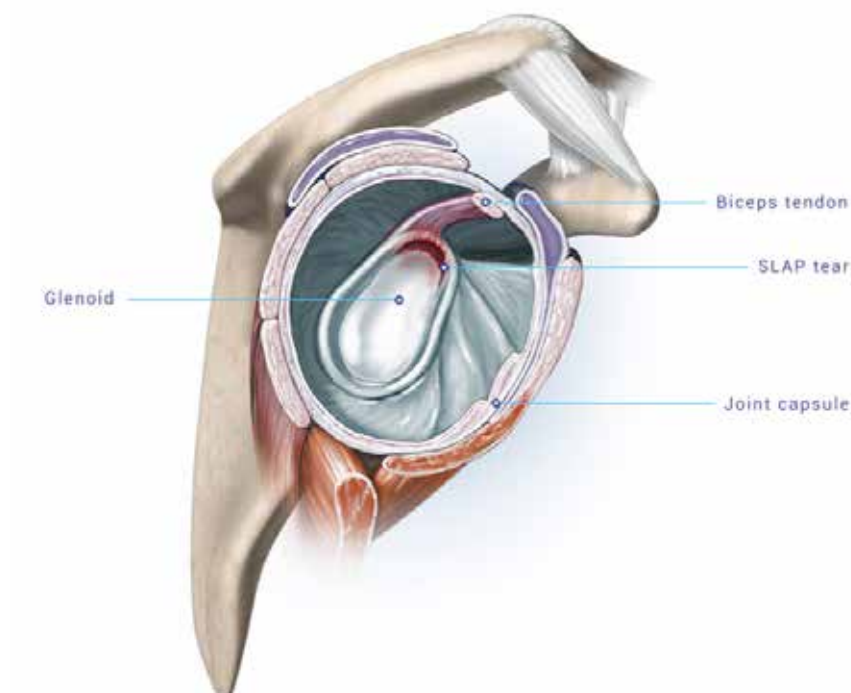
Den nylig publiserte studien på kirurgi ved SLAP II skader fra Schrøder et al (1) har gått sin gang i sosiale medier den siste tiden, og føyer seg inn i rekken av andre tankevekkende studier de senere årene som gir oss grunn til å stille spørsmålstegn ved kirurgiens fortrefelighet som behandling for muskelskjelettsmerter (2-5).



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

I studien sammenlignet forfatterne resultatene av 1) reparasjon av labrum, 2) biceps tenodese og 3) sham-kirurgi. Alle gruppene fulgte det samme postoperative regimet og den samme rehabiliteringsprotokollen. Hovedfunnet deres var at de ikke så signifikante forskjeller i utfallsmål ved 6 og 24 måneder mellom de tre gruppene. Det har versert rykter om resultatene fra denne studien i noen år, og med bakgrunnen i de ovenstående kildene samt studier som ser på forekomsten av patologiske funn hos asymptotiske individer (6-11), burde ikke resultatene fra denne studien komme som noen stor overraskelse. Det er nå etter hvert kjent at SLAP-skader (Superior Labrum Anterior Posterior) er et vanlig funn i asymptotiske individer, både hos unge idrettsaktive og hos eldre. På denne bakgrunnen kan man også spekulere i om det i stor grad opereres på hva som må anses som 'normalvariasjoner' i den generelle befolkningen. Dette faktum bare bekrefter inntrykket av at de kliniske (skulder)testene vi gjør, også for SLAP, er notorisk upålitelige. Dette er understreket i flerfoldige systematiske gjennomganger av litteraturen (12-16) og belyst elegant i en helt ny leder ved Hegedus et al (17). På bakgrunn av de ovenstående problemstillingene er det å i det hele tatt stille SLAP diagnosen som en klinisk entitet utfordrende og spekulativt.

Likevel konkluderer forfatterne med at deres studie bekrefter en mulig overbehandling med kirurgisk



intervensjon ved SLAP II lesjoner og at indikasjonene for kirurgi ved denne type intervensjoner må spises. De argumenterer for at kirurgi bør forbeholdes unge, idrettsaktive mennesker, hvilket har potensielt store kliniske og samfunnsøkonomiske ringvirkninger, da en stor andel av pasientene som opereres for SLAP i dag verken er unge eller idrettsaktive. Dette er viktig for oss som fysioterapeuter å ta med inn i vårt kliniske resonnement når vi vurderer om vi skal henvise pasienter vi mistenker har en SLAP-lesjon til ortopedisk vurdering eller ikke. At vi er oppdaterte på kunnskapen som foreligger, gjør at vi kan gjøre bedre kliniske valg, informere pasientene våre bedre, og dermed oppnå et potensielt bedre resultat gjennom «shared decision making».

Det er naturlig nok fristende å legge skylden på det ortopediske miljøet og hevde at de opererer på ting de

ikke behøver å operere på. Denne kritikken er til dels berettiget når man ser den drastiske økningen av kirurgi de siste tiårene (18-20) på tross av manglende evidens for å si at dette faktisk gir ønskede resultater sammenlignet med andre tiltak. Det som er mer ubehagelig, men desto viktigere, er å rette søkelyset på vår egen faggruppe; gjør vi en god nok rehabiliteringsjobb for disse pasientene? Leverer vi et så godt produkt at kirurgi ved disse tilstandene blir overflødig? Informerer vi godt nok om at dersom de ikke lykkes med rehabiliteringen så er ikke nødvendigvis kirurgi et tiltak som lykkes bedre (2)? Et spørsmål Schrøders studie ikke gir svar på er om fysioterapi/rehabilitering uten kirurgi eller sham ville gitt samme resultater, da det ikke var en gruppe som kun mottok dette og heller ikke en gruppe som ikke mottok behandling overhodet (naturlig tilheling / spontan bedring). Det vil si at både placebo, «natural

course» og regresjon til middelverdien kan ha hatt like stor betydning på resultatene som den fysioterapeutiske tilnærmingen, og forfatterne oppfordrer til studier som også inkluderer grupper som ikke mottar annen behandling enn kun fysioterapi, eller grupper som ikke mottar behandling i det hele tatt.

Det foreligger per dags dato ingen standardisert rehabiliterings-/opptreningsprotokoll for konservativ eller post-operativ behandling av SLAP-skader, men det er nærliggende å tilnærme seg dette gjennom et gradert og individualisert treningsprogram som stimulerer til både mobilitet, stabilitet og styrke for både skulderleddet og skulderbuen, slik de også gjorde i Schrøders studie. Det argumenteres også for at pasientene informeres om at opptreningen burde ha et 6 mnd. tidsperspektiv, og vår jobb er å skape god nok progresjon og adheランス til treningen, slik at øvelsesprogrammet vi gir både blir gjort og stimulerer til adekvat belastning gjennom forløpet, slik at vi oppnår de ønskede adaptasjonene i vevet. Mulige tilnærminger til dette kan du lese mer om i Fysioterapi i privat praksis nummer 2 2017.

Derfor er det ikke bare det ortopediske miljøet som må gjøre en kritisk vurdering av egen praksis ved publikasjoner av denne typen. Vi som fysioterapeuter må også vurdere vår egen rolle gjennom å se på hva vi kommuniserer til pasientene våre, hvordan vi motiverer pasientene for forståelse for egen helse og hvordan vi lager et godt nok rehabiliteringsopplegg til at vi kan unngå kirurgisk intervensjon. Og vi må gjøre denne vurderingen for å kommunisere til pasientene våre at til tross for at lesjonen er påvist, er det ikke sikkert at det er den som er symptomgivende, og at uavhengig av om den er det eller ikke, har de like gode muligheter til å lykkes med opptrening som med kirurgi. Gjøres dette på en god måte, har vi gode muligheter til å skape gode forventninger hos både pasient og terapeut til at rehabiliteringen skal gi ønsket resultat. Og forventninger til utfall ser ut til å være en særdeles

viktig faktor for det faktiske utfallet (21-25).

Oppsummert er Schrøders studie nok et eksempel på kirurgiens manglende overlegenhet ved MSK-plager og nok et insentiv til at vi som fysioterapeuter bør kvalitetssikre produktet vårt og sørge for at vi leverer en 'konservativ behandling' som er alt annet enn konservativ. Dette er en oppgave vi bør ta på alvor.

1. Schröder CP, Skare Ø, Reikerås O, et al: Sham surgery versus labral repair or biceps tenodesis for type II SLAP lesions of the shoulder: a three-armed randomised clinical trial Br J Sports Med 2017
2. Ketola S, Lehtinen J, Rousi T, Nissinen M, Huhtala H, Arnala I.: Which patients do not recover from shoulder impingement syndrome, either with operative treatment or with nonoperative treatment?: Subgroup analysis involving 140 patients at 2 and 5 years in a randomized study. Acta Orthopaedica 2015
3. Shi LL, Edwards TB.: The Role of Acromioplasty for Management of Rotator Cuff Problems: Where Is the Evidence? Advances in Orthopedics. 2012
4. Kukkonen, J., Kauko, T., Joukainen, A. et al.: The effect of waiting time on operatively treated non-traumatic rotator cuff tears Eur Orthop Traumatol 2013
5. Kise, N. Et al: Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up BMJ 2016
6. Guermazi, A., Niu, J., Hayashi, D., Roemer, F.W., Englund, M., et al.: Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). BMJ 2012
7. Brinjikji, W., Luetmer, P.H., Comstock, B., Bresnahan, B.W., Chen, L.E., et al.: Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. AJNR Am J Neuroradiol, 2014.
8. Register, B., Pennock, A.T., Ho, C.P., Strickland, C.D., Lawand, A., et al.: Prevalence of abnormal hip findings in asymptomatic participants: a prospective, blinded study. Am J Sports Med, 2012
9. Schwartzberg, R., Reuss, B.L., Burkhart, B.G., Butterfield, M., Wu, J.Y., et al.: High Prevalence of Superior Labral Tears Diagnosed by MRI in Middle-Aged Patients With Asymptomatic Shoulders. Orthop J Sports Med, 2016.
10. Girish, G., Lobo, L.G., Jacobson, J.A., Morag, Y., Miller, B., et al.: Ultrasound of the shoulder: asymptomatic findings in men. AJR Am J Roentgenol, 2011
11. Teunis, T., Lubberts, B., Reilly, B.T., Ring, D.: A systematic review and pooled analysis of the prevalence of rotator cuff disease with increasing age. J Shoulder Elbow Surg, 2014
12. Decary, S., Ouellet, P., Vendittoli, P.A., Roy, J.S., Desmeules, F.: Diagnostic validity of physical examination tests for common knee disorders: An overview of systematic reviews and meta-analysis. Phys Ther Sport, 2017
13. Reiman, M.P., Goode, A.P., Cook, C.E., Holmich, P., Thorborg, K.: Diagnostic accuracy of clinical tests for the diagnosis of hip femoroacetabular impingement/labral tear: a systematic review with meta-analysis. Br J Sports Med, 2015
14. Reiman, M.P., Goode, A.P., Hegedus, E.J., Cook, C.E., Wright, A.A.: Diagnostic accuracy of clinical tests of the hip: a systematic review with meta-analysis. Br J Sports Med, 2013
15. Hegedus, E.J., Cook, C., Lewis, J., Wright, A., Park, J.Y.: Combining orthopedic special tests to improve diagnosis of shoulder pathology. Phys Ther Sport, 2015
16. Hegedus, E.J., Goode, A.P., Cook, C.E., Michener, L., Myer, C.A., et al.: Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med, 2012
17. Hegedus EJ, Wright AA, Cook C: Orthopaedic special tests and diagnostic accuracy studies: house wine served in very cheap containers Br J Sports Med 2012
18. Judge, A., et al.: Temporal trends and geographical variation in the use of subacromial decompression and rotator cuff repair of the shoulder in England. Bone Joint J, 2014
19. Thorlund, J.B., Hare, K.B., et al.: Large increase in arthroscopic meniscus surgery in the middle-aged and older population in Denmark from 2000 to 2011. Acta Orthop, 2014. 85(3): p. 287-92.
20. Colvin, A.C., Harrast, J., et al.: Trends in hip arthroscopy. J Bone Joint Surg Am, 2012
21. Chester, R., Jerosch-Herold, C., Lewis, J., Shepstone, L.: Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. Br J Sports Med, 2016.
22. Pihl, K., Roos, E.M., Nissen, N., Joergensen, U., Schjerming, J., et al.: Over-optimistic patient expectations of recovery and leisure activities after arthroscopic meniscus surgery. Acta Orthop, 2016
23. Bialosky, J.E., Bishop, M.D., Cleland, J.A.: Individual expectation: an overlooked, but pertinent, factor in the treatment of individuals experiencing musculoskeletal pain. Phys Ther, 2010
24. Hoffmann, T.C., Del Mar, C.: Patients' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests: A Systematic Review. JAMA Intern Med, 2014.
25. Barron, C.J., Moffett, J.A., Potter, M.: Patient expectations of physiotherapy: definitions, concepts, and theories. Physiother Theory Pract, 2007

Fibromyalgi

– ny studie viser mulig sammenheng med inflammasjon

Denne pasientgruppen har lenge vært en pariakaste i helsesystemet – vanskelig å behandle, vanskelig å si noe om årsakene til at minimum 11 av 18 definerte smertepunkter skal være vonde. Er det triggerpunkter og stram muskulatur? Er det stress eller psykososiale faktorer som ligger til grunn? En nylig publisert studie (1) viser et utvalg fibromyalgipasienter som har flere inflammatoriske markører både i plasma og cerebrospinalvæsken enn tilsvarende kontrollgruppe. Dette kan peke på en mulig årsak til at disse pasientene utvikler fibromyalgi.



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Fibromyalgi er en tilstand som kjennetegnes av uttalt, vedvarende smerte og allodyni (stimuli som normalt ikke er smertefullt resulterer i smerte, ofte forbundet med sentral sensitivisering). Ofte medfølger stress, depresjon og humørsvingninger. Andre kjente symptomer er irritabel tarm syndrom, søvnløshet og utmattelse (fatigue, økt tretthet), men vi vet ennå lite om hva som er årsaken til fibromyalgi (2). Det er usikkert om de medfølgende symptomene er årsaker eller konsekvenser av FM. Sentral sensitivisering er foreslått som en viktig driver i prosessen ved at spinale neuroner involvert i nocisepsjon får økt eksitabilitet i membran og synaptisk effektivitet. Samtidig ser man en redusert aktivitet i nedad stigende inhibitoriske baner som vil påvirke prosesseringen av et nociceptivt input på ryggmargsnivå. Pasienter med FM har også mindre effekt av vanlig smertelindrende medikamenter som morfin og opioider. Man har også tidligere sett at økt nivå av substans P i cerebrospinalvæsken



er den mest uttalte biomarkøren hos disse pasientene.

Fra før er det forsket på forekomsten av enkelte kjente biomarkører, som interleukinene IL-6 og IL-8 og substans P hos pasienter med FM. Den svensk-norske studien nylig publisert undersøkte et mye bredere spekter av biomarkører enn det som har blitt utført tidligere. 40 kvinner med fibromyalgi ble undersøkt ved spinalprøve for cerebrospinalvæske (CSF) og plasma. Kontrollgruppen bestod riktignok av både kvinner og

menn i Sverige og artikkelforfatterne fremhever dette som en svakhet ved studien. Likevel virket det ikke som om kjønn hadde påvirkning på verdiene testet i kontrollgruppen. Forskerne fant to grupper proteiner som særlig skilte FM-pasientene fra kontroll, en for CSF og en for plasma. Særlig fremhever de chemokinet CX3CL1, også kjent som fractalkine, som de fant økte nivåer av i CSF og de tror kan være en viktig faktor for neuroinflammasjon. I tillegg har de reproduisert tidligere funn i forhold til IL-6 og IL-8, som man blant annet



har funnet i dyrestudier. Forfatterne konkluderer med: «Dette er første gang en slik omfattende inflammatorisk profil har blitt beskrevet for fibromyalgipasienter. Det synes klart at FM kan gjenkjennes på objektivt målbare biokjemiske endringer, og den eksisterende oppfattelsen om at årsakene enten er idiopatiske eller psykogene bør bli sett på som utdaterte.» (1)

Om dette vil føre frem til nye medikamenter mer spisset for kroniske smertepasienter som FM, gjenstår

å se. Dette viser nok en gang at bildet disse pasientene presenterer med er komplekst. Det betyr ikke at våre tiltak med smerteundervisning og fysisk aktivitet er mindre viktig. Det er blant annet dokumentert at jevnlig fysisk aktivitet vil redusere nivåene av IL-6 i plasma (3). Som forfatterne påpeker, sier funnene ikke noe om kausalitet – er funnene en årsak eller konsekvens av FM?

Kilder

1. Emmanuel Bäckryd LTALLALaTG. 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 Res. 2017 Mar; p. 515-525.

2. Pamela Lyon PMCMaJQ. An Evolutionary Stress-Response Hypothesis for Chronic Widespread Pain (Fibromyalgia Syndrome). MB Pain Medicine. 2011 Dec; p. 1167–1178.
3. BK P. Mucles and their myokines. J Exp Biol. 2011; p. 337-346.

Subacromiell injeksjon

i kombinasjon med treningsterapi



OPPSUMMERT AV
LARS MARTIN FISCHER

Injeksjonsterapi er på god vei inn i vårt fagfelt og kan være et nyttig verktøy hvis det blir brukt fornuftig. Injeksjoner er i stor grad mer inva-

sivt enn det pasienter flest forbinder med fysioterapi og manuell medisin. Per i dag har vi uansett ikke anledning til å bruke medikamenter til injeksjoner uten et aller annet samarbeid med ansvarlig lege. Våre anbefalinger bør baseres på oppdatert forskning. En av de hyppig brukte injeksjonene innenfor fysikalsk medisin, subacromiell injeksjon, der man ønsker å injisere bursa subacromiale. Bruk av lokalbedøvelse, kortison og hyaluronsyre er alle beskrevet. Denne studien (1) ville prøve å måle effekten av en konvensjonell fysioterapibehandling i kombinasjon med injeksjon.

Oppsett

Primært ønsket de å se på om injeksjon som tillegg til konvensjonell fysioterapibehandling (treningsøvelser + manuell behandling) ville gi bedre og raskere resultater. Pasienter med diagnose subacromiell impingement ble randomisert i to intervensjonsgrupper; injeksjon + trening, eller trening alene. Begge gruppene skulle ha minimum en manuell behandling i løpet av intervensjonen også. Forskernes hypotese var at injeksjon av kortison ville føre til redusert smerte tidlig i rehabiliteringsfasen og gjøre at pasienten kom raskere i gang med trening og belastning, som igjen ville resultere i bedret outcome. Av 114 pasienter i injeksjonsgruppen fikk de aller fleste kun en subacromiell injeksjon, men 4 pasienter fikk to injeksjoner. Pasientene fikk en blanding av kortison og lokalbedøvelse (20 mg triamcinolone acetonide + 4,5 ml 1 % lidocain). Begge grupper fikk øvelser og behandling der terapeutene kunne velge tiltak ut fra en forhåndsdefinert protokoll (2) bestående av varierende grad av mobilisering og belastninger ut fra fasen i rehabiliteringen. Pasientene som mottok injeksjon, måtte vente

1 uke før de fikk gå i gang med spesifikk trening og 2 uker før de fikk gjøre direkte belastende øvelser på skuldrene. Begge grupper måtte stoppe opp med alle idretter eller andre aktiviteter som kunne trigge symptomene.

Resultater

Det ble benyttet spørreskjema SPADI (shoulder pain disability index) ved oppstart, etter 1, 6, 12 og 24 uker, der primær outcome ble satt til 12 uker. SPADI gir en score fra 0-100, der 100 vi si vesentlig smertefull skulder og redusert funksjon. Resultatene er sammenfattet i tabellen. Det var ingen statistisk signifikant forskjell på score etter 12 uker, ei heller etter 24 uker. Derimot hadde injeksjonsgruppen signifikant bedre progresjon etter 1 og 6 uker. I følge studien er det altså ingen forskjell på resultatet etter noe tid for pasienter med impingement, enten de får injeksjon eller ei. Et annet resultat av studien viste at ca. 1/3 av pasientene i treningsgruppen ikke responderte tilfredsstillende i løpet av 12 uker på trening alene. Med andre ord – 2/3 av pasientene med subacromiell impingement ble bra med trening og manuell behandling alene, og de mener disse er gode kandidater til å kunne nyttiggjøre seg av en subacromiell injeksjon.

Kommentarer

Tall fra denne studien angir at ca. 2/3 av pasienter med subacromiell impingement vil bli helt bra med trening og manuell behandling alene, dette bør i så måte være et naturlig førstevalg for behandling. For de som ikke kommer i mål, kan injeksjon være et alternativ. Studien viser også at injeksjon kan bedre smerte og funksjon i tidlig fase og kan være til hjelp for pasienten, men vi ser jo at resultatet ikke blir bedre på lang sikt. Kan vi da forsvare en



Change in mean scores on shoulder pain and disability index over time

	Change in mean score (95% CI)		Difference (95% CI)	P value
	Exercise only	Injection plus exercise		
Week 1				
No of patients	108	104	—	—
Score:				
Total	-1.53 (-3.11 to 0.056)	-8.08 (-9.69 to -6.47)	6.56 (4.30 to 8.82)	<0.001
Pain	-1.01 (-2.68 to -0.66)	-9.04 (-10.74 to -7.33)	8.02 (5.64 to 10.41)	<0.001
Disability	-2.01 (-3.68 to -0.34)	-7.16 (-8.86 to -5.46)	5.15 (2.77 to 7.53)	<0.001
Week 6				
No of patients	103	99	—	—
Score:				
Total	-6.88 (-8.99 to -4.76)	-14.24 (-16.40 to -12.09)	7.37 (4.34 to 10.39)	<0.001
Pain	-7.29 (-9.57 to -5.02)	-15.02 (-17.34 to -12.71)	7.73 (4.48 to 10.98)	<0.001
Disability	-6.43 (-8.57 to -4.29)	-13.50 (-15.68 to -11.31)	7.07 (4.01 to 10.12)	<0.001
Week 12				
No of patients	106	99	—	—
Score:				
Total	-13.09 (-15.92 to -10.26)	-16.35 (-19.28 to -13.43)	3.26 (-0.81 to 7.34)	0.116
Pain	-13.29 (-16.39 to -10.19)	-17.11 (-20.31 to -13.91)	3.82 (-0.65 to 8.29)	0.093
Disability	-12.83 (-15.59 to -10.06)	-15.74 (-18.59 to -12.90)	2.92 (-1.05 to 6.88)	0.149
Week 24				
No of patients	97	96	—	—
Score:				
Total	-17.05 (-20.23 to -13.88)	-14.79 (-17.99 to -11.60)	-2.26 (-6.77 to 2.25)	0.324
Pain	-16.67 (-19.94 to -13.40)	-14.53 (-17.86 to -11.19)	-2.14 (-6.83 to 2.54)	0.368
Disability	-16.87 (-20.00 to -13.74)	-14.90 (-18.03 to -11.76)	-1.98 (-6.40 to 2.45)	0.380

slik praksis? Det vi i alle fall bør ha klart for oss, er hva man ønsker å oppnå med en slik injeksjon. Det er ingen «magic bullet» som fikser alt, pasienten må uansett gjennom en kontrollert opptrening og muligens noe manuell behandling også. Men for de pasientene som sliter med sterke smerter og har vanskelig for å komme i gang med rehabiliteringen eller sliter med å få resultater, kan injeksjon være et aktuelt alternativ. Forfatterne påpeker også at studien ikke er gjennomført blindet og at injeksjonene er gjennomført ana-

tomisk guidet og potensielt kunne resultatene for injeksjonsgruppen vært annerledes hvis disse ble gjennomført med ultralydveiledning, der man med større nøyaktighet kan treffe den subacromielle bursaen. Studien er heller ikke gjennomført blindet eller opp mot en sham behandling, så det er vanskelig å si noe om konseptuelle behandlings-effekter. Det kunne være interessant å se hvor bra denne gruppen pasienter blir i samme tid bare med informasjon om å unngå provosering av symptomer i en like lang periode.

Kilder

1. Dickon P Crawshaw PSHMAHEM-HSJA. Exercise therapy after corticosteroid injection for moderate to severe shoulder pain: large pragmatic randomised trial. BMJ. 2010 Juni: p. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3037>.
2. http://www.bmj.com/content/bmj/suppl/2010/06/28/bmj.c3037.DC1/crad717769.ww1_default.pdf. [Online].



Aspetar Hamstring Protokoll

For eit par veker sidan deltok eg på eit kurs i regi av NIMI kor temaet var akutte hamstringsskader. Her fekk vi nøyte innføring i diagnostiske- og funksjonelle testar. Når skaden først har skjedd er det vår oppgåve som helsepersonell å strukturere og progredierte rehabiliteringa hjå pasientane våre, heile vegen frå skadeaugeblikket og fram til ein eventuell retur til idrett. Vi har to val, enten kan rehabiliteringa vere basert på tidsaspektet (varighet på tilhelingsprosessen) eller på kriteria basert progresjon. Sistnemnte val, er den som kort skal presenterast her og er forhåpentlegvis noko du som kliniskar kan ta i bruk i din kvardag.



AV NINA PAULSEN
FYSIOTERAPEUT

Foreleser på kurset var fysioterapeutane Nicol Van Dyk og Arnlaug Wangensteen. Begge er anerkjente kliniskar og forskarar på området, og held på å avslutte sine doktorgradar innan feltet. Dei møttes på Aspetar Sports Medicine and Orthopaedic Hospital in Doha, Qatar. Nyleg har dei, saman med fleire kollegaer, utarbeida og publisert «Aspetar hamstrings protocol».

Rehabiliteringsprotokollen består av 6 stadium, der dei tre fyrste er fysioterapifasar og dei tre siste er sports-spesifikke fasar. I denne artikkelen vil ein kun presentere fysioterapifasane og hovudsakleg testbatteriet ein utfører for å vurdere pasienten sin funksjon. Protokollen inneberer spesifikke fysiske tester. Desse vert utført i starten av kvar konsultasjonstime for å kunne strukturere og

progredierte rehabiliteringa. I tillegg til å kontrollere om pasienten kan gå vidare til neste trinn, eller om ein må halde igjen og/eller ta eit steg tilbake.

Van Dyk og Wangensteen m.fl. har daglig nytta denne testprosedyren på fotballutøvarar for å kunne tilpasse rehabiliteringa på aktuell dag,

avhengig av testresultatet. Samt for å få ein peikepinn på korleis utøvaren responderte på tidlegare belastning. Sjølv om ein ikkje ser pasientane i klinikken like ofte som presentert i protokollen, så er det likevel mogleg å bruke den uavhengig om ein ser pasienten to-tre gonger i veka, ein gong i veka, annakvar veke og/eller ein gong i månaden.

	/ / 201_ Days Post:		
	Sign:		
	INJURED		UNINJURED
Average pain today	VAS	/10	
Walking	No	P NA	
Jogging	No	P NA	
2 leg squat x 3	No	P NA	
1 leg squat x 3	No	P NA	
Trunk flexion	No	P NA	
Total palp. length:		cm P	
Mid range		kg P no	kg
Outer range		kg P no	kg
SLR		° P no	°
MHFAKE		° P no	°
Bent leg bridge 3x	No	P NA	
Straight leg bridge 3x	No	P NA	

Standardisert skjema for testing av funksjon

Testbatteriet er eit måleverktøy kor ein som terapeut får standardiserte resultat omkring pasienten sin nåverande subjektive smerte (NRS), smerter ved palpasjon (NRS), rørsleutslag/fleksibilitet og styrke. Ut i frå resultata kan ein tilpasse treningsprogrammet og få ein peikepinn om ein kan gå vidare til neste fase. Protokollen foreslår også spesifikke øvingar og progresjon innan kvar fase. Sjølv om dette kan verke som ei oppskrift frå A-Å, slepp ein ikkje unna kontinuerleg klinisk resonnering. Dette for å sikre optimal utføring av protokollen og best mogleg rehabilitering for pasienten.

Vurdering av funksjon

Her utfører ein 13 tester i ein fast rekkefølge for å vurdere pasienten sin funksjon. Bilete 1 er eit utklipp av det standardiserte skjemaet.

Testane er som følgjer:

1. Gjennomsnittleg smerter i dag, 0-10 NRS.
2. Gange. Vurder om rørslemønsteret er normalt, kompensatorisk/haltande – ikkje i stand til/ikkje prøvd og/eller har behov for hjelpemiddel. Registrer smerter.
3. Løping. Vurdering om rørslemønsteret er normalt, kompensatorisk/haltande – ikkje i stand til/ikkje prøvd og/eller har behov for hjelpemiddel. Registrer smerter.
4. Knebøy x 3 repetisjonar (Bilete 2). Registrer om rørslemønsteret er normalt, smerter ved utføring, ikkje i stand til å utføre oppgåva riktig. Riktig teknikk er å «touche» benken med rumpa ved å ha knea over tå, omlag 90 graders vinkel i knea, ikkje løfte hælmar og oppreist stilling av overkropp.
5. Eit beins knebøy x 3 repetisjonar (Bilete 3). Same som ved knebøy, bortsett frå at knea skal ha ein vinkel på ca. 45 grader når ein «touche» benken.
6. Fleksjon av trunkus. Pasienten lener seg så langt ned mot golvet som mogleg, anten til knea, leggane, oklane og

tærne. Pasienten stoppar når han/ho kjenner at det strekker på baksiden av låret eller angir smerter frå skadeområdet. Registrer lengde, normalt rørslemønster, ikkje i stand til å utføre oppgåva og smertescore.

7. Palpasjonslengde (Bilete 4). Terapeuten palperer fram det



Bilete 2: Høgde på benk ved knehasen.

smertefulle område og måler i centimeter både total lengde og breidde, samt noterer ned avstand frå tuber ischii. Registrer smertescore.

8. Eksentrisk styrketest – midtre rørsleområde (Bilete 5) ved bruk av handhaldt dynamometer (HHD).



Bilete 3: Eit beins knebøy. Høgde på benk midt på låret.





Bilete 4: Måling av smertefullt område.



Bilete 5: Måling av eksentrisk styrke med HHD – midtre rørsleområde.



Bilete 6: Måling av eksentrisk styrke med HHD - ytre rørsleområde.



Bilete 7: Måling av passivt rørsleutslag med bruk av inclinometer-app.



Bilete 8: Måling av aktivt rørsleutslag med bruk av inclinometer-app.

Mageliggende utgangsstilling. Plasser testbeinet ein fotlengde over benken. Utfør tre isometriske «brake-tester» der vanleg instruksjon er «Klar – gå! – Push, push, push, push». Registrer styrke i kg og smerter ja/nei.

9. Eksentrisk styrketest – ytre rørsleområde (Bilete 6) ved bruk av HHD. Ryggliggende utgangsstilling med motsett bein fiksert ved bekkenet og midtre del av låret. Passiv fleksjon til 90 grader av testkne og plassering av HHD på pasienten sin hæl. Isometrisk «brake-tester» som ved test nr.7. Registrer styrke i kg og smerter ja/nei.

10. Passivt rørsleutslag SLR (straight leg raise) ved bruk av «Theta

Angle hand-held inclinometer» (Bilete 7). Ryggliggende utgangsstilling med motsett bein fiksert av terapeuten sitt kne. Passiv rørsle opp mot maksimal hoftefleksjon med ekstenderte kne. Registrer grader og smerter ja/nei.

11. Aktivt rørsleutslag -MHFAKE (maximal hip flexion active knee extension) ved bruk av «Theta Angle hand-held inclinometer» (Bilete 8). Ryggliggende utgangsstilling med motsett bein fiksert av terapeuten sitt kne. Pasienten flekterer maksimalt i hofta ved å ta tak rundt låret. Terapeuten ber pasienten om å aktivt ekstendere kneet så mykje som mogleg. Registrer grader og smerter ja/nei.

12. Seteløft med bøygd kne (Bent leg bridge) x 3 repetisjonar (Bilete 9). Ulike vanskegrader; begge bein, eit bein og motsett bein flektert eller ekstendert kne. Registrer om rørslemønsteret er normalt, smerter ved utføring, ikkje i stand til å utføre oppgåva riktig.

13. Seteløft med strakt kne (Straight leg bridge) x 3 repetisjonar (Bilete 10). Hæl plassert på ein benk og/eller på terapeuten sin skulder, be pasienten om å løfte hofta så langt opp som mogleg. Registrer om rørslemønsteret er normalt, smerter ved utføring, ikkje i stand til å utføre oppgåva riktig.



Bilete 9: Seteløft med bøygd kne.



Bilete 10: Seteløft med strakt kne.

Til slutt

Testane presentert her er eit fint verktøy som ein kan nytte for å evaluere pasienten sin funksjon på nåverande tidspunkt. Dette for å vurdere framgang, eventuelt tilbakegang, og for å kunne kontrol-

lere optimal treningsbelastning og progrediere treningsøvingar. Om ein er interessert i å vite meir om protokollen, så kan ein klikke seg inn på denne linken https://www.youtube.com/watch?v=Fzex_zG1JtA - her ligg full video av Aspetar Hamstrings

protokoll, med nøyte demonstrasjon av testbatteriet (korleis utføre testing av funksjon steg for steg), kva kriterier pasienten må nå for å gå til neste steg, døme på styrkeøvingar, progrediering av gange/løp og T-drill.

Totalforhandler

INTELECT RPW
RADIAL TRYKKBØLGE

SOMMERTILBUD
 Trykkbølge-pakke
Spør 41.500,-
 Pakken inneholder:
 Intellect RWP, V-ACTOR,
 Deep Impact transmitter & SL gel
Tilbudet gjelder ut august 2017

MR4 Den beste laseren på markedet!
SUPER PULSED LASER

Frå toppidrett til klinisk bruk

Kontakt oss for demonstrasjon

3 og 5 delt behandlingsbenk

NYHET

Nå med batteridrift!
Opp til 1 ukes driftstid

Norskprodusert

BIOFREEZE
GOLD THERAPY PAIN RELIEF

Bli forhandler og få opptil 50% rabatt!

G5 Fleximatic

thumper
Massasjeapparat

Produsert i Canada

sissel

Kontakt oss for forhandler priser

PINOFIT PHYSIOTAPE

Bli forhandler og få opptil 30% rabatt!

CANDo

Bli forhandler og få opptil 30% rabatt!

40 00 70 08

www.altiusgruppen.no

info@altiusgruppen.no



Løper for veldedighet:

– Jimmy (37) skal løpe 20 maraton på 20 dager for å gi flere jenter i Midtøsten rett til utdanning

Jimmy Vika (37) er daglig leder i Right to Play i Norge, og en mann som liker store utfordringer. I slutten av august starter Jimmy på en norgesreise helt utenom det vanlige, når løpeprosjektet 202020 iverksettes. Han skal nemlig fullføre et maratonløp i alle Norges fylker (inkludert Svalbard) på 20 dager. Startskuddet går på Svalbard 28. august, og prosjektet avsluttes med Oslo Maraton 16. september.





AV NINA ERGA SKJESEETH
FYSIOTERAPEUT

Jimmys bakgrunn

Med bakgrunn fra langrenn og landeveissykling har utholdenhets-trening alltid vært en del av livet til Jimmy. De senere årene har løpingen fått en stadig større plass i livet, og han har utviklet en forkjærlighet for å løpe langt. Jimmy har gjennomført flere ekstreme konkurranser og prosjekter, deriblant mange ekstremløp på opptil 160 kilometer, tre maraton på et døgn med 3 timers pause mellom hvert maraton, i tillegg til at han har løpt alle distansene under Oslo Maraton. Som trebarnsfar og leder i Right to Play, er det begrenset hvor mye tid han har til trening. For å unngå at treningen går utover kone og barn, står Jimmy ofte opp i 5-6 tiden om morgenen for å løpe flere timer før familien står opp. Det at han har en kone som også er glad i å løpe, gjør også prioriteringen enklere.

Forberedelser og gjennomføringen

Det å trene seg opp til å løpe 843,9 km på 20 dager krever struktur og omfattende forberedelser. Løpingen vil bli en ekstrem fysisk belastning på kroppen, både i opptreningen og under selve gjennomføringen. For å holde seg skadefri og optimalisere restitusjonen underveis, har Jimmy hatt tett oppfølging i opptreningsperioden. Dette innebærer løpsanalyse og oppsett av styrkeprogram, fysiske tester underveis og behandling og oppfølging hos fysioterapeut annenhver uke. Treningsvolumet (antall km i uka) har økt gradvis fra januar, og når en topp i juni/juli, før nedtrappingen mot første konkurranse starter.

Under selve gjennomføringen vil logistikk med overnatting, transport mellom fylkene, inntak av næring og søvn være ekstremt viktig for å klare å nullstille seg best mulig fra dag til dag. Velfungerende bekledning og skotøy er også essensielt for å kunne fullføre. Flere av transport-etappene mellom løpene blir på 4-5 timer i bil (i Nord-Norge blir trans-



porten hovedsakelig basert på fly), noe som vil bli en ekstra belastning for Jimmy.

Selve prosjektet

Ideen bak hele prosjektet kom opp for flere år siden, og det har vært viktig for Jimmy å bruke prosjektet til å skape oppmerksomhet rundt noe han selv brenner sterkt for. Som daglig leder i Right to Play Norge har han selv sett hvor mange barn som har behov for tilgang til utdanning, lek og idrett i de mest vanskeligstilte områdene i verden. Libanon, Jordan og Palestina er hjem til over 6,2 millioner flyktninger, der majoriteten av disse er palestinere og syrere. Right To Play jobber for at alle barn skal ha rett til å gå på skole og få utdanning av god kvalitet. Organisasjonen har i tillegg et mål om å bidra til en skole fri for mobbing og fysisk avstraffelse, der jenter er verdsatt og respektert på lik linje med gutter. Prosjektet 202020 blir derfor brukt som virkemiddel for å samle inn penger og skape oppmerksomhet rundt Right To Play sitt arbeid, og da spesielt for å gi jenter rett til utdanning i Midtøsten.

Bidra selv

Målet med prosjektet er å samle inn én million kroner til arbeidet i Midtøsten. Right to Play oppfordrer bedrifter og enkeltpersoner til å gi bidrag, og de ønsker også å engasjere lokalmiljøene på de ulike arrangementsstedene. Under gjennomføringen fra 28. august til 16. september vil det bli lagt opp til at man kan være med og løpe en liten runde eller hele etappen, og samtidig donere en sum til prosjektet. Alle etappene, med unntak av Trondheim og Oslo som er offisielle maratonløp, blir gjennomført med runder på 3-5 km. Right to play håper at lokalt næringsliv vil være med og donere ett beløp for hver runde som blir gjennomført.

Vi i Fysioterapi i Privat Praksis ønsker Jimmy lykke til med gjennomføringen!

Kilder:

- Ansatte i Right to Play Norge
- <https://202020.no//>
- <http://www.righttoplay.no/>

Anti-inflammatorisk kosthold

Kan ernæring påvirke betennelsestilstander i kroppen?

Kronisk inflammasjon (betennelse) er en velkjent tilstand blant de degenerative sykdommene vi har i dagens moderne samfunn (1). Inflammasjon er en normal bestanddel av immunforsvaret vårt, men forhøyet uløst kronisk inflammasjon kan føre til en rekke kroniske sykdommer assosiert til overvekt og fedme som kreft, diabetes og hjerte- og karsykdom (2-4).

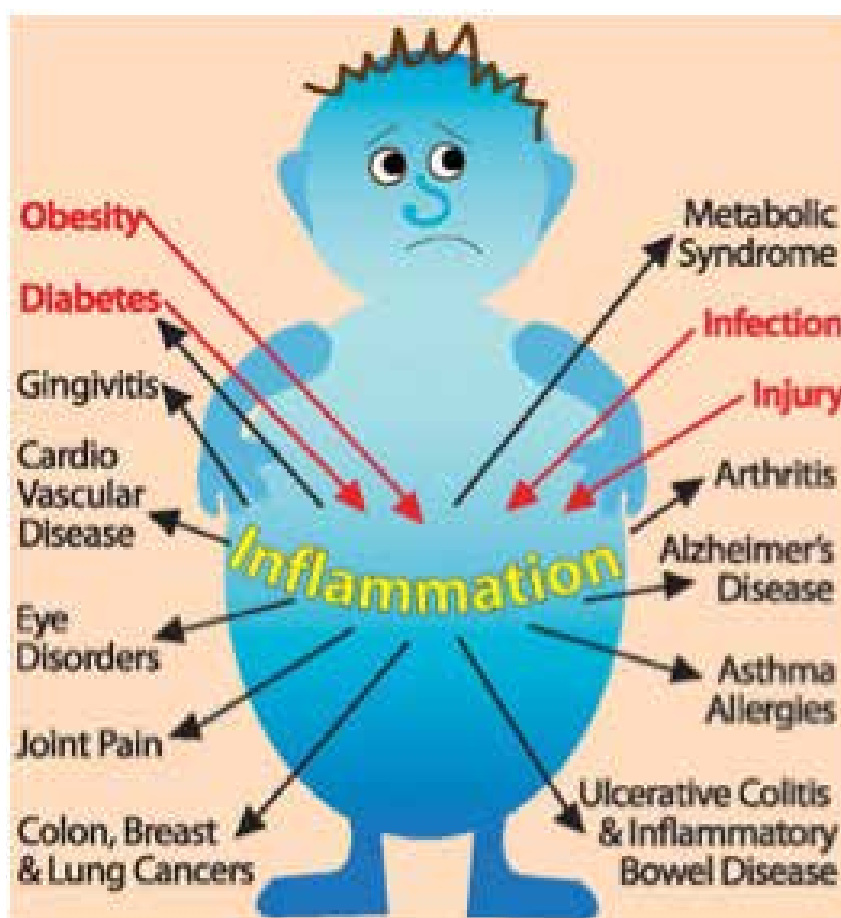


AV ANDREA NÆSS
M.S.C. HUMAN ERNÆRING

I tillegg forekommer det et høyt forbruk av smertestillende medikamenter for å redusere lidelser i muskler, ledd og bindevev grunnet ulike betennelsestilstander i kroppen. De siste årene har ernæringens rolle fått økt fokus i media hva gjelder kronisk inflammasjon, og den allmenne oppfatningen er i stor grad basert på ukritiske kilder. Denne artikkelen skal gjøre rede for hvor god dokumentasjonen bak de ulike kostrådene er. Er det opparbeidet et tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag til å kunne fastslå en betennelsesdempende eller betennelsesfremmende effekt av mat?

Hva sier litteraturen?

Per dags dato er det ikke nok evidens til å fastslå at kosthold har en direkte årsakssammenheng med inflammatoriske prosesser (2). En rekke studier foreslår at spesifikke energigivende og ikke-energigivende næringsstoffer påvirker både akutt og kronisk inflammasjon. Det mange av disse studiene har til felles er begrensninger knyttet til sine studiedesign; ofte blir det benyttet for få inflammatoriske markører til å fastsette en betennelsestilstand i blod, målgruppen er for liten/ smal eller funnene baseres kun på celle- og dyrestudier. Slike observasjoner blir vanskelig å overføre til den generelle befolkning og egner



seg ikke til å trekke slutninger fra. Til gjengjeld eksisterer det bred kunnskap om inflammatoriske mekanismer og aktører som bidrar til en betennelsestilstand, og forskningen viser at inflammasjon er nært assosiert med oksidativt stress (5). Oksidativt stress er en tilstand der det samler seg opp oksidativ skade i kroppen. Dette skjer når antioksidantforsvaret vårt ikke strekker til, slik at frie radikaler og reaktive for-

bindelser uforstyrret får påføre celler og vev skade. Ved en gjennomgang av de ulike kostholdsrådene som hevder å ha en anti-inflammatorisk effekt, finnes det mange fellestrekk til et kosthold rik på antioksidanter. Sistnevnte bygger på prinsippene til den anti-inflammatoriske teorien, ved at antioksidantforsvaret simuleres til å hindre eller reversere oksidativt stress. Kostholdet består av rikelige mengder ferske grøn-



saker, bær og frukt, belgfrukter, hele korn, fet fisk og nøtter. Dette oppsummerer en tilnærming til et middelhavsbasert kosthold som i denne sammenhengen viser seg å være av bedre effekt sammenlignet med et typisk nord-europeisk og nord-amerikansk kosthold (1).

Hvorfor er dette et viktig tema i den generelle befolkning?

En stor, og stadig økende andel av den norske befolkning blir idag kategorisert som overvektig (BMI>25) (6). Denne gruppen mennesker har ofte en eller annen grad av inflammasjon i kroppen grunnet metaboliske forandringer som blant annet bukfedme, høyt blodsukker og høyt blodtrykk (7). Disse tilstandene er assosiert med høyere sirkulerende nivåer av betennelsesskapende stoffer og lavere sirkulerende nivåer av betennelsesdempende stoffer sammenlignet med normalvektige friske mennesker. Forklaringen ligger i fettcellene som frigjør frie aktører, som forenklet beskrevet resulterer i flere inflammasjonsfaktorer som stimulerer til betennelsestilstand i kroppen. Et vekttap vil kunne korrigere de overnevnte metaboliske forandringene og en kronisk betennelsestilstand. Likevel er det blitt rettet et større fokus på fettsyrer i denne sammenhengen, og spesielt balansen mellom omega-3 og omega-6 fettsyrer. Begge disse to er vi avhengige av å få tilført gjennom

kosten, da de gir opphav for lengre fettsyrer som har mange viktige funksjoner i kroppen vår (8). Nesten all mat inneholder omega-6 fettsyrer, og spesielt korn, nøtter og vegetabiliske oljer har høye nivåer. Når det gjelder de essensielle omega-3 fettsyrene, har kilder som fet fisk og olje som er utvunnet fra fet fisk høye nivåer. Idag er det vestlige kostholdet i stor grad basert på korn som resulterer i et for høyt inntak av omega-6 fettsyrer sammenlignet med omega-3 fettsyrer. Det spekuleres i om mettede- og flerumettede fettsyrer (omega-6) har en betennelsesfremmende effekt (7). Men selv om mange av studiene som har undersøkt dette samsvarer med den generelle oppfatning av at for mye omega-6 er ugunstig, er det likevel vanskelig å overføre disse kliniske funnene til menneskekroppen. Hvis vi retter fokus mot et kosthold som resulterer i vektnedgang for denne målgruppen (overvektige), er det påvist redusert inflammasjon ved en kalori restriksjon lav på karbohydrater og fett. Det interessante her er at fettkildene i kosten ikke nødvendigvis er avgjørende for utskillelse av inflammasjonsmarkører fra fettvev i blodet. Dette betyr at det er usikkert om det er typen fett man spiser som avgjør om en betennelsestilstand senkes eller ikke. Videre er disse funnene på overvektige mennesker mer overførbare til normalvektige mennesker, da eneste forskjell er nivået av sirkulerende inflammasjonsmarkører i blodet (7).

Rent oppsummeringsvis er det ikke god nok dokumentasjon til å påvise at enkeltmatvarer eller kosttilskudd har en betennelsesdempende

Spise mer av:

- Sjømat: Laks, krill, ørret, makrell, sild, brisling, ål
- Oljer: krillolje, lakseolje, selolje, tran, linfrøolje
- Valnøtter
- Bær og frukt
- Grønne bladgrønnsaker
- Krydder og urter

Spise mindre av:

- Vegetabiliske oljer: solsikkeolje, maisolje, soyaolje, palmeolje
- Bearbejdet produkter
- Raffinerte karbohydrater: sukker, hvitt mel, hvit pasta

effekt. En riktigere tilnærming vil være å fokusere på et mer helhetlig kosthold som sikrer deg en sunn vekt og en god helse, og dermed bidrar til at kroppen står bedre rustet til å håndtere en potensiell betennelsesprosess.

Referanser:

1. Nutrition in clinical practice, Diet and inflammation, Vol 25, Issue 6 Leo Galland, december 2010.
2. Low-grade inflammation, diet composition and health: current research evidence and its translation, Harford KA, Reynolds CM, McGillicuddy FC, et al. (2011).
3. Fats, inflammation and insulin resistance, insights to the role of macrophage and T-cell accumulation in adipose tissue. Proc Nutr Soc 70, 408–417.
4. Libby P. Inflammatory mechanisms: the molecular basis of inflammation and disease. Nutr Rev. 2007;65(12 Pt 2):S140-S146.
5. Review Article, Does the Interdependence between Oxidative Stress and Inflammation Explain the Antioxidant Paradox? Oxidative Medicine and Cellular Longevity, Volume 2016 (2016), Article ID 5698931, 9 pages.
6. WHO. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. WHO. 2015 [cited 2017 Jun 04]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
7. Teng et al, Modulation of obesity-induced inflammation by dietary fats: mechanisms and clinical evidence, 2014.
8. Shils.M SM, Ross.A, Caballero.B, Cousins.R: Modern Nutrition, In Health And Disease,10 edn: Lippincott Williams&Wilkins; 2005.



Selvsikkerhetens luftslott

Dette faget – og spesielt møtet med mennesker med plager i muskelskjelettaparatet – er et sammensurium av følelser. Nysgjerrighet, undring, fortvilelse, forvirring, glede, sorg, usikkerhet. Noen ganger møter man mennesker i dype, eksistensielle kriser som har frustrerende spørsmål omkring sin egen tilstand og sine framtidsutsikter. Min jobb er å navigere dette landskapet med verktøyene jeg har til rådighet. Men hva når kartet ikke stemmer med terrenget? Og hva når kompasset jeg har benyttet ikke fungerer?



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Gammelt kart i nytt terreng

På tross av at anerkjente medisinske tidsskrifter nylig har tatt til orde for at vi må tolerere usikkerheten vi lever i [1], står dette ofte i sterk kontrast med vår identitet som helsepersonell. Navigeringen i usikkert farvann er også ofte svært annerledes enn oppskriftene man har lært på grunnutdanningen. Ikke minst byr usikkerheten på utfordringer i møtet med pasienter som kommer til oss for klare svar. Den velkjente fysioterapeuten Louis Gifford har pekt på at pasienter har noen få, men grunnleggende spørsmål de ønsker besvart i møtet med helsepersonell: (1) hva er det som feiler meg? (2) er dette farlig? (3) hvor lang tid vil det ta å bli bedre? (4) er det noe jeg gjøre for å hjelpe meg selv? (5) er det noe du kan gjøre for å hjelpe meg?

Ser man over disse spørsmålene, må man erkjenne at noen av spørsmålene ikke har klare svare. Da alvorlige sykdommer er sjeldent i muskelskjelettpraksis, vil det epidemiologisk sett være relativt enkelt å besvare spørsmål 2 [2]. Spørsmål 4 og 5 inneholder også elementer som man i en moderne praksis burde være i stand til å besvare på en adekvat måte. Evnen til å vurdere prognose relaterer seg til spørsmål

tre, og også her er litteraturen mangelfull [3].

Men det mest fundamentale er spørsmål 1. Vi må dessverre erkjenne at vi i de fleste tilfellene ikke kan besvare dette spørsmålet med hundre prosent sikkerhet. Ser man på forskningsinnsatsen på muskelskjelettområdet som en helhet, ser man at de største bevilgningene har vært i favør korsryggssmerter. Dette er forståelig grunnet den enorme sykdoms- og samfunnsøkonomiske byrden dette medfører [4,5]. Samtidig må vi forstå at som en direkte følge av dette er vår viten omkring ekstremitetsplager tilsvarende begrenset. I denne konteksten er det derfor interessant at vi på tross av massiv forskningsinnsats, ikke er lenger enn at >90% av pasienter med korsryggssmerter karakteriseres som «uspesifikke» [6,7]. Men hva om de samme mekanismene kan overføres til ekstremitetene? Hva om patellofemoralt smertesyndrom er knærnes uspesifikke korsryggssmerter? Eller om rotatorcuff tendinopati er skuldrenes svar på det samme?

Selvsikkerhet i fravær av reell viten

Det har etter hvert blitt godt kjent at bakgrunnsbefolkningen har en myriade av 'funn' på diverse skanninger, selv om de ikke har smerter [8-13]. Videre har man etter hvert forstått at de fleste kliniske tester har begrenset verdi [14-16]. Deres begrensning ligger hovedsakelig i mangelen på en reell gullstandard,

og således har forskere oppfordret klinikere til å simplifisere sine undersøkelsesmetoder og behandlingsalgoritmer [17].

Det ovenstående tegner et bilde av at krystallklare svar er en utopi. Den anerkjente skulderforskeren Jeremy Lewis har forklart det slik: «For å være ærlig, så vil du være en svært modig person hvis du tør å si til pasienten at du vet hvor symptomene kommer fra.»

Fra struktur til funksjon

I en verden drevet av strukturelle diagnoser, er det vanskelig å godta denne nye kunnskapen uten en viss grad av tilbakeholdenhet. Desto høyere opp på invasivitetsstigen man klatrer, desto vanskeligere vil det nok være å anerkjenne selvsikkerhetens luftslott. Man må kunne forsvare, både medisinsk og moralsk, hvorfor man velger å injisere eller operere på en struktur man antar er symptomgivende. Studier som har undersøkt placebo-kirurgi bør gjøre oss enda mer årvåkne for nettopp denne problemstillingen [18-20]. Det er for eksempel vanskelig å forsvare at man velger å gjøre en bicepstenotomi i skulderen på grunn av smertefull palpasjon og positiv Speed's test.

For fysioterapeuter derimot, vil denne 'nye viten' kunne brukes som en katalysator for endret fokus. Hvor man kan ta utfordringen til forskerne på alvor [17], og gjøre et kritisk blikk på egen praksis. Man kan revurdere



tiden man bruker på pasienten og hvilke faktorer man fokuserer på:

- Hvor gode er vi i kartleggingen av psykososiale faktorer?
- I hvor stor grad benytter vi validerte utfallsmål?
- Hva slags klinisk resonnering ligger det bak testbatteriene vi utfører?
- Hvor dyktige er vi på de simple tingene – leddutslagsmål og styrketester?
- Gjør vi en god nok jobb når det kommer til planlegging, progrediering og monitorering av pasientenes rehabilitering?

Som faggruppe hvis hjørnestein hviler på aktive mestringsstrategier, vil det være mye enklere å anerkjenne at selvsikkerheten er et luftslott. Det vil igjen være enda mer tilfredsstillende å anerkjenne det faktum at selvsikkerheten omkring spesifisitet ikke er nødvendig for å veilede pasientene til bedre helse - gjennom rådgivning, behandling og trening.

1. Simpkin, A.L., et al.: Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? *N Engl J Med*, 2016. 375(18): p. 1713-1715.
2. Henschke, N., et al.: Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum*, 2009. 60(10): p. 3072-80.
3. Newell, D., et al.: Prognostic accuracy of clinicians for back, neck and shoulder patients in routine practice. *Chiropr Man Therap*, 2013. 21(1): p. 42.
4. Buchbinder, R., et al.: Placing the global burden of low back pain in context. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2013. 27(5): p. 575-89.
5. Vos, T., et al.: Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012. 380(9859): p. 2163-96.
6. Maher, C., et al.: Non-specific low back pain. *Lancet*, 2017. 389(10070): p. 736-747.
7. O'Sullivan, P.: It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. *Br J Sports Med*, 2012. 46(4): p. 224-7.
8. Brinjikji, W., et al.: Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *AJNR Am J Neuroradiol*, 2014.
9. Nakashima, H., et al.: Abnormal Findings on Magnetic Resonance Images of the Cervical Spines in 1,211 Asymptomatic Subjects. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2015.
10. Girish, G., et al.: Ultrasound of the shoulder: asymptomatic findings in men. *AJR Am J Roentgenol*, 2011. 197(4): p. W713-9.
11. Schwartzberg, R., et al.: High Prevalence of Superior Labral Tears Diagnosed by MRI in Middle-Aged Patients With Asymptomatic Shoulders. *Orthop J Sports Med*, 2016. 4(1): p. 2325967115623212.
12. Register, B., et al.: Prevalence of abnormal hip findings in asymptomatic participants: a prospective, blinded study. *Am J Sports Med*, 2012. 40(12): p. 2720-4.
13. Guermazi, A., et al.: Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ*, 2012. 345: p. e5339.
14. Reiman, M.P., et al.: Diagnostic accuracy of clinical tests for the diagnosis of hip femoroacetabular impingement/labral tear: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med*, 2015. 49(12): p. 811.
15. Reiman, M.P., et al.: Diagnostic accuracy of clinical tests of the hip: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med*, 2013. 47(14): p. 893-902.
16. Decary, S., et al.: Diagnostic validity of physical examination tests for common knee disorders: An overview of systematic reviews and meta-analysis. *Phys Ther Sport*, 2017. 23: p. 143-155.
17. Hegedus, E.J., et al.: Orthopaedic special tests and diagnostic accuracy studies: house wine served in very cheap containers. *British Journal of Sports Medicine*, 2017.
18. Sihvonen, R., et al.: Mechanical Symptoms and Arthroscopic Partial Meniscectomy in Patients With Degenerative Meniscus Tear: A Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Ann Intern Med*, 2016.
19. Jarvinen, T.L., et al.: Arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear. *N Engl J Med*, 2014. 370(13): p. 1260-1.
20. Schroder, C.P., et al.: Sham surgery versus labral repair or biceps tenodesis for type II SLAP lesions of the shoulder: a three-armed randomised clinical trial. *Br J Sports Med*, 2017.



PainCloud Convention 2017

21-22. april ble tidenes første PainCloud Convention arrangert på Thon Hotel Arena, Lillestrøm. Osteopatene Ole Morten Salte og Sigvar Garfors hadde nedlagt mange arbeidstimer i forkant og trommet sammen store navn innen smertevitenskapen.



AV SISSEL GULAKER
OSTEOPAT MNOF

Manuellterapeut Sigurd Mikkelsen var førstemann ut på PainCloud med temaet Clinical implications of predictive processing. Dette er et interessant tema som omhandler hvordan mennesket tolker informasjon. I de aller fleste tilfeller vil hjernen tolke informasjon og bearbeide denne informasjonen uten særlige «feil». Om det oppstår feil i denne tolkning blir vi bevisste og må gjøre noe med dette. Se for deg at du kjører bil på en landevei. Du vil da se primært på veien og tolke synsinntrykkene, og styre rattet og farten ut fra dette. Hjernen tolker alle inntrykkene, men det er så langt normalt, og vi bruker ikke mye energi på dette. I det sekundet en hjort kommer inn i sidesynet i

retning av veien, blir det en «feil» i tolkningen: dette er ikke normalt i denne situasjonen, og vi må gjøre noe med denne «feilen». Dette er kort fortalt noe av det predictive processing handler om, og dette kan også overføres til hvordan man tolker smerter. Sigurd er en aktiv foreleser, og engasjerte salen med flere eksempler som omhandlet tolkning av egen kropp og mer spesifikke eksempler som optiske illusjoner. Dette foredraget ga oss innblikk i hva som påvirker pasientens tolkning av smerter, og hvor individuelt dette er.

Viktigheten av terapeutisk allianse
Amerikanske Dr. Jason Silvernail snakket i sitt foredrag Flipping the pain curriculum om viktigheten av terapeutisk allianse, og hvordan man best kan skape denne med sine pasienter. Jason presenterte blant annet sin 3-steps modell for hvordan alliansen kan skapes:

1. Vær troverdig og «likandes»
 - fremstå profesjonell
 - vær trygg
 - ta deg tid til å bli kjent med pasienten din
2. Bygg motstandsdyktighet mot smerten
 - bygg opp under pasientens styrker
 - forsterk pasientens evne til å oppnå positive endringer
3. Bli enige om mål og fremgangsmåte
 - gi behandlingen mening
 - ha alltid målet i bakhodet
 - bruk enkle forklaringer, og presenter øvelser for å nå pasientens mål. Er pasientens mål å jobbe i hagen, legg til rette for behandling og øvelser relatert til denne situasjonen.

Om å forstå smerten
Manuellterapeut Kjartan Vibe Fersum presenterte Cognitive

functional therapy (CFT) og forskningen han og flere med ham har gjort på low back pain (LBP) over de siste årene. CFT er en pasient-sentrert tilnærming som tar for seg oppfatningen, frykten og adferden til individer med low back pain. Tanken er at personen skal forstå at smerten ikke reflekterer skade, men heller at denne personen er inne i en ond sirkel av smerte og nedsatt funksjon. Nervesystemet fyrer, og er sensitivisert på grunn av negativ oppfatning, man opplever håpløshet i forhold til situasjonen, angst, fear avoidance, noe som videre kan føre til uhensiktsmessig bevegelsesmønstre, endring av hverdagsliv og lite lyst til å være sosial. Motivational interviewing (MI) er et viktig virkemiddel, i tillegg til den terapeutiske alliansen som Jason snakket om tidligere på dagen. I tillegg må man legge inn spesifikk bevegelsestrening og integrere dette gradvis til noe funksjonelt for pasienten.

Vit når du skal sende pasienten videre

Fysioterapeut Sandy Hilton tok for seg Adapting graded exposure and graded imagery to pelvic pain populations. Sandy jobber med bekken smerter både hos menn og kvinner og er opptatt av omfanget av ulike bekken smerter, og at vi som klinikere ikke er flinke nok til å avdekke og kartlegge denne typen plager hos våre pasienter. Dette kan være et vanskelig tema, og føler man seg ikke kompetent eller sikker på denne typen plager, bør man vite hvor man kan henvise disse pasientene videre. Det ble mye prat om «pooping, farting and sex», temaer Sandy helt tydelig var veldig komfortabel med å snakke om.

Morsom trening med mening

Kiropraktor og fysioterapeut Jørgen Jevne avsluttet en meget innholdsrik lørdag med sitt foredrag From #sexyscalpel to #sexyrehab – a case for making rehabilitation more exciting and less boring. Flere har kanskje vært deltager på noen av Jørgens fagdager rundt om i det ganske land. Han avsluttet lørdagen med et lettbeint foredrag om blant annet mytene rundt skulderimpingement, hvordan forskning har gjort at man går mer

vekk fra ulike skulderoperasjoner og heller fokuserer på riktig trening med mening, så funksjonelt og morsomt som mulig. Det øker i alle fall sjansen for at pasientene faktisk gjør det de blir bedt om.

Kan man få smerte av en assosiasjon?

Søndagen ble startet av Tory Madden fra Sør-Afrika, og hennes foredrag Classical conditioning framework in pain. De aller fleste har vel hørt om Pavlovs hunder og classical conditioning response, og Tory tok dette med seg over i sin forskning på hvorfor smerte består, selv om skaden i vevet er helet. Kan man få smerte av en assosiasjon? Tory har gjennom sin doktorgrad utført flere studier som prøver å demonstrere dette. Testpersoner har fått et forutsigbart, smertefullt stimuli i ett område, etterfulgt av ikke-smertefullt stimuli i nærheten av dette område. Resultatene av dette viser en tendens til at personer, slik som Pavlos hunder, kan assosiere dette stimuli til smertene sine. Hun snakket videre om hypotesene kan overføres til virkeligheten, gjennom eksempelvis episoder hvor fremoverbøyning gjør vondt. Kan dette gå over i en langvarig smertetilstand gjennom denne formen for assosiasjon? Det gjenstår å se.

Med tankene under mikroskopet

Osteopat Alison Sim fokuserte i sitt foredrag på Psychological approaches for chronic pain and how manual and exercise therapists can integrate them into practice. Dette var et foredrag som utforsket ulike psykologiske tilnærminger til behandling av smerte. Hun snakket blant annet om Cognitive behavioural therapy (CBT) som best kan beskrives som en triangel bestående av tanker, følelser og oppførsel eller behaviour. Her legger man tankene under mikroskopet. Man forsøker å løse problemene sammen med pasienten, identifiserer de unyttige tankene, realitychecker tankene, og ser på om oppførsel og behaviour kan være med og endre dem. Alison snakket også om kommunikasjonen med pasienten som en egen intervensjon, og at å strukturere kommunikasjonen bedre, ville kunne gi bedre konsultasjon og



intervensjon. Her kunne CBT brukes som et verktøy for å bedre strukturere kommunikasjonen.

Mer engasjerte og deltagende pasienter

Søndagens avsluttende foredrag Motivational approach to enhancing self-management, ble holdt av ergoterapeut Bronnie Lennox fra New Zealand. Hun snakket om viktigheten av å engasjere pasientene i behandlingen, da det er veldig begrenset med tid vi faktisk har sammen med våre pasienter. Ofte ber vi pasientene våre gjøre helt nye ting, endre på måter de gjør en ting de har gjort i mange år eller gjøre noe som bryter med vaner som er betydningsfulle for pasienten. Måten man involverer pasienten i behandlingen på, hvordan man forklarer hensikten med en øvelse, og at man forsøker å gjøre en øvelse så relevant som mulig, er måter man kan sikre seg at pasienten er mer deltagende i sin behandling og rehabilitering.

Bronnie kom også med mange eksempler på hvordan og hvilke spørsmål man kan stille til en pasient med kroniske smerter, og understreket viktigheten av å være tydelig ovenfor pasienten, og sjekke at det du sier er blitt forstått.

Det er vanskelig å oppsummere kort en slik helg som PainCloud viste seg å bli, men alle videoene fra konferansen kan kjøpes på www.paincloud.com, her er det mye god læring for oss alle (tør jeg å påstå). 21.-22. april 2018 går PainCloud Convention 2018 av stabelen. Det som ble presentert på Lillestrøm er viktig for absolutt alle manuelle behandlere, og både deltagere og foredragsholdere var fulle av lovord overfor arrangementet.

Ultralydscanning

– en oppsummering av utdanningen

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF) og Foreningen for Ultralyd i Allmennpraksis (FUA) har innledet et samarbeid hvor de tilbyr muskel- og skjelett ultralydkurs til helsepersonell i Norge.

KJETIL NORD-VARHAUG/
HILDE STETTE

Kursene kjøres sammen med Foreningen for Ultralyd i allmennpraksis (FUA), og blir godkjent for poeng og timer hos Spesialistrådet til Allmennlegeforeningen, ortopedene, fysikalsk medisin og revmatologene. Naprapatforbundet gir også godkjente poeng, men med kiropraktorene foreligger det per i dag ennå ikke et formelt samarbeid.

Kursene er akkreditert i det internasjonale ESSR (European Society for Radiology)

Basic-kursene 1-3 gir godkjent poeng som prior Learning på MSC/PGC og PGD gradene på Bournemouth University, og deres underavdeling som kjører den praktiske delen av kursingen i Bournemouth som heter CUS (Centre for Ultrasound studies)

Generell informasjon om Ultralydutdanningen

Fokus på Intro-kurset:

- teknisk mestring av ultralydscanningsapparatet
- danne seg en forståelse av teknologien bak ultralydbildene
- kunne identifisere normale anatomiske strukturer i forskjellige deler av kroppen

- kunne utføre minimum 5 skanninger/ projeksjoner (supervisert) i hver av de regioner som gjennomgås.

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

- kunne identifisere normale anatomiske strukturer i de aktuelle kroppsdelene
- kunne påvise og beskrive spesifikke ultralydskanninger
- kunne identifisere og diagnostisere relevante funn, som understøtter den kliniske undersøkelsen
- kunne utføre i alt min. 100 skanninger/ projeksjoner selvstendig. Skanningene/ projeksjonene gjennomgås først, deretter jobber man med disse i grupper på 3 (evt. 2) under supervisjon som til sist skal godkjennes.

Fokus på Advanced - Modul 4, 5, 6, 7, 8 og 9

(forutsetter gjennomført Modul 1, 2 og 3)
(advanced modulene kan tas i vilkårlig rekkefølge)

- korrelasjon mellom klinisk undersøkelse og ultralydskanning
- kunne vurdere og konkludere funnene i klinisk undersøkelse og ultralydskanning
- kunne beskrive relevante funn



skriftlig til andre faggrupper.

- benytte ultralydskanningen som et pedagogisk redskap i forbindelse med trening og behandling
- store deler av kurset jobber man med pasient-caser, samt også reelle pasienter

Fokus på modul 10 og 11

Metoder, prosedyrer og diagnostikk av spesielle skader.

Passer for de med mye erfaring med ultralyd. Mange av kursene er teori, men det vil bli mulighet for en del «hands on» skanning.

Godkjenning av Legeforeningen

Komiteen i allmennmedisin har godkjent Basic kursene med 20 poeng som emnekurs/klinisk i ultralyddiagnostikk til videre- og etterutdanningen.

Komiteen i ortopedisk kirurgi godkjenner Basic kursene med 16 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialistenes etterutdanning.

Fysikalsk medisin og rehabilitering: Basic kursene godkjennes med 16 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialistenes etterutdanning.

Revmatologi: Basic kursene god-

kjennes med 16 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering og spesialistenes etterutdanning.

Advanced kursene søkes fortløpende godkjent for spesialitetene i legeforeningen.

Godkjenning av Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund

Basic kursene gir godkjent 18 timer undervisning i forbindelse med tittelen Spesialist i Muskel og Skjelett Ultralyd.

Kurstimene er godkjent som faglig oppdatering i forbindelse med vedlikehold av tittelen Spesialist i Klinisk Ortopedisk Fysioterapi med 18 timer.



Norges Naprapatforbund

Norges Naprapatforbund godkjenner enkelte kurs med 6 poeng (for 2 dager) i sitt poengsystem for videreutdanning. Du kan se hvilke kurs dette gjelder i deres kurskalender her: www.naprapat.org/kurs/poenggivende-kurs

Historie:

Styret i PFF vedtok i oktober 2010 at videreutdanning i ultralyddiagnostikk skal være en forbundsegen utdanning basert på en dansk modell med 3 moduler à 2 lange undervisningsdager fordelt over 7 mnd. Danske Fysioterapeuters forbund har i flere år utdannet sine medlemmer i denne diagnostikkformen, og nå blir dette altså tilgjengelig også for norske fysioterapeuter i privat praksis.

I 2015 innledet PFF og FUA et samarbeid om arrangement av kursene.

Etter fullført 3 modulkurs kan studentene søke om å få gå opp til eksamen ca. 1 år etter å ha avsluttet siste kurs.

Privatpraktiserende fysioterapeuters forbund (PFF) har satt seg som mål å være ledende på å tilby kurs som er aktuelle for de som jobber i privat praksis. Inkluderingen av videre-

utdanning i diagnostisk ultralyd i kurstilbudet er et steg i riktig retning og vil være starten på en satsning på dette området.

Ultralyd er på full fart inn i primærhelsetjenesten grunnet bedre kursmuligheter og reduserte priser på diagnostisk utstyr, og er av mange sett på som en metode å skille seg fra mengden. Men også fysioterapeuter med kommunal avtale fatter interesse for UL, og ser mulighetene som ligger i denne formen for diagnostikk.

Undervisningen i ultralyd vil legges primært til Oslo fra fredag morgen til lørdag kveld. For medlemmene i PFF og FUA så vil kursavgiften rabatteres slik det gjøres også for forbundets andre kursrekker. Medlemmer fra andre forbund eller fysioterapeuter uten forbundstilknytning samt annet helsepersonell er også velkomne på kursene.

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

undervisningsmodul, men 12 mnd. etterpå, er at ultralyd er noe man må jobbe mye med for å bli god. Etter gjennomført kursrekke har man grunnlaget for å bruke ultralyd på klinikken, men fortsatt en lang vei å gå før man er god. Ved å praktisere bruken av ultralyd i sin daglige praksis de neste 12 mnd, bør man i løpet av denne perioden utvikle teknikken og kunnskapen tilstrekkelig til å kunne bevise disse ferdighetene ved å gå opp til eksamen.

Eksamen vil bestå i pasient kasus hvor kandidaten tar opp anamnese, gjør relevante kliniske undersøkelser. Dette følges opp av en ultralydundersøkelse hvor man ønsker å bekrefte eller avkrefte klinisk mistanke om eventuell patologi. Avslutningsvis skal kandidaten forfatte en epikrise basert på gjennomført undersøkelse, både klinisk og sonografisk. Eksamen vurderes til bestått/ikke bestått. Sensorene for eksamen vil bestå av både fysioterapeut og legespesialist for å kvalitetssikre både eksamen og utdanningen.

For mer informasjon om PFFs ultralydkurs: ultralydscanning.no

PFF søker om 4 mill. kroner i rammetilskudd til etterutdanning

PFF har fra 01.01.2017 fått innpass i Fysiofondet i form av plass i styret med et styremedlem med personlig vara. Fra samme dato har forbundet blitt med i fondets invitasjon til å søke om rammetilskudd for perioden 01.01.2018 til 31.12.2020, og tilskudd til enkeltarrangement for 2018. PFF har innen søknadsfristen som utløp den 1/6-17 sendt søknad som samlet er på 4,6 mill.



AV HENNING JENSEN
GENERALSEKRETÆR PFF

Innkommne søknader fra de 3 forbundene som nå er representert i Fysiofondet skal først behandles av en ekstern fagkomité som skal utarbeide en innstilling, som siden skal behandles i Fysiofondets styre. Det er Linda Linge som er forbundets faglig ansvarlige, mens generalsekretær Henning Jensen er prosjektansvarlig for PFF i denne sammenhengen. PFF's representant i Fysiofondets styre er Edgeir Gunvordal, mens Henning Jensen er hans personlige vara.

Resymé av søknaden fra PFF - Enkeltarrangement

PFF har tradisjon for å arrangere en årlig kongress på våren. De siste årene har kongressen vært av to dagers varighet og lokalisert på hotell i Oslo. Det legges vekt på dagsaktuelle temaer, nyere forskning og dyktige forelesere fra inn- og utland avhengig av tema. Kongressen har totalt 15 – 16 timer med faglig innhold. PFF vil at dette skal være en arena for faglig påfyll som man kan bruke direkte i hverdagen tilbake på jobb

Det er viktig at vår yrkesgruppe er i stand til å tilegne seg ny kunnskap og nye metoder for å forebygge negative helsemessige konsekven-

ser av de endringene som finner sted, og i tillegg til andre kurs og videreutdanning er en årlig kongress en anledning å kunne diskutere fag med fysioterapeuter som har ulik faglig bakgrunn når man er samlet gjennom to dager..

Rammesøknad etterutdanning

Samfunnet er i kontinuerlig endring, og det er viktig at vår yrkesgruppe er i stand til å tilegne seg ny kunnskap og nye metoder for å forebygge negative helsemessige konsekvenser av de endringene som finner sted.

Fysioterapeuters faglige autonomi er også i stadig utvikling, så vel i praksisfeltet som ved endringer i lover og forskrifter. Dette setter krav til at fysioterapeuter skal innta en mer selvstendig rolle i helsetjenesten, og derfor være bedre rustet til å være den første som møter pasienter med helseutfordringer fra bevegeapparatet.

Vår forståelse av helse og sykdom er en dynamisk prosess hvor det forventes at vi skal kunne være fleksible, tilpasningsdyktige og ta ansvar for befolkningens behov for utredning, kurativ behandling, habilitering og rehabilitering.

PFF's etterutdanningstilbud skal imøtekomme de utfordringene som skisseres ovenfor, basert på kursvirksomhet og en spesialistordning.

PFF har til nå drevet denne virksomheten uten støtte fra Fysiofondet. Gjennom etterutdanningstilbudet hos PFF vil medlemmene få både enkeltstående kurs, men også muligheten til å følge kursrekker for å etablere seg innenfor en eller flere av PFF sine spesialistretninger Dette skal stimulere til kompetanseheving for fysioterapeuter og bidra til å utvikle fysioterapi som fag og profesjon. Etterutdanningen vil også virke som en plattform for etablering av faglige nettverk og bidra med å knytte de ulike fagområdene sammen. Det er viktig at tilbudet er lett tilgjengelig og når bredden av fysioterapeuter. Med støtte fra Fysiofondet har PFF muligheten til å redusere kursavgiften. Dette er særlig viktig for nyutdannede som trenger videre faglig utvikling for å være rustet til å gi et godt tilbud til befolkningen.

En av PFF's målsettinger er i den kommende 3-års periode å videreutvikle sine spesialistutdanninger til å fylle kompetansekravet for takst A2k.



Ønsker du å tilby produkter fra



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

– Får ikke rost PFF nok!

Tidligere privatpraktiserende fysioterapeut Knut Stian Fjellestad får ikke takket PFF nok for hjelp og støtte i sin vanskelige sak etter at han ble syk og måtte selge sitt institutt. Selv om han tapte sin sak, vil forhåpentligvis hans kamp hindre at lignende avgjørelser blir tatt igjen.

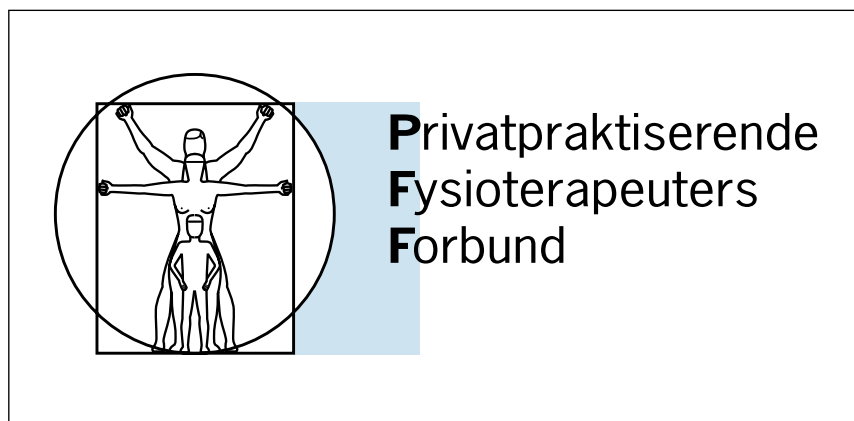


AV HILDE STETTE
FYSIOTERAPEUT

Knut Stian Fjellestad hadde tidligere et fysioterapiinstitutt i Førde før han ble alvorlig syk og ufør. Han drev sin klinikk med en driftshjemmel fra kommunen, og da han ikke lenger kunne arbeide som normalt, ble han tvunget til å lyse ut denne hjemmelen. Prisen på goodwill ble satt, men den nye overtageren var ikke interessert i å betale summen det kostet for klinikken som også var tilknyttet et treningssenter.

Forvirring om hjemmel

Det hele endte med en tvistesak i Nasjonal tvisteløsningsnemnd for privat fysioterapivirksomhet i kommunal helsetjeneste. Nemndlederen i saken tolket ASA 4313 på en måte som hverken Fjellestad eller PFF så fornuft i, og Knut Stian tapte på alle punkter. Han ble i tillegg ilagt alle sakskostnader. Til sammen kostet saken nesten 400 000 kr., noe som åpenbart ble en stor belastning for Fjellestad som ikke lenger var arbeidsfør. Forvirringen lå hovedsakelig i om hjemmelen var en personlig hjemmel, noe Knut Stian hele tiden hadde ment og kommunen bekreftet, eller om det var en hjemmel tilknyttet hans aksjeselskap. Det at nemnden med sine vitner tolket hjemmelen som knyttet til



hans aksjeselskap, avgjorde saken, og Knut Stian tapte. Dommen kan ikke ankes, og blir dermed stående.

Stor belastning

For Knut Stian og hans familie ble saken en stor belastning, en sak som de på de fleste punkter følte sterkt urettferdig og urimelig. Knut Stians far førte under hele prosessen saken for sin syke sønn. PFF ble kontaktet for å hjelpe til og satte sin advokat Øyvind Kraft på saken. Han gjorde et solid og omfattende arbeid, og ble under hele prosessen støttet av PFFs generalsekretær Henning Jensen med faktaopplysninger. Alt for å hjelpe Knut Stian med å vinne frem med sitt syn på saken.

–Med generalsekretær Henning Jensen sin hjelp og forståelse ble det aller meste av våre utlegg dekket av rettshjelpsfondet, sier Knut Stians far.

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund

Store reaksjoner på saken

Det har vært mange reaksjoner fra medlemmer i PFF som også mener at sakens utfall virket urimelig og hensynsløs. Også NFF-medlemmer har kontaktet familien og vært sterkt uenige i en sak som vil kunne være like kostbar for NFF som den har vært for PFF. Nemndlederen som tok denne saken, sitter ikke lenger i tvisteløsningsnemnden, og ny nemnd er ennå ikke kommet på plass.

Saken gjelder Nasjonal tvisteløsningsnemnd for Privat Fysioterapivirksomhet i Kommunal Helsetjeneste sak nr. 2/2014. Saken er i sin helhet tilgjengelig på nettet.

ALFACare

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

Klinikkutstyr
Trening og rehabilitering
Ortoser
Medisinsk forbruksmateriell
m.m

Du finner alt du trenger til din praksis på:

www.alfacare.no

Logg inn for å se din pris.
Hvis du ikke er registrert som kunde hos oss kan du ringe oss på 35 02 95 95 eller sende en mail til post@alfacare.no så sørger vi for at du blir registrert med riktige rabatter.

Irradia

Nyhet hos AlfaCare!
Nå kan du kjøpe Irradia lasersystem hos oss.

Mer informasjon på
www.alfacare.no



Anatomiske modeller



Eis Gel



Benker



Akupunktur nåler

ALFACare

www.alfacare.no, post@alfacare.no, tlf: 35 02 95 95

Aspmyra Fysioterapi AS i Bodø inviterer til:

Manual Concept med Toby Hall «Certificate in Spinal Manual Therapy»

Bodø 28.april – 1.mai + 29.mai – 1.juni 2018 (4+4 dager)

Her kommer en unik mulighet til å utvikle dine kliniske ferdigheter og fordype din faglige kompetanse som manuellterapeut eller fysioterapeut! Vi arrangerer et omfattende 8 dagers kurs som gir deg fordypning i undersøkelse og behandling av cervical, thorakal og lumbal columna. Kurset integrerer nyeste vitenskaplig kunnskap med klinisk praksis. Kursholder er Dr Toby Hall som underviser på mastergradsstudiet ved Curtin University i Perth, der mange norske manuellterapeuter har tatt sin utdanning. Dr Toby Hall holder regelmessig kurs rundt om i hele verden gjennom Manual Concept.

Kurset holdes i Aspmyra Fysioterapi AS sine lokaler sentrumsnært i Bodø.

Kursavgift: kr 13.500,- Inkludert i kursavgiften er kurskompendiet og forhåndslitteratur.

Early bird kursavgift kr 12.000,- ved påmelding innen 30.10.2017!

Påmelding:

Send navn, adresse, tlf. nr. og e-post til: jp@aspmyrafysioterapi.no. Ved påmelding betales et depositum kr 3000,- til kontonr. 6428.05.44823. Husk å merke ditt navn ved betaling! Påmelding er bindende.

Hele kursavgiften må være betalt 2 mnd. før kursstart (innen 02.03.18).

Avbestillingsvilkår:

Ved avbestilling senere enn 8 uker før kursdato må fakturaen betales i sin helhet.

Vi har ingen forsikring mot frafall grunnet sykdom så det anbefales å sjekke om du har forsikring som dekker dette.

Siste frist for påmelding er 2.mars 2018!

For mer info om kurset:
<http://aspmyrafysioterapi.no/>

Hovedtema på årets Terapeutdager er:

SMERTE/SMERTEBEHANDLING!

Hvordan behandle smerte sett fra ulike behandleres synspunkt



Vi stiller med lege, psykolog, akupunktør, homeopat, fysioterapeut m. fl

– her er mye å lære både for behandlere og de som selv sliter med kroniske smerter!

- «Smerte, hva er det»? og «Behandling av smerte» v/Gunnar Rosén, psykolog NPF
- «Smerteforståelse» v/Henrik Högström, lege
- «Transkutan elektrisk nervestimulering (TENS) ved langvarige smerter – helbredelse, rehabilitering eller kun lindring?» v/Sara Maria Allen, Spesialfysioterapeut, MSc
- «Kronisk/akutt smertebehandling med akupunktur/homeopati – hvilke utfordringer har vi?» v/Arve Haugan, akupunktør og homeopat
- «Inflammasjon! «Micro CRP - tidlig varsel om fare!» "Det må da være bedre å forebygge enn å prøve å reparere?» v/Michael Torp, lege
- «Inflammasjon, ubalanser og kosthold» v/Vegard Holum, utvikler og daglig leder

Les mer på www.kongresspartner.no

**Kongress
PARTNER AS**
Din profesjonelle seminar og kongressarrangør



Ryggpasienter er det masse av - sies det!

Hvorfor er det da så vanskelig å få deltagere til en internasjonal kartleggingsstudie på HiOA?

LEGE, FYSIOTERAPEUT, MANUELLTERAPEUT ELLER KIROPRAKTOR?

Vi trenger DIN HJELP!

AKTUELLE PASIENTER

Personer > 55 år som kontakter primærhelsetjenesten på grunn av ryggplager



HVA MÅ DU GJØRE?

Utlever en flyer til pasienten
Anbefale pasienten å bli med
Få tillatelse til at vi kan kontakte pasienten og send oss pasientens kontaktinformasjon

HVA MÅ PASIENTEN GJØRE?

Delta på 2 timers baselinetest (Oslo, Bjørkelangen, Sørumsand)
Besvare 3, 6, 12 og 24 mnd. oppfølgnings spørreskjema
Studien påvirker **IKKE** pasientens behandlingsforløp

LYST Å BIDRA? Ta kontakt på 486 04 494 / Rikke.Kristensen@hioa.no



Ørjan Vigdal



Rikke Munk



Margreth Grotle



Kjersti Storheim



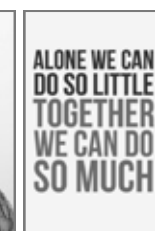
Liv Inger Strand



Bart Koes



Chris Maher



Manuela Ferreira

Kognitiv rehabiliteringsterapi (KRT)

Tom Arild Torstensen hadde et innlegg på PFF kongressen som ble svært godt mottatt og han kommer tilbake i månedsskiftet august-september med nytt kurs:

**Ved: Fysioterapeut/manuellterapeut
Tom Arild Torstensen**

Tid: Fredag 15. og
lørdag 16. september

Start: 08:30

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

Pris: PFF medlemmer kr. 3800

Andre: 4900. Kursmateriale inkludert

Påmeldingsfrist: 14. august 2017

Godkjent 16 timer for oppretthol-
delse av «Spesialist i Muskel og
Skjelett Fysioterapi»

Over de siste årene har Tom Arild utviklet en ny metode som skal gjøre det lettere for behandler og pasient å bedre forstå forskjellige aspekter av smerte. Metoden heter Kognitiv Rehabiliteringsterapi, KRT.

Med hjelp av forskjellige pedago-
giske verktøy kan KRT beskrives som
en metode som skal øke forståel-
sen og dermed bedre innsikten om
smerte hos pasienter og helseper-
sonell. Metoden har en positiv og
humoristisk grunntone. KRT forklarer
på en begripelig måte komplisert
smertefysiologi og smertepsykologi
samt hvordan fysisk aktivitet aktive-
rer de smertemodulerende syste-

mene. De pedagogiske modellene
kan integreres i det daglige kliniske
arbeidet. De kan kombineres med
atferdsmessige metoder som "grad-
vis eksponering" og "akseptans".
De pedagogiske hjelpemidlene i
KRT består av boken SPEILEN, tre
forskjellige postere, en animering av
hver poster og en samling av bilder.

Behandlingsverktøyene i KRT er
utviklet på en slik måte at de kan
brukes i en hektisk privatklinikk i
primærhelsetjenesten eller på en
spesialist smerteklinikk.

Reconciling Biomechanics with Pain Science

Ved: Dr. Greg Lehman fra Canada

Tid: Lørdag 25. og
søndag 26. november

Start: 09.00

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

Pris: PFF medlemmer kr. 4100
Andre: 5300.

Påmelding:

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

Påmeldingsfrist: 24. oktober 2017

Påmelding etter fristen får et tillegg
på 10%. Ved avbestilling senere
enn fire uker før kursstart må kurs-
avgiften betales.

Godkjent 14 timer for oppretthol-
delse av «Spesialist i Muskel og
Skjelett Fysioterapi»

RECONCILING BIOMECHANICS WITH PAIN SCIENCE

**Instructor: Greg Lehman BKin,
MSc, DC, MScPT**

Brief Course Description

Significant research in the pain neu-
rosiences and biomechanics field
often appears to undermine the reason-
ing and justifications for many of the
traditional therapeutic approaches
and techniques of the many rehabi-
litation professions. By addressing
both the weaknesses and strengths
of the biomechanical approach we
can see that treatment can be much
simpler, congruent with the cognitive,
neuroscience approach and best
evidenced based practice.

His course provides a framework to
utilize an alternative biomechanical
approach that blends neuroscience
pain education. This course teaches
the therapist how to teach patients
about pain science in a treatment
framework that still utilizes specific/
corrective exercise and manual
therapy. Therapists are taught a
model of treatment that simplifies
the assessment process and the
treatment.

KURSOVERSIKT HØST 2017

DATO	TEMA	STED
15.09 og 16.09	Kognitiv Rehabiliteringsterapi Tom Arild Torstensen http://holteninstitute.no/om-oss/tom-arild-torstensen/	Lillestrøm
13.10 og 14.10	Medical screening and Differential Diagnosis for Physiotherapists Matthew Newton https://www.imta.ch/en/teachers/	Lillestrøm
25.11.og 26.11	«Reconciling Biomechanics With Pain Science» Greg Lehman http://www.greglehman.ca Beskrivelse av kursinnhold: http://www.greglehman.ca/#course-description-section	Lillestrøm

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.

KURSKALENDER ULTRALYD

DATO	TEMA	STED
8. september 2017	ADVANCED – dagsseminar: Kortison - myter og fakta	Oslo
14. september 2017	BASIC eksamen	Oslo
15.-16. september 2017	Modul 2 – Skulder, albue og hånd	Oslo
15.- 18. oktober 2017	MUSoc 2017 – Norsk infoside for vår delegasjon til denne kongressen	Tel Aviv
27.-28. oktober 2017	ADVANCED Modul 10 – Ultralydveiledede prosedyrer	Oslo
10.-11. november 2017	BASIC – Modul 3 – Hofte/lysk, rygg og mage	Oslo
30.nov-1.desember 2017	ADVANCED – Modul 4 – Ankel/fot	Aalborg

Se kurskalender på www.fysioterapi.org – Hemsedal og Aalborg kurs. Påmelding: mf@arkadensfysioterapi.dk

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.

Medical Screening & Differential Diagnosis For Physiotherapists Matthew Newton

Tid: 13. og 14. oktober 2017

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

Pris: PFF medlemmer kr. 3100

Andre: 4100

Påmelding:

<http://fysioterapi.org/kurs innen>
13. september 2017

Godkjent 15 timer for oppretthol-
delse av «Spesialist i Muskel og
Skjelett Fysioterapi»



Matthew Newton

Matthew Newton
MCSP, HCPC Reg, MMAP, 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 «Orto-
pedic 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 dif-
ferensialdiagnostikk. Skille alvorlig
patologi fra patologi som er nevro-
muskulær 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 Maitland Teachers
Assosiation»

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

Han holder ofte kurs for fysio-

terapeuter i Storbritannia og ellers i
Europa. Jobber fortsatt som kliniker
i tillegg til undervisning innen flere
ulike sider av fysioterapien.

Kort beskrivelse av innholdet:

Forelesninger, presentasjon av
«case-studies», gruppediskusjoner
og praksis. Målet er å gjøre deg i
stand til å skille muskel-skjelett-
problematikk fra andre typer ikke
mekaniske diagnoser som kan være
relatert til viscera og alvorlig patologi.
Når bør vi sende videre til annen
undersøkelse, og når går vi videre
med vår behandling?
Ha påkledning for praksis.

AVHOLDT KURS:

«Medical screening & Differential diagnosis for Physiotherapists»

Matthew Newton

Nå som det blir direkte tilgang til fysioterapi er dette et viktig kurs å få med seg. Matthew tar for seg tilfeller som ikke er så vanlig, men det er nettopp derfor viktig å kunne oppdage tegnene på andre ting enn muskel-skjelett. Du tror kanskje at alt dette kan du, men jeg er ganske sikker på at det ikke er tilfelle. Det var mange erfarne terapeuter på kurset, men det var absolutt nye tanker å ta med seg. På evalueringsskjemaet svarte alle unntatt en «meget bra», den siste «bra» for totalinntrykket av kurset.

Kjenn din besøkestid – han kommer tilbake 13. og 14. oktober

Linda Linge

Program

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 Differentiating 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

Medical Screening & Differential Diagnosis For Physiotherapists

Medical screening and differential diagnosis are essential components of autonomous practice and are within the scope of the Physiotherapy profession.

Learning Outcomes

Title

Medical Screening for Physiotherapists

Tutor

Matthew Newton MCSP, MMACP, MIMTA

Learning Outcomes Theoretical:

1. Develop an awareness of signs and symptoms and differential diagnoses related to the viscera

2. Understand the broad spectrum of Red Flags
3. Understand the use and hierarchy of Red Flags in clinical practice
4. Differentiate safely and efficiently between musculoskeletal dysfunctions and serious pathology
5. Develop clinical reasoning skills to determine how best to manage a patient with non-mechanical presentations and/or serious pathology

Skills Gained

1. Integrate medical screening procedures into your physiotherapy practice
2. Develop an appropriate clinical examination of the neurological system

3. Learn clinical skills to identify and assess conditions that may require medical intervention
4. Develop improved clinical reasoning to distinguish key Red Flags and use the findings to effectively manage serious pathologies in a timely manner

Practical Application

1. All presented material can be integrated into clinical practice

Areas for further learning Develop appropriate clinical pathways to manage serious pathology in local clinical areas.



Fremtiden er bærbar!

Ultralydrevolusjonen er her, og den er høyteknologisk og brukervennlig. Velger du bærbar, har du fordelene med deg over alt og apparatet tar mindre plass på kontoret. Still bedre diagnoser og få mer fornøyde pasienter.



Nyhet!



Dreibar og høyoppløst medisinsk skjerm – overlegen bildekvalitet!

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

MyLab™ Gamma – bærbar maskin fra verdensledende Esaote.

Ikke la størrelsen eller formatet lure deg – dette apparatet er fullspekket med funksjonaliteter for MSK, et felt Esaote har konsentrert seg spesielt om de siste årene. Leveres med verktøy som programmer for nål/injeksjon og spesialisert MSK-software.

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

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

Stativ/tilkoblinger

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

Programvare

- Komplette software inkludert X-view, M-View
- Software tilpasset MSK
- Forhåndsinnstilte pre-sets for MSK
- Sensitiv fargedoppler
- Powerdoppler, pulsed wave
- B-Steer for nålvisualisering
- Dual-B
- Compound imaging, trapezoid
- 250 GB harddisk

Standard utstyr

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



Tralle medfølger.

Et vell av prober er også tilgjengelig.

MyLab™ Six

Samme gode funksjonaliteter, men stasjonær og større skjerm.

Har du litt mindre behov for en bærbar enhet? Da velger du denne, uten at du trenger å gå på kompromiss med funksjonalitet. Apparatet har samme funksjoner som MyLab™ Gamma, men er fastmontert på tralle.

