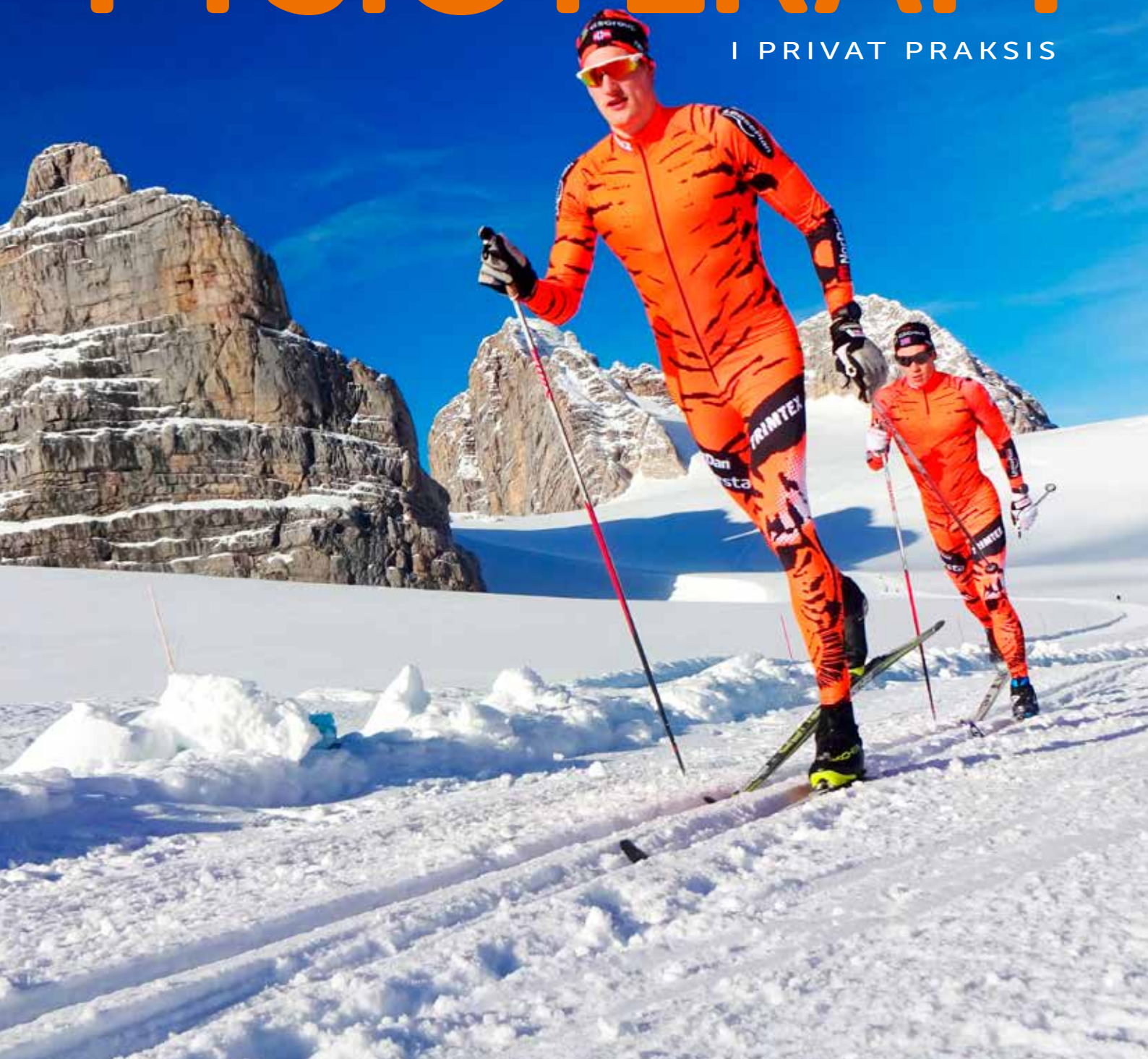


FYSIOTERAPI

I PRIVAT PRAKSIS



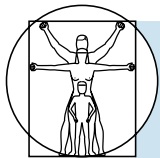
Hoftepasienten: – korleis teste og sikre optimal oppfølging



Thoracic outlet syndrom – fra en manuell klinikers perspektiv



Utøverne på Team LeasePlan pusher grenser for å bli best i verden



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
Sekretær: Toril Strøm Bruvold
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



Det er veldig morsomt, fascinerende
og en smule hoderystende å høre
den engelske idrettsfysioterapeuten
og bloggeren Adam Meakins holde
foredrag. Særlig når foredraget heter
Fysikalsk behandling- ferdigheter,
kunst eller illusjon?

Meakins liker å sette ting på spissen,
og aller helst med en humoristisk
vri, noe han også gjorde under årets
idrettsmedisinske høstkongress på
Norefjell.

Han viste filmer av morsomme og ekstreme behandlingsmeto-
der, blant annet en behandling der terapeuten beit over hele ryggen til
en pasient, og en som hadde gjort om en drill til et merkelig massasjein-
strument. Pasienten skreik av smerte, og vi lo. Budskapet hans var at vi
alle har ulik tilnærming til våre pasienter og deres diagnoser (tipper det
er de færreste som driver med ryggbiting, da...), men vet vi egentlig hva
vi holder på med?

Meakins undertone er selvfølgelig alvorlig. Har vår behandling effekt
overhodet? Er den logisk? Hvorfor gjør vi det vi gjør?

Han satte spørsmålstegn ved både tradisjonelle manuelle teknikker og
triggerpunkter, og mente bestemt at de fleste fysioterapeuter som bruker
enkelte (og ganske velkjente) metoder, neppe kan ha forståelse for hvor-
dan kroppen vår egentlig fungerer.

Det var ikke fritt for at jeg som fysioterapeut etter dette foredraget tenkte
at det er mulig jeg må finne meg en annen jobb...

Men nå er denne mannen selv fysioterapeut, og det er nok mulig han
bare vil oss alle godt. Rote litt opp i hverdagen vår slik at vi aldri slutter å
tenke selv eller være nysgjerrige. Få oss til å være engasjerte og kritiske.
Ryste oss litt.

Og jeg vet ikke helt, men kanskje trenger vi det?

«Try not give that next patient a massage, some tape, or a machine that
goes bing just because they want it. Try instead to discuss with a patient
how short term gains may lead to long term pains. Try and educate a
patient on the therapy merry-go-round who has some deeply ingrained
beliefs and expectations about passive treatments that they need to
take a more active role in their condition and take ownership of their
own problems.

Try NOT doing some things and then tell me its easy!»

Les mer om Meakins meninger på hans blogg:

<https://thesportsphysio.wordpress.com/>

Redaktør

Hilde Stette

Neste utgivelse: januar 2017

12



34



28



32



- 4 Utøverne på Team LeasePlan: Pusher grenser for å bli best i verden
- 7 FAI og kirurgisk behandling: Stor RCT studie på gang i Noreg
- 8 Hoftepasienten: – korleis teste og sikre optimal oppfølging
- 12 Behandlingsalternativer ved frosne skuldre
- 16 Thoracic outlet syndrom – fra en manuell klinikers perspektiv
- 22 Velkommen til muskel-skjelettkongressen «bekken og hofte», Hotell Bristol, Oslo 10.-11. mars 2017
- 24 Direkte adgang til fysioterapi
- 28 De ti verste typene fysioterapeuter
- 31 Bokanmeldelse: Frisk skulder- mindre smerter, trygt og enkelt
- 32 Nylig blogginnlegg frå NIH – «Er kampen viktigare enn kneet?»
- 34 Med hjerte for rehabilitering
- 39 Kursoversikt

SENTRALSTYRET:

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

SPESIALISTRÅD

Atle Vervik
Linda Linge

KURSKOMITE

Linda Linge
Svein Erik Sandlien

FAGPOLITISK RÅD

Kjetil Nord-Varhaug
Henning Jensen

MARKEDSFØRING

Tor Aage Berg
Ferry Wagenvoort
Web-redaktør: Hilde Stette

ETISK RÅD

Ivaretas av styret

FORSIKRINGSSAMARBEID

IF
Tlf.: 02400

RETTHJELP

Trude Andersen
Kristian Moum

REDAKSJONSKOMITE

Redaktør/journalist:
Hilde Stette

Journalister:

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



Utøverne på Team LeasePlan:

Pusher grenser for å bli best i verden

Økende interesse for maratonrenn og bedre økonomiske rammer gjør at stadig flere skiløpere satser på langløp. Utøverne på Team LeasePlan, med den tidligere storløperen Thomas Alsgaard og trener Hans Kristian Stadheim i spissen, er ett av flere lag som satser knallhardt for å bli best. Teamet ønsker å være det ledende privatlaget innen langrenn, og knallharde treningsøkter, profesjonalitet og skadefrie utøvere er noen av faktorene som forhåpentlig vil bidra til en ny, god sesong for tigrene.



AV NINA ERGA SKJESEETH
FYSIOTERAPEUT

Foto: Geir Olsen/ LeasePlan

Interessen for langløp har økt voldsomt de siste årene, parallelt med en markant nivåheving og profesjonalisering av sporten. Finanse-eliten elsker lange skirenn, noe som gjør de beste langløpslagene og –utøverne til glohete sponsorobjekter. Flere utøvere får finansiert satsingen sin ved å være tilknyttet et lag med gode sponsoravtaler. Team LeasePlan er ett av flere norske langløpslag, og laget ble startet av Thomas Alsgaard i 2013. Hans Kristian Stadheim er ny trener av året, og årets team teller totalt ti utøvere – inkludert både maratonløperne og allroundløperne. Flere av de norske langløpslagene består av enkelte utenlandske utøvere, og man ser tydelig at satsingen på langløp har økt også i andre land de siste årene.

Ski Classics

Langløpscupen Ski Classics ble lansert første gang i 2011, med mål om å bygge en mer profesjonell ramme rundt langløp i langrenn. Alle renn blir vist på TV, og i 2016/2017-sesongen vil Visma Ski Classics bestå av totalt 13 renn. Norske team og utøvere har dominert denne sporten i alle år. Totalt 28 ulike langløpslag stiller til start i årets utgave av Ski Classics, og rundt en tredjedel av lagene er norske. De siste fem sesongene har seieren vært norsk, og de siste to årene har Petter Eliassen fra Team LeasePlan stukket av med seieren og blitt omtalt som verdens beste langløper. Team LeasePlan var det femte beste teamet i fjorårets sesong, men manager og eier Thomas Alsgaard har større mål for årets sesong.

– Målet for langløperne er å fortsatt være det sterkeste laget. Det innebærer gul trøye for både damer og herrer, i tillegg til ungdomstrøya (Lina Korsgren er eneste kvinnelige innslag på teamet, og hun er ny av året). Klarer vi det, bør vi også ta

teamseieren sammenlagt. Men vi vet at det er mange sterke lag som kjemper om det samme, påpeker Alsgaard. Trener Stadheim supplerer med at laget bør ha utøvere på pallen i alle skirenn de stiller opp i.

Flere unge langløpere

Tidligere var de beste langløperne 'pensjonerte' toppløpere som valgte å satse videre på langløp etter endt langrennskarriere. I dag får de tidligere eller nåværende eliteutøverne stor konkurranse fra yngre utøvere som tidlig velger å spesialisere seg på lange skirenn. Stadig flere unge skiløpere velger å satse på langløp fremfor en mer tradisjonell langrennskarriere. Mangfoldige langløpsteam og bedre økonomiske rammer er nok noe av årsaken til at sporten også tiltrekker seg unge utøvere.

– Vi ønsker å legge forholdene til rette for at unge talenter kan nå sine mål, uttaler Alsgaard. Han ønsker at Team LeasePlan skal være i toppsjiktet både med tanke på profesjonalitet, seriøsitet og ikke minst resultater. Team LeasePlan består også av en gruppe allroundløpere, som forhåpentlig vil være med og prege skisporten i den kommende sesongen. Alsgaard håper at utøverne klarer å kvalifisere seg til både World Cup, VM i Lahti og eventuelt til et uttak på landslaget neste år.

– Det å få alle løperne innom World Cup og minst én utøver til VM er et røft, men overkommelig mål, sier Alsgaard.

Stor treningsbelastning

Langløp er en ekstrem utholdenhetsidrett som stiller store krav til fysisk kapasitet og mental styrke. Utøverne må holde et høyt tempo i mil etter mil, og det er ikke sjelden at rennene avsluttes med et spurtoppgjør. De siste sesongene har majoriteten av utøverne stilt til start på blanke ski, noe som betyr at styrke i overkroppen er svært avgjørende. Hans Kristian Stadheim er doktorgradsstipendiat ved seksjon for fysisk prestasjonsevne på Norges Idrettshøgskole og har stor kompetanse innen blant annet langrenn og utholdenhet.

– Utøverne på Team LeasePlan trener mellom 700-900 timer i året, og på treningssamling kan utøverne komme opp i 25-30 timer i løpet av en uke. Stadheim forteller videre at en typisk treningssamling på en uke består av 3-4 intervalløkter og 2-3 styrkeøkter, mens de resterende øktene er rolig langkjøring. Mer høyintensiv intervalltrening står i fokus når sesongstarten nærmer seg.

Skader og skadeforebygging

Langrenn er tradisjonelt sett en idrett med lav skaderisiko, men man ser allikevel tilfeller av både akutte skader og belastningsskader også blant langrennsløperne. Ifølge Stadheim er variasjon og gradvis progresjon i treningen de viktigste tiltakene for å forebygge skader. Han ser absolutt verdien av at utøverne gjennomfører skadeforebyggende trening gjennom hele treningssesongen, som oftest i form av stabiliserende styrketrening. Utøverne har også regelmessig kontakt med fysioterapeut eller annet helsepersonell for fysikalsk behandling og/eller oppfølging, dette særlig i perioder med stor treningsbelastning.

– Fysikalsk behandling vil absolutt være gunstig for å få maksimalt utbytte av treningen, sier Stadheim.

Typiske skader

Tidligere undersøkelser på det svenske skilandslaget viste at 75 % av skadene som oppstod, var belastningsskader, mens de resterende skadene var akutte skader (1).

– Hos oss i Team LeasePlan er de vanligste belastningsskadene tendinopati eller overbelastning av akillessenen (løping eller klassisk diagonalgang), lateral epicondylitt (staking på asfalt) og beinhinnebetennelse (løping). Av akutte skader, er fall eller overtråkk de mest vanlige. Stadheim hevder også at de akutte skadene som regel kommer i grunnperioden fra mai til oktober, der utøverne trener mye løping, rulleski, styrketrening, sykling og annen aktivitet. Belastningsskadene fordeler seg over hele sesongen, der feil teknikk over tid eller for mye belastning på muskulatur eller leddgleder i forhold til hvile og restitution kan være utløsende årsaker.



Hans Kristian Stadheim

Eksperimenterer med trening uten næring

Via sosiale medier har man sett at laget har gjennomført flere harde treningsøkter uten inntak av næring i forkant. Stipendiat Stadheim begrunner denne eksperimenteringen med at det er ønskelig å gi

kroppen og muskulaturen et nytt stimuli (variasjon), som over tid kan føre til fysiologiske, psykologiske og muskulære tilpasninger. Under lange økter får utøverne ofte en 'down-periode' med fall i intensitet når kroppen går tom for glykogen og går over til å bruke fett som energikilde. Ved å gjennomføre økter uten inntak av frokost, vil man forhåpentlig være bedre rustet til å takle down-periodene som oppstår under lange og harde konkurranser, ved at kroppen har tilpasset seg det nye stimuli. Stadheim presiserer at 99 % av øktene i teamet gjennomføres i etterkant av en god frokost, og at en slik økt normalt forekommer kun én gang i løpet av en samling. Utøverne er svært nøye på inntak av væske underveis, og det er viktig at de fyller opp energilagrene så fort økten er avsluttet. Slike ekstremøkter krever stor kunnskap blant trenere og støtteapparat, i tillegg til at man har utøvere som er på et høyt fysisk nivå. Det er derfor ikke anbefalt at mosjonister eller unge utøvere eksperimenterer med dette.

Snart sesongstart

Visma Ski Classics braker løs med prolog 27. november, og deretter går det slag i slag frem til sesongavslutningen i Finland 8. april. Da gjenstår det å se om de svarte og oransje tigrene også i år vil være med på å prege rennene fra start til slutt. Vi i redaksjonen i Fysioterapi i Privat Praksis ønsker utøvere og støtteapparat lykke til med årets sesong!

Kilder:

1. Renstrom, P & Johnson, R. J. (1989) Cross country skiing injuries and biomechanics. *Sports Medicine*, 8: 346-370.



FAI og kirurgisk behandling:

Stor RCT studie på gang i Noreg

Antall hofteartroskopi har auka vesentleg dei siste åra, dette til tross for at det finnast ingen randomiserte, kontrollerte studiar på effekt av hofteartroskopi for pasientar med femoroacetabular impingement (FAI) og labrumskade.



AV NINA PAULSEN
FYSIOTERAPEUT

EkspONENTIELL auking av kirurgi på denne typen pasientar er eit tema for debatt i medisinske fagmiljø. Nå er det satt i gang ein internasjonal multisenter studie som undersøker effekten av kirurgisk behandling samanlikna med «sham» kirurgi på smerter og funksjon hjå pasientar med FAI og/eller labrumskade.

Hofteledingar, særleg FAI, er ein vanleg årsak til aktivitetsrelaterte smerter. Ein anslår at overbelastning over tid og unormal hofteformologi kan utløyse skaden. Dei lærde stridast framleis i forhold til kor grensa skal gå for når det er indikasjonar for operasjon. I tillegg finst det lite og god dokumentasjon på effekten av operasjon. Initial behandling er vanlegvis konservativ og består av fysioterapi, antiinflammatoriske legemiddel og endra aktivitetsmønster. Målet med rehabiliteringa er å gjenopprette smertefri rørsle, normal gange, styrke og stabilitet rundt hofte og bekken. Dersom pasientar har vedvarande smerter, og her meiner nokon etter 4 veker med rehabilitering, og andre etter 6 månader, så er dei kandidatar for hofteartroskopi.

FAI og labrumskadar

Nesten alle labrumrupturar er forbundet med femoroacetabulær impingement (FAI), sekundært til beinpåleiringar på collum femoris eller acetabulærkammen. Det finnast to ulike beinpåleiringar,

kamtypen («cam impingement») og knipetangstypen («pincer impingement»), desse kan førekome både aleine eller samstundes. Kamtypen er resultatet av unormal morfologi av overgangen collum-caput femoris. Skaden på labrum oppstår fordi den klemmast inn mellom beinpåleringa og acetabulærkammen ved fleksjon eller innoverrotasjon av hofteledet. Dette resulterer i skjærkrefter som kan føre til at leddbrusken vert skrelt vekk frå subkondralt bein slik at labrum løysnar frå leddbrusken i acetabulum. Knipetangstypen er ein konsekvens av acetabulære beinpåleiringar. Dette resulterer i kontakt mellom acetabulærkammen og collum femoris som knuser labrum som ein knipetang. Tap av labrumfunksjon kan føre til overbelastning av leddbrusk i hofte og hofteartrose kan vere ein sekundær følge av denne tilstanden. Det er rapportert samanheng mellom labrumrupturar og bruskskadar i hofteledet.

HIPARTI - studien

Ein ynskjer å inkludere totalt 160 kandidatar for hofteartroskopi i denne internasjonale multisenterstudien (Norge, Sverige, Danmark, Australia, Canada og Storbritannia). Føremålet med studien er å evaluere effekt av kirurgisk behandling av FAI samanlikna med diagnostisk artroskopi (sham kirurgi) på smerte og funksjon hjå pasientar med FAI og/eller labrumskade. Pasientane vert randomisert til kirurgisk behandling eller diagnostisk hofteartroskopi. Studien er dobbeltblinda og hovudutfallsmålet er validert pasientrapportert hoftefunksjon målt med iHOT-33 1 år etter inklusjon. I tillegg vil ein måle rørsleutslag, muskelstyrke og funksjon i hofte,

og pasientane vil følgjast tett opp med tilsvarende målingar etter 6 mnd., 1 år og 2 år. Det vil også bli tatt rutinemessige bilete av hofte ved røntgen og magnetisk resonans (MR) undersøkingar, i tråd med gjeldende praksis ved denne tilstanden. Forskingsprosjektet utførast gjennom Ortopedisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, og prosjektleiar er May Arna Risberg.

Rehabilitering: Alle pasientar, uavhengig av gruppetilhøyrighet, følgjast opp av spesialiserte fysioterapeutar og utfører eit postoperativt rehabiliteringsprogram. Dette treningsprogrammet er basert på beste tilgjengelege internasjonale dokumentasjon og utvikla i forbindelse med denne studien og er retta mot den aktuelle pasientgruppa. Rehabiliteringa går over ei 12 vekers periode og inkluderer oppfølging hjå fysioterapeut og eigentrening.

Kven er aktuelle for studien?

- Menn og kvinner i alderen 18-50 år
- Hoftesmerter under aktiviteter som sport, sitting, knebøy, trappegåing eller vridning
- Kliniske testar som indikerer FAI og/eller labrumskade (t.d. FADIR: smerter ved fleksjon/adduksjon/innoverrotasjon)

Korleis rekruttere?

Pasientar som er aktuelle må henvisast til ortopedar ved Legevakta (Oslo Universitetssykehus), Tom Ludvigsen og Sverre Løken. Kontaktperson for spørsmål eller henvisning av aktuelle pasientar er forskingskoordinator Ingrid Trøan (UXTRAI@ous-hf.no).



Hoftepasienten: – korleis teste og **sikre optimal oppfølging**

Pasientar med påvist hofteartrose utgjer ein tydeleg andel av pasientgruppen ein møter i klinikken, og hofteartrose er ein vesentleg årsak til at pasientar opplever smerte, stivhet og nedsett funksjon. Hofteartrose er ikkje lenger kun ein «gamal-mannssjukdom», fleire under 55 år får påvist diagnosen. Femoroacetabular impingement syndrom (FAI) er også ein årsak til hoftesmerter, men mest hjå unge og middelaldrande vaksne. FAI er eit av dei «hottaste» temaene innan idrettsmedisin, og debatten er pågåande blant kirurgar, idrettsleger og fysioterapeutar. Uansett type diagnose vil ei betre forståing av kva normal hoftefunksjon er, rettleie oss kliniskarar slik at vi kan tilby målretta rehabiliteringsprogram for kvar einskild individ.



AV NINA PAULSEN
FYSIOTERAPEUT

Ved klinisk undersøking finn ein ofte redusert muskelstyrke hjå pasientar som har lidningar som involverer hoftedeppet, til dømes hofteartrose og FAI. I tillegg har redusert muskelstyrke i hofta til dømes vist seg å vere assosiert med auka førekost av skader i nedre ekstremitetar hjå løparar (1) og auka førekost av akutte lyskeskadar hjå ishockeyspelarar (2). Som eit resultat av dette har dei fleste førebyggjande treningsprogram og rehabiliteringsprogram fokus på å auke muskelstyrken og betre funksjonen rundt hofta. I vår kliniske kvardag vil det difor vere gunstig å standardisere testinga og måle muskelstyrke og funksjon i hofta for å sikre best mogleg rettleiing og progresjon i behandlinga, samt vite når pasienten kan returnere til sin aktive kvardag eller idrett.

Handhaldt dynamometer

Muskelstyrke og funksjonell funksjon av hofta kan vere vanskeleg å vurdere på ein påliteleg måte. Fleire studiar har vist at handhaldte dynamometer (HHD) er eit akseptabelt og reliabelt måleverktøy til måling av muskelstyrke, dette samanlikna med eit stasjonært isokinetisk dynamometer. Studiar som har inkludert kun ein styrketestar, har vist at HHD er påliteleg når ein måler muskelstyrken hjå blant anna friske aktive vaksne (3), eldre med hofteartrose (4) og blant fotballspelarar (5).

I og med at bruken av handhaldte dynamometer blir stadig meir nytta i den kliniske kvardagen hjå terapeutar, så er det relevant å vite kva ein kan forvente når ein tester muskelstyrke hjå pasientar. Er det til dømes forskjell på menn og kvinner, dominant versus ikkje-dominant bein, agonist versus antagonist? I tillegg er det viktig å vite korleis ein kan standardisere testinga slik at den er mest mogleg påliteleg når ein skal samanlikne resultat frå tidlegare målingar.

Australsk studie

Kemp og medarbeidarar (6) har undersøkt reliabiliteten på ulike testar for hoftedeppet med tanke på muskelstyrke og fysisk funksjon. Målet med studien var å etablere intra- og inter-rater reliabilitet, samanlikne forskjellar mellom dominerande og ikkje-dominerande bein, samanlikne styrkeforholdet mellom agonist og antagonist, samanlikne forskjellar mellom kjønn og undersøke samanhengen mellom muskelstyrke i hofta med tanke på «baseline» målingar og fysisk prestasjon.

Studien rekrutterte friske vaksne mellom 18-50 år, der 15 stk. vart inkludert i kun reliabilitetsstudien, og 57 stk. vart rekruttert til muskelstyrketesting og fysisk funksjon. Det vart gjennomført testing med ein styrketestar (intra-rater reliabilitet) og med to ulike styrketestarar (inter-rater reliabilitet), begge kvinnelege idrettsfysioterapeutar.

Målingane vart utført ved å nytte eit handhaldt dynamometer (Commander Power Track II). Det var gjennomført tre målingar av isometrisk muskelkraft («make test»), der beste måling vart notert. Utgangsstilling og plassering av HHD var standardisert, og lengde på momentarm vart notert. For kvar test rekna ein ut maksimal dreiemoment (peak torque) ved å multiplisere muskelkrafta målt med HHD (Newton) med momentarma (meter), og deretter vart dette talet normalisert i forhold til kroppsvekt (kilogram) til kvar einskild. Styrkemålingane som vart utført var hoftefleksjon, ekstensjon, utoverrotasjon- og innoverrotasjon i nøytral stilling (0 grader) og i 90 grader hoftefleksjon, abduksjon og adduksjon. Ved testing av fysisk funksjon inkluderte studien sideplanken («side bridge test») og eit beins stille lengde test («single leg hop for distance test»).

Studien viste at det var utmerket pålitelegheit, både intra- og inter-rater reliabilitet (ICC = 0,77 til 0,96 og ICC = 0,82 til 0,95) på styrketestane. Resultata viste at det var ingen forskjell mellom dominerande og ikkje-dominerande bein. Det vart observert forskjellar i styrke mel-

lom antagonistiske par av musklar, til dømes var måling av abduksjon høgare enn adduksjon og måling av utoverrotasjon var høgare enn innoverrotasjon. Det var kjønnsforskjellar ved testing, der menn score høgare ved testing av utoverrotasjon (ved 0 grader) og eit beins stille lengde samanlikna med kvinner. Resultata viste også at det var samanheng mellom muskelstyrketestane for hofta (med unntak av hoftefleksjon) og fysisk funksjon. Her såg ein at eit beins stille lengde korrelerte signifikant med muskelstyrken i utoverrotatorane ved 0 grader hoftefleksjon ($r = 0,624$), medan sideplanken korrelerte signifikant med styrken i utoverrotatorar ($r = 0,463$) og innoverrotatorar ($r = 0,496$).

Kva tyding har resultata i den kliniske kvardagen

Studien til Kemp et al. (6) viser at muskelstyrketestane og dei funksjonelle testane kan utførast reliabelt, både når ein utfører fleire testingar, og når ein nyttar fleire testarar. I tillegg har dei kome fram



Styrketesting adduktorar



Styrketesting utoverrotatorar ved 0 grader



Styrketesting ekstensjon

til ein standard målefeil («standard error of measurement») for desse testane, noko som er med på å sikre at endringar har skjedd på grunnlag av tiltaket, og ikkje ein målefeil. Her fann dei at endringar større enn 14% indikerer at endringar har skjedd på grunn av tiltaket, og ikkje tilfeldigheter.

Som kliniker er det viktig å ha eit testbatteri som gir pålitelege målingar av fysisk funksjon som kan nyttast til å demonstrere ein vesentleg endring. Dette med tanke på eit stadig aukande behov for å vise effekten av behandling til pasienten og ulike tredjepartar (til dømes forsikringsselskap, og instansar som finansierer rehabiliteringsprogram).

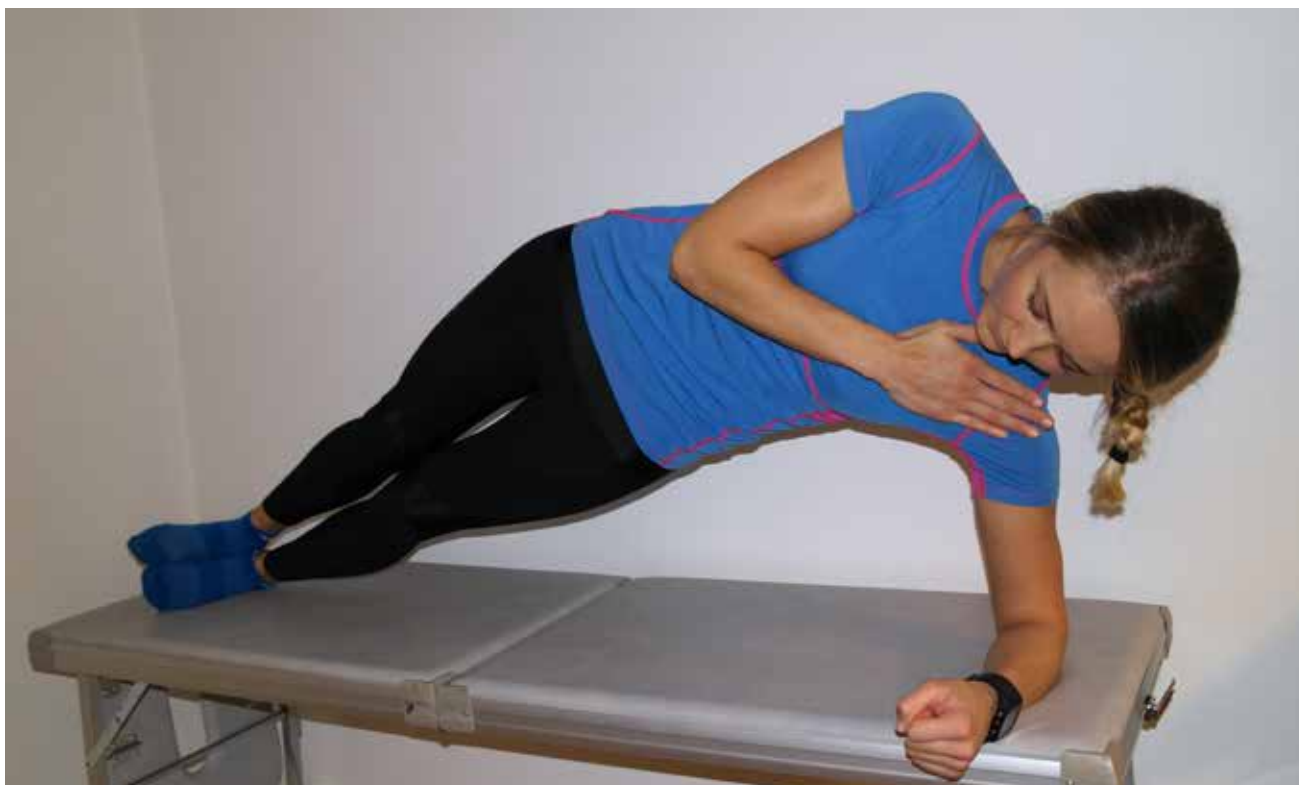
I klinikken er det svært vanleg å samanlikne affisert side med frisk side i styrkemålingar. Kunnskap om styrkeforhold mellom dominant og ikkje-dominant bein kan bidra i tolkinga av testresultata. Kemp og medarbeidarar (6) sine resultat viser at bruk av ikkje-affisert side er fornuftig å nytte som ein komparator ved undersøking av pasientar med unilateral skade. Thorborg et al. (7) har også funnet same resultat i sin studie blant friske fotballspelarar.



Styrketesting utoverrotatorar ved 90 grader

Kunnskap om styrkeforholdet mellom agonist og antagonist kan også bidra i tolking av testresultata. Resultata viste at det var gjennomsnittleg høgare score ved testing av abduktorene versus adduktorene (ratio på 1,13) og ved testing av utoverrotatorane versus innoverrotatorane (ratio på 1,32). Eit mål med rehabiliteringa bør difor vere å gjenopprette desse styrkeforholda hjå pasienten. Denne informasjonen kan vere viktig i vurderinga på kor vidt pasientar med patologi i hofta eller den post-operative pasienten er fullt restituert, klar for å gå vidare i neste rehabiliteringsfase og/eller klar for å returnere til sin aktive kvardag.

Menn scora høgare enn kvinner ved testing av utoverrotasjon og eit beins stille lengde. Denne kunnskapen er viktig, da førekomst og type hoftepatologi varierer mellom



Funksjonell testing – sideplanke

kjønna. Ved å ha ein forståing av forskjell på fysisk funksjon mellom menn og kvinner kan ein som kliniskar legge til rette for eit meir individualisert rehabiliteringsprogram.

Resultata frå studien viste også ein sterk samanheng mellom muskelstyrke i hofta og fysisk funksjon. Desse funna kan ein nytte hjå lidingar der redusert styrke i utoverrotatorar er vanleg, som til dømes ved patellofemorale leddsmerter. Hjå pasientar med denne lidinga kan sideplanken og eit beins stille lengde vere hensiktsmessig å nytte som ein grov indikator for vurdering av styrke i utoverrotatorane til pasienten.

Til slutt

Objektive målingar av pasienten sin muskelstyrke er eit viktig klinisk reiskap i forhold til å evaluere, justere og dokumentere eit rehabiliteringsforløp, kor aukning av pasienten sin muskelstyrke er ein vesentleg behandlingskomponent. For å kunne sikre god kvalitet og finne relevante kliniske endringar, er det avgjerande at testane er reliable, valide og sensitive. Bruk av handhaldte dynamome-

ter kan anbefalast i mange ulike kliniske samanhengar, da det er eit lovande klinisk verktøy. Men her bør ein sikre at utgangsstilling og plassering av dynamometer er standardisert, samt sikre at testaren sin styrke overstig pasienten sin styrke.

Kjelder:

1. Niemuth PE, Johnson RJ, Myers MJ, et al. Hip muscle weakness and overuse injuries in recreational runners. *Clin J Sport Med* 2005; 15(1):14–21.
2. Tyler TF, Nicholas SJ, Campbell RJ, et al. The association of hip strength handflexibility with the incidence of adductor muscle strains in professional ice hockey players. *Am J Sports Med* 2001; 29:124–128.
3. Thorborg K, Peterson J, Magnusson SP, et al. Clinical assessment of hip strength using a hand held dynamometer is reliable. *Scand J Med Sci Sports* 2010; 20:493–501.
4. Pua YH, Wrigley TW, Cowan SM, et al. Intrarater test–retest reliability of hip range of motion and hip muscle strength measurements in persons with hip osteoarthritis. *Arch Phys*

Med Rehabil 2008; 89(6):1146–1154.

5. Fulcher ML, Hanna CM, Raina Elley C. Reliability of handheld dynamometry in assessment of hip strength in adult male football players. *J Sci Med Sport* 2010; 13(1):80–84.
6. Kemp JL1, Schache AG, Makdissi M, Sims KJ, Crossley KM. Greater understanding of normal hip physical function may guide clinicians in providing targeted rehabilitation programmes. *J Sci Med Sport*. 2013 Jul;16(4):292-6. doi: 10.1016/j.jsams.2012.11.887. Epub 2012 Dec 21.
7. Thorborg K, Serner A, Petersen J, et al. Hip adduction and abduction strength profiles in elite soccer players: implications for clinical evaluation of hip adductor muscle recovery after injury. *Am J Sports Med* 2010; 39(1):121–126.

Behandlingsalternativer ved frosne skuldre

Frossen skulder er en diagnose de fleste av oss vil oppleve å møte på i vår daglige praksis, og kan by på store utfordringer for både pasient og behandler når det kommer til hva som kan lindre symptomene og bedre funksjonen.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

Foto hentet fra forskningsartikkel, se kilder nederst i saken.

Til å være en relativt vanlig diagnose er det fortsatt mye som er ukjent rundt hva denne tilstanden er, hvordan den oppstår og forløper (1). Frossen skulder har tidligere blitt omtalt som

adhesiv kapsulitt, men siden det ikke ser ut til at kapselen adherer til humerus som tidligere antatt, ønsker man nå å gå bort fra denne termen (1). Det man i større grad ser er en fortykning og kontraktur av leddkapselen, og terminologien Frozen Shoulder Contracture Syndrome (FSCS) er nylig

Table 1
Frozen shoulder contraction syndrome: Injection therapy and physiotherapy care pathway.

Assessment	Stage I to early stage II (Pain > stiffness) corticosteroid injection and physiotherapy	Late stage II to stage III: (Stiffness > pain) hydro-distension and physiotherapy
<ul style="list-style-type: none">Sexes are affected equally with approximate peak onset of 52 years for men and 55 for women.Full patient interview and physical examination. Screen for yellow and red flags and monitor during treatment.Equal restriction of active and passive external rotation.Radiographs normal.Organise blood tests to screen for diabetes and other related health conditions.Outcome measures Consider: ROM Pain Function SPADI DASH Quick-DASH EQ-5D-5L PGIC Patient SatisfactionFully inform patient. Determine care pathway based on evidence and patients values. Consider following as possible pathway.	<ul style="list-style-type: none">Screen for contraindications and special precautions for an intra-articular small volume cortico-steroid and lidocaine injection.If no CIs/SPs, explain risks and benefits, gain consent, proceed with ultrasound guided small volume corticosteroid and lidocaine injection <p>(Strong evidence short term and moderate evidence medium term)</p> <ul style="list-style-type: none">Perform the injection as an ultrasound guided procedure (or use another imaging guidance). No radiation associated with ultrasound.RCTs have not demonstrated a difference between location, dosage and volume of injectionDuring first week gentle self-assisted and active movements2nd to 4th week, mobilisation, soft tissue massage, passive movements, self-assisted movements, exercises as tolerated.Consider re-injecting at 4/52 if pain not under control. No more than 3 times in one year and at least one month between injections.Injection procedures may overlap and be performed concomitantly. <p>If unable to inject consider: [need to screen for CIs]</p> <ul style="list-style-type: none">Laser, mobilisation, soft tissue massage, passive movements, acupuncture, exercise, short-wave diathermyOral steroid and suprascapular nerve blocks are also procedures associated with clinical benefit. <p>Main References: Favejee et al. (2011). Frozen shoulder: the effectiveness of conservative and surgical interventions. <i>BJSM</i>, 45:49–56. Maiden E et al. Management of frozen shoulder: a systematic review and cost-effectiveness analysis. <i>Health Technol Assess</i>, 2012; 16(11):1–264. Epub 2012/03/13.</p>	<ul style="list-style-type: none">Screen for CI and SP to image guided GHJ intra-articular lidocaine and large volume NaCl injection. (ie hydro-distension)Consider USGI as no radiation associated with ultrasound.If no CIs/SPs, explain risks and benefits, gain consent, proceed with hydro-distension procedure if:<ul style="list-style-type: none">ROM not restored from CS and lidocaine injection, or1st presentation to clinic when in pain > stiffness stage <p>(Moderate evidence; NNT-pain: 2, NNT-ROM/function: 3)</p> <ul style="list-style-type: none">Immediately following the procedure: Passive movements and PNF.Instruct home programme involving regular (hourly if possible) active movements, self-assisted active movements and stretching on day of procedure and regularly on following days.In clinic: mobilisation, PNF, progress home programme.If required repeat hydro-distension at one week.Injection procedures may overlap and be performed concomitantly. <p>Main References: Buchbinder et al. (2008) Arthrographic distension for adhesive capsulitis (frozen shoulder) (Review). The Cochrane database of systematic reviews, 2008(1):CD007005. Favejee et al. (2011). Frozen shoulder: the effectiveness of conservative and surgical interventions. <i>BJSM</i>, 45:49–56</p> <p>Notes:</p> <ul style="list-style-type: none">Monitor outcome measures.Ensure adequate physiotherapy is embedded within care pathway.For physiotherapists not currently providing ultrasound guided injections, develop care pathways with orthopaedic and radiology colleagues.In refractory cases and if improvement not as expected, consider orthopaedic referral for opinion on capsular release.

Legend: ROM (range of movement), PGIC (Patient Global Impression of Change), CI (contra-indication), SP (special precaution), GHJ (glenohumeral joint), CS (cortico-steroid), USGI (ultrasound guided injection), NaCl (Sodium Chloride), PNF (proprioceptive neuromuscular facilitation), SPADI (Shoulder Pain and Disability Index), DASH (Disability of the Arm Shoulder and Hand), Quick-DASH (Quick-Disability of the Arm Shoulder and Hand), NNT (Numbers needed to treat for benefit).

References: Range of movement (Valentine and Lewis, 2006); SPADI (Tveita et al., 2008); DASH | quick-DASH (Beaton et al., 2005; Kelley et al., 2013); EQ-5D (Maiden et al., 2012).

Figuren er hentet fra Lewis, J.: Frozen shoulder contracture syndrome - Aetiology, diagnosis and management. *Man Ther*, 2015. 20(1): p. 2-9.



Fig. 3. Antero-posterior shoulder mobilisation for the stiff > pain stage. Antero-posterior passive shoulder mobilisations may initially be performed with the humerus stabilised with a towel and mobilisation belt (3A). Using a handle, the patient concurrently holds the shoulder in external rotation or performs physiological external rotation mobilisation simultaneously with the mobilisation technique. 3B: Progression may be made by stabilising the scapula as more humeral abduction becomes available.



Fig. 4. Inferior shoulder mobilisation for the stiff > pain stage. 4A: With the scapula stabilised and the hand placed at the end of the available 'hand behind back' range of movement the physiotherapist performs inferior shoulder mobilisation. The effectiveness may be enhanced by using a mobilisation belt positioned on a towel over the forearm and around the therapist's waist. Neurovascular compromise must be carefully monitored. 4B: As more 'hand behind back' range becomes available the technique is progressed.

Bildene er hentet fra Lewis, J.: Frozen shoulder contracture syndrome - Aetiology, diagnosis and management. *Man Ther*, 2015. 20(1): p. 2-9.

blitt brukt i litteraturen (1). FSCS deles ofte opp i primær og sekundær, der den primære har et idiopatisk opphav, mens den sekundære er utløst av et traume eller posttraumatisk inaktivitet/immobilisering.

FSCS manifesterer seg som en stiv og smertefull skulder, der man klinisk finner redusert aktiv og passiv ROM i elevasjon og rotasjon. Det ser også ut til at mennesker i 50-årene er de som rammes hyppigst, og tilstanden kalles i Japan og Kina for «the fifty year old shoulder». Sonografisk kan man ofte se fortykkelse og fibrotisering av rotatorintervallet, kontraktur av anteriore og inferiore del av leddkapselen og neovaskularisering i tidlig fase av sykdommen. Mennesker med diabetes ser ut til å være i risikozonen, men det er fortsatt mye som er uvisst vedrørende hvilke faktorer som kan føre til utviklingen av frosne skuldre. Det er anslått en forekomst på mellom 2-5% i befolkningen, og mediantiden før symptomfrihet ligger på 30 måneder. Forløpet deles ofte inn i;

1. Smertefase
2. Stiv fase
3. Opptiningsfase

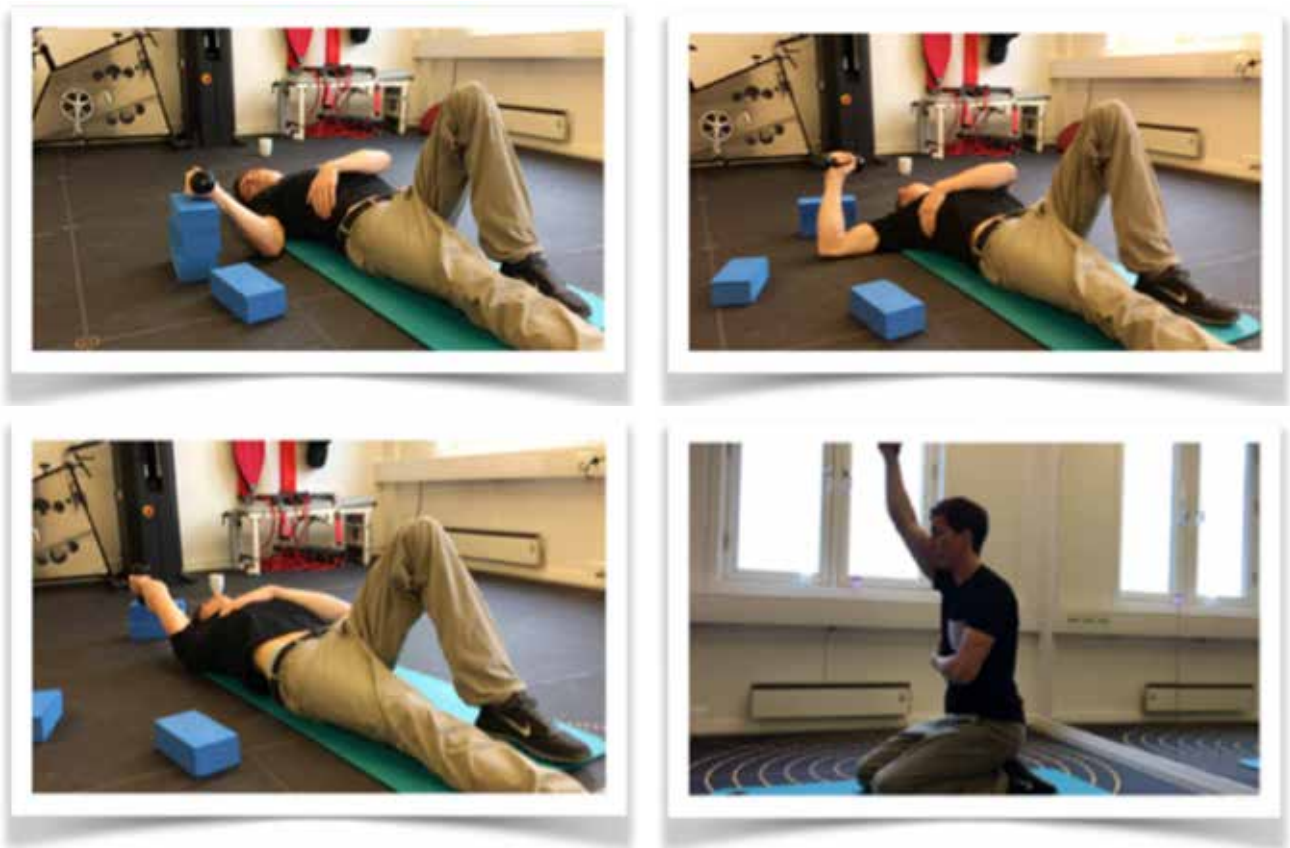
Den velkjente og høyt respekterte skulderforskeren Jeremy Lewis anbefaler en klinisk tilnærming i to faser:

1. Vond > Stiv
2. Stiv > vond

Som vist i tabellen (figur 1) så vil hvilken fase pasienten befinner seg i være med og styre hva slags behandling vi gir. Først og fremst er det viktig at pasienten får god og utfyllende informasjon om hva slags tilstand det dreier seg om, og hvilke behandlingsalternativer man har. Ofte blir mange presentert at det ikke er noen effektiv måte å behandle denne tilstanden på, og at det beste er å vente til det går over. Med en mediantid på 30 måneder er det naturlig at de fleste som rammes av frosne skulder ønsker å forsøke en mer aktiv tilnærming for å redusere symptomene gjennom forløpet. Det må understrekes at 2016-fors-

kning viser at det er stor usikkerhet omkring de beste behandlingsvalgene for frosne skulder (2). Kortisoninjeksjon for å dempe smerter, og fysioterapi for å opprettholde eller forbedre bevegelsesutslag, regnes som førstevalg i et konservativt regime. Det er lite som tyder på at kirurgiske prosedyrer som kapsulær release og kapseltøyning under anestesi er gode intervensjoner dersom man ikke lykkes med en konservativ tilnærming.

Injeksjoner i leddet virker å være den mest populære intervensjonen, og er vist å ha god effekt på symptomer på kort sikt, særlig i vond>stiv fasen (1,2). Lewis argumenterer for at man kan forsøke injeksjon opp til tre ganger i løpet av et år, med minimum en måned mellom hver injeksjon. Hva som ligger under kategorien fysioterapi er imidlertid mer uklart og åpner derfor opp for en pragmatisk tilnærming for klinikere. I sin masterclass fra 2015 presenterer Lewis flere mobiliseringsteknikker som kan forsøkes i vond<stiv fasen, og de fleste av disse er kjent



Bilde 1 og 2 viser eksentrisk utadrotasjon med økende grad av abduksjon. Klossene er viktig for å gi pasienten trygghet i hvor bevegelsen stopper, og ved økt grad av utslag kan man fjerne stadig flere klosser i progresjonen. Bilde 4 viser eksentrisk elevasjon i ryggleie mens bilde 5 viser eksentrisk elevasjon gjennom en lat-pull øvelse.

for fysioterapeuter og bærer preg av mobiliseringsteorier lært på fysioterapi ad modum Kaltenborn. Erfaringsmessig kan mange pasienter oppleve en symptomforverring ved kapseltøyning og leddmobilisering, og vi må derfor utvise forsiktighet når vi velger å benytte oss av disse tiltakene.

Under «Stiff Shoulder Symposium» i Gøteborg tidligere i år kom Hollmann med følgende uttaler fra sin forskning på frossen skulder (3):

«[...] large increase in passive ROM under general anesthesia»

Og:

«[...] something other than capsular restriction is limiting shoulder ROM in patients with frozen shoulder»

Dette gir oss indikasjoner på at det er andre faktorer i spill, enn utelukkende en kontrakt og fibrotisert leddkapsel som gir begrensningen i ROM. Dette åpner også opp for at andre tilnærminger kan forsøkes.

Forskning på eksentrisk trening har vist at denne treningsformen medfører sarkomerogenese (4-6). Dette innebærer at det dannes flere sarkomerer i muskulaturen som igjen fører til en reell forlenging av vevet, samtidig som muskelen trenes i dette utslaget. Rent anatomisk ser man at fibre fra rotatorcuffen er vevet sammen med leddkapselen i skulderleddet og basert på dette kan det være en aktuell tilnærming å forsøke eksentrisk trening for rotatorcuffen. Bildene 1-4 viser hvordan dette kan gjøres i praksis. Det er ikke forsket på denne tilnærmingen, og den må derfor anses som høyst eksperimentell og anekdotisk basert. Erfaringsmessig ser jeg at den kan fungere for noen dersom man lykkes med å individualisere treningen og benytte seg av den lavest mulig effektive doseringen. Som med Lewis sine mobiliseringsøvelser ser jeg likevel her at eksentrisk trening kan virke aggreverende, og i så tilfelle ønsker jeg å avslutte dette tiltaket og heller forsøke mindre provoserende trening og øvelser for å opprettholde bevegelsesutslaget fremfor å forsøke å øke det.

Til sist er det viktig å understreke at mange av pasientene i denne kategorien vil reagere negativt uavhengig av intervensjon og tilnærming, og at frozen shoulder i stor grad er en selvlimiterende tilstand med individuell prognose.

Kilder

1. Lewis, J.: Frozen shoulder contracture syndrome - Aetiology, diagnosis and management. Man Ther, 2015. 20(1): p. 2-9.
2. Rangar, A. et al: What is the most effective treatment for frozen shoulder? BMJ 2016; 354
3. Hollmann, L., Halaki, M., et al.: Determining the contribution of active stiffness to reduced range of motion in frozen shoulder. Physiotherapy, 2015.
4. Kim, S.Y., Ko, J.B., et al.: Investigation of supraspinatus muscle architecture following concentric and eccentric training. J Sci Med Sport, 2015. 18(4): p. 378-82.
5. O'Sullivan, K., McAuliffe, S., et al.: The effects of eccentric training on lower limb flexibility: a systematic review. Br J Sports Med, 2012. 46(12): p. 838-45.
6. Timmins, R.G., Ruddy, J.D., et al.: Architectural Changes of the Biceps Femoris Long Head after Concentric or Eccentric Training. Med Sci Sports Exerc, 2016. 48(3): p. 499-508.

PHYSICA



MOBIL
NETTBRETT
INGEN DIPS NØDVENDIG -

PC
EGEN TID
BESTILLING
MELDINGSTJENESTE INTEGRERT

INNOVATØREN

FØRSTE EPJ I SKYEN

MARKEDSAVDELING
PASIENTREISER
INFOPAD INTEGRERT

FRI SUPPORT
CHECKWARE INTEGRERT
NETS
CREDICARE
FORSIKRINGS
LIVE
EHE FAKTURERT
MIDT

Thoracic outlet syndrom

– fra en manuell klinikers perspektiv

Vi er alle i klinikken godt kjent med at smerter og nummenhet i armen kan ha en proksimal årsak, og TOS er en av disse.



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

I mine første år som kliniker var dette for meg en noe vag sekkebetegnelse, og ja, jeg skjønnte jo at her måtte behandlingen fokuseres på område nakke/skulderbue, men jeg opplevde først gode resultater når jeg gikk mer systematisk til verks med undersøkelse og behandling. Det første jeg gjorde (og dette er et godt markedsføringstips), var å skrive en kort artikkel om TOS mynnet på pasienter og publiserte denne på klinikkens hjemmeside. Jeg opplevde at flere av mine kollegaer også syntes TOS kunne være vanskelig

å gripe an, så jeg erfarte både å få henvist pasienter fra kollegaer og økt tilstrømming fra folk som satt og søkte på nett (Google: «Apexklinikken + TOS», hvis du vil lese denne).

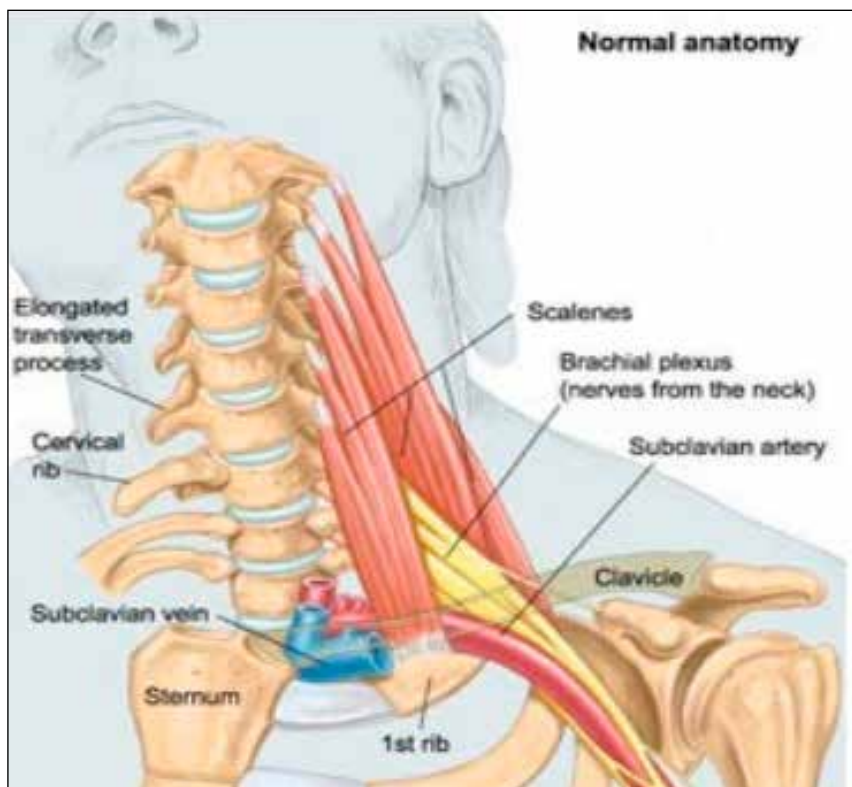
Definisjon

Thoracic outlet syndrom (TOS) er en relativt sjelden tilstand, forskning tyder på at det rammer ca. 8 % av befolkningen, kvinner er oftere rammet enn menn. Tilstanden kan ramme i alle aldre, men unge kvinner er mer utsatt enn andre grupper. Yrkesgrupper med arbeid over skulderhøyde er mer utsatt (spesielt for venøs TOS) og det samme gjelder idrettsutøver i kastøvelser, svømming, roing, vektløfting og andre idretter som involverer bruk av muskulatur rundt nakke og skulder (1). Benevnelsen omfatter en tilstand

der enten nerver eller blodkar (eller begge deler) kommer i kompresjon i området som omtales både som thoracic outlet eller inlet (bilde 1). Dette området avgrenses av scalenusporten medialt/superiort, clavícula og den clavipectoral fascie anterior, lungetopp og 1. ribbe inferior og lateralt ved passasjen under proc coracoideus. Anatomisk sett er outlet området under m. pectoralis minor, processus coracoideus og laterale clavícula, mens området som begrenses av 1. ribbe, manubrium sterni, dels clavícula og 1. thorakal virvel, beskrives som thoracic inlet. Pasienter med TOS kan presentere med smerte, parestasier, nedsatt sensibilitet i huden (hypoestesi), sovende arm (anestesi), tap av muskelkraft og ubehag i affisert arm, gjerne provosert ved (vedvarende) elevasjon av arm eller bevegelse av nakke og hode. Hvis blodkar kommer i klem, kan det oppstå diffuse smerter, tretthetsfølelse i armen, blek hudfarge (arteriell avklemming), blålig hud (venøs avklemming), hevelser, følelse av kalde hender, svimmelhet og nedsatt kraft. Ved avklemming av blodkar kan det oppstå forskjell i målt blodtrykk på høyre og venstre arm.

Diagnostikk og anamnese

TOS kan først diagnostiseres ved utelukkelse av en mengde andre differensialdiagnoser (tabell 2). De mest hyppige tilstandene som kan forveksles med TOS er nerverotakompresjon eller karpaltunnelsyndrom (CTS). Verdt å merke seg er at ved TOS vil vi ikke forvente nedsatt senerefleks som ved en nerverotakompresjon, ei heller radierende smerter ved Spurlings test. Diagnosen settes først etter en grundig gjennomgang av symptomer og





Bilde 10 – Mobilisering SC.



Bilde 11 – Subclavius teknikk



Bilde 4 – Adson's test utangsstilling



Bilde 6 – Wright's Del 1



Bilde 7 – Wright's test 2

sykehistorie og flere kliniske tester. TOS deles opp i to undergrupper, vaskulær TOS (vTOS, karavklemming) og nevrologisk TOS (nTOS) ved kompresjon av plexus brachialis. Disse har igjen to subgrupperinger; vTOS deles i venøs TOS (veTOS) som gir en avklemming av v. subclavia og arteriell TOS (aTOS) ved avklemming av a. subclavia (2). Det er ikke beskrevet en egen lymfatisk variant, men det er viktig å huske på lymfatisk påvirkning også. nTOS deles i sann nevrologisk TOS (snTOS) og i symptomatisk/funksjonell nevrologisk TOS (sTOS) (Se tabell 1). snTOS forekommer når man har en kompresjon av plexus brachialis som følge av en anatomisk anomali, patologi (f. eks. tumor) eller eksotose etter fraktur (som oftest claviculafaktur). Vær derfor oppmerksom på historikk med traumer (også relevant i

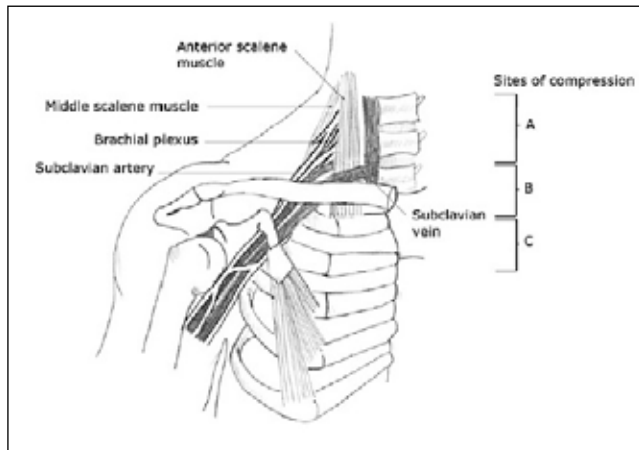
forhold til vTOS). Man regner med at over 90 % av tilfellene vil være av typen sTOS. Har du mistanke om en snTOS, kan det være på sin plass med relevant bildediagnostikk. Mest vanlig vil være en cervikal ribbe som i enkelte tilfeller kan ha en ligamentær tilhefting ved 1. costa og dermed skape kompresjon. Kjenn etter en palpabel struktur i supraclavikulære fossa og sammenlign med motsatt side. Særlig aTOS er vanlig ved cervikale ribber. Vær klar over at en slik anomali kan være helt symptomfri og opptre på begge sider. Vi skal også være klar over at veTOS over tid kan forårsake komplikasjoner som dyp venetrombose (DVT) og aTOS kan forårsake aneurismer og påfølgende trombedannelse. Hevelser er ikke uvanlig ved veTOS, mens aTOS ofte presenterer med kjølig og blek hud



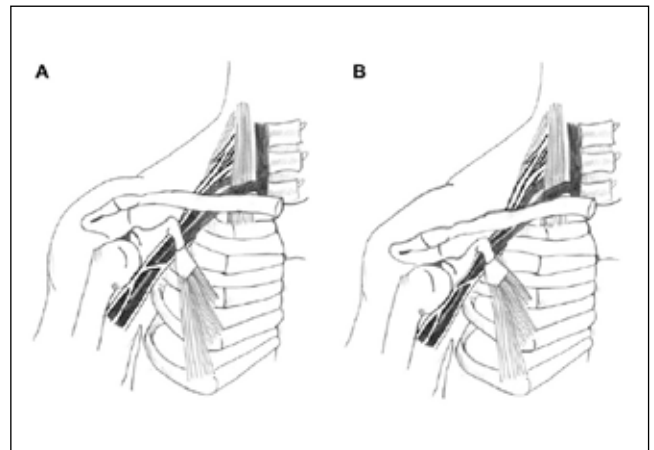
Bilde 5 – Adson's test

i affisert arm. Se tabell 1 for mer utfyllende informasjon om funn og differensialdiagnostikk.





Steder for kompresjon



Protraksjon avklemming

For en tilnærming som manuell behandler er det også viktig å danne oss et bilde av hvor kompresjonen finner sted (bilde 2). Det mest proximale området er scalenusporten der den anteriore rami trer ut mellom anterior og mediale. Riktignok vil en kompresjon av nerver i øvre del av porten strengt tatt være en cervikal outlet, da nervene i dette området ikke passerer med resten av plexus brachialis under clavícula, som er det andre avklemmingspunktet og til slutt passasjen under processus coracoideus og m. pectoralis minor, som utgjør det tredje avklemmingspunktet.

Klinisk undersøkelse

I denne artikkelen går vi gjennom spesifikke tester for TOS, men en fullstendig undersøkelse bør også inneholde en vurdering av mobilitet og funksjon av skulder, nakke, thorax (inkludert ribber og clavícula). Det vil også være relevant å vurdere holdningsmønster, da en posisjon med protraheerte skuldre kan øke kompresjon på nerver og blodkar under processus coracoideus/m. pec minor (bilde 3). I tillegg kan det være en ide å undersøke hele columna med bekken, samt m. diaphragma, da dysfunksjoner i disse områdene kan påvirke skulder og outlet område. I tillegg utfører jeg alltid Upper Limb Tension Test (ULTT) 1-3. Pasienter bør score positivt på minst tre av fire punkter; 1. provokasjon av symptomer ved vedvarende posisjonering av hendene over skulderhøyde. 2. nummenhet i dermatomer C8/Th1. 3. Palpasjonsøm/stramhet i

supraclaviculære fossa (rett over pl. brachialis). Hard palpabel struktur i dette området kan også være indikasjon på en cervikal ribbe, og vi bør vurdere behov for ytterligere utredning med bildediagnostikk. 4. Positiv stresstest (se videre i teksten). Positiv stresstest alene er derfor ikke noe til å stadfeste TOS, og det er viktig å kontrollere mot kontralateral side. Stresstestene kan også gi deg en pekepinn på hvilke områder det kan lønnes seg å jobbe med i manuell behandling og rehabilitering. For mer utfyllende gjennomgang av undersøkelse, se Watson et al (1).

Roos test/EAST test

Denne testen oppgis å være den mest sensitive testen (1) for å avdekke nTOS, problemet er bare at den er svært lite spesifikk, det vil si at du risikerer å få mange falsk positive ved denne testen. Bruken av denne testen er kontroversiell (2) (3). EAST står for Elevated Arm Stress Test, og gjennomføres ved at pasienten sitter med nakke og hode i nøytral stilling, abduerte skuldre til 90° og bøyde albuer. Denne posisjonen opprettholdes i tre minutter (!) mens pasienten vekselvis flekterer og ekstenderer fingrene. Pasienten angir provokasjon av symptomer, terapeuten observerer om armene dropper eller ser etter endring i farge på hender og fingre. Klinisk er nok denne mest nyttig i forhold til å avdekke sideforskjeller. Testen vil også være positiv for mer enn halvparten av pasienter med CTS, og vær klar over at denne testen kan gi mange falske positive.

Adson's test

Denne testen er tenkt å stresse området ved scalenusporten primært. Pasienten sitter med flektert albue mens terapeuten palperer pulsasjon i a. radialis. Skulder utadroteres mens nakke eksten- deres og roteres mot samme side (bilde 4 og 5). Posisjonen må holdes i noen tid, alt fra 15 sekunder til 1 minutt er foreslått. Positivt funn vil være bortfall av pulsasjon eller provokasjon av symptomer. Posisjonen kan også stresse scalenusporten på motsatt side, så en aktuell variant av testen er å eksten- dere/rotare nakke mot kontralateral side, også kalt Halstead manøver (5). En annen variant jeg selv benytter er å eksten- dere skulder noe i tillegg for å skape mer stress i de mer laterale kompresjonsstedene. Bruken av denne testen er også kontroversiell (2).

Wright's hyperabduksjonstest

Denne testen er tenkt å provosere en kompresjon i områder m. pectoralis minor/proc coracoideus. Pasienter sitter med hode/nakke i nøytral posisjon, terapeuten utfører en passiv abduksjon og utadrotasjon mens radialispulsen palperes (bilde 6). Posisjonen opprettholdes i 1 minutt eller frem til symptomer provoseres. Positivt funn vil være bortfall av pulsasjon eller reproduksjon av symptomer. Testen kan også utføres som en hyperabduksjonstest (bilde 7), og jeg ber ofte pasienten i tillegg gjøre et dypt innpust og holde pusten så lenge som mulig som en variant for å skape mer tensjon i området.

Costoclaviculær manøver

Testen gjennomføres ved at terapeuten tar pasienten passivt gjennom bevegelsene retraksjon, depresjon, elevasjon og protraksjon av hele skulderbuen. Hver posisjon holdes i ca. 30 sekunder. Samtidig monitoreres det for provokasjon av symptomer og endring i radialispulsasjon. Testen kan også utføres bilateralt for å sammenligne sider, men da vanskeligjøres palpasjon av pulsasjon.

Cyriax Release Test

Terapeuten står bak den sittende pasienten, som har flekterte albuer og skulder i nøytral stilling. T støtter så begge underarmene til pasienten og løfter opp, så han tar P inn i en passiv elevasjon. Denne posisjonen holdes i 90 sekunder (også beskrevet opp til 3 minutter) og regnes som positiv ved reproduksjon av pasientens symptomer (6).

En gjennomgang gjort av Hixon og kollegaer (2) konkluderte med at testene med best klinisk verdi var costoclaviculær manøver, Wrights test, Cyriax release test og trykk mot supraclaviculære rom, men at disse ikke entydig tilsier en TOS diagnose, men kan gi funn ved andre tilstander også. Forfatterne anbefalte å slutte med bruken av ROOS test og Adson's test, da disse viser store sprik i sensitivitet og spesifisitet.

Manuell behandling

Valg av manuell behandling beror på den enkelte terapeuts preferanser og tidligere erfaringer. Her er det vanskelig å finne vitenskapelig dokumentasjon for den ene eller andre teknikken. Derfor blir det følgende avsnittet en beskrivelse av elementer som undertegnede ofte benytter seg av, men er på ingen måte ment som en «fasit» på hvordan man skal behandle denne pasientgruppen. Sentralt i min undersøkelse som osteopat er å avdekke somatiske dysfunksjoner, og mye kan være sagt om reliabilitet for palpasjon og mobilitetstesting som jeg ikke går inn på her. Begrepet «somatisk dysfunksjon» er hyppig brukt i osteopati og er definert i det internasjonale diagnosesys-



Tabell 1			
Klassifisering	Subtype	Patofysiologi	Symptomer
Vaskulær TOS (vTOS)	Arteriell TOS (aTOS)	Kompresjon av a. subclavia som fører til en kombinasjon av stenose, åredilatasjon, skade på intima (indre arterievegg), aneurisme og blodpropp	Iskemi arm og hånd Smerter ved bruk av armen Vasomotoriske symptomer Hevelse, følelse av stivhet/tung arm, nedsatt temperatur Parestesier (nummenhet)
	Venøs TOS (veTOS)	Kompresjon av v. subclavia fører til hevelse og redusert tilbakestrøm distalt for avklemming	Ødem i en ox (bilat kan forekomme) Smerte, cyanose, fatigue, følelse av stivhet/tunghet Parestesier Dilaterte vener perifert
Neurologisk TOS (nTOS)	Sann neurologisk TOS (snTOS)	Irritasjon, kompresjon eller traksjon av plexus brachialis. Vanligste årsaker er anomali av knokkel eller bløtvev og/eller historikk med repetitivt mindre traume, kraftig akutt traume	Øvre plexus C5-7: Endret sensorikk 1.-3. finger Nedsatt styrke mm. deltoideus, biceps, triceps, samt scapulas muskulatur og ekstensorgruppe underarm. Smerte fremre nakke, bryst, supraclaviculært område, triceps, deltoid, ekstensorside underarm. Nedre plexus C7-Th1: Endret sensorikk 4. + 5. finger, innside overarm. Smerte og nummenhet mediale arm og underarm, ulnare 1 ½ finger Svakhet i hånd, redusert finmotorikk, atrofi i hånd
	Symptomatisk/funksjonell TOS (sTOS) (sTOS)	Periodisk kompresjon av det neurovaskulære komplekset grunnet gjentakende posturale- eller adferdsbelastninger som medfører midlertidig kompresjon på forskjellige områder i nakke/bryst/skulderbue komplekset (thoracic outlet)	Periodiske neurologiske symptomer Nummenhet i fingre om morgenen Smerter, følelse av spasmer/kramper, stramhet og nummenhet Ømhet og smerter i underarm, hånd og håndledd Smerte provoseres av gjentakende belastning over skulderhøyde eller vedvarende depresjon (av skulder) Smerter i hvile og om natten kan forekomme
Fra Watson et al. 2009			

Tabell 2			
Differensialdiagnose	Funn likt som TOS	Funn forskjellig fra TOS	Mulig test/utredning
Carpaltunnelsyndrom	Parestesier Nattsmerter Verre ved bruk av hånd	Nedsatt ROM håndledd (ekstensjon)	Håndledd ROM Tinel's tegn Phalen's test Elektroneurografi Ultralyd
deQuervain's tenosynovitt	Smerter tommel og laterale håndledd	Lokal ømhet og hevelse Smerter ved passiv tommelfleksjon og isometrisk ekstensjon	Finkelsteins test Ultralyd
Lateral epikondylopati	Smerter lat albue	Lokal smerte Isometrisk smerte	Ultralyd
Medial epikondylopati	Smerter med albue	Lokal smerte Isometrisk smerte	Ultralyd
Refleksdystrofi (CRPS)	Brennende smerter i arm Motorisk affeksjon	Endringer i farge, temperatur, sensitivitet i huden, svetting, hår- og neglvekst	Utrede autonome nervesystem
Horner's syndrom	Kan opptre sammen med TOS og gi kompresjon av nerver og ganglion stellatum	Ptose av øye Sammentrukket pupill	Bildedagnostikk MR eller CT NB! Vanlig ved pancoast tumor (øvre lungelapp)
Reynaud's syndrom	Misfarging hender Endret sensitivitet kulde	Misfarging føtter	Allen's test
Cervikal rotasjonsjon (som oftest disk)	Nakkesmerter som radierer ut i arm og mediale scapula	↑ smerter ved nakkebevegelser ↓ smerter ved elevasjon av arm	Sprurling Neurologisk screen av myotom, dermatom, reflekser MR
Traume til plexus brachialis	Tap av motorikk og sensibilitet Sensitivisering		Brachial Plexus tension test Elektroneurografi
Inflammatorisk sykdom, øsofagal- eller hjertesykdom	Smerter i ox med eller uten brystmerter		Blodprøver Stress EKG
Dyp venetrombose øvre ekstremitet (UEDVT)	Stramhet, tunghet i biceps, skulder, nakke, øvre rygg og aksille	Hevelse i arm, hånd, rødhet i huden	NB: Svært alvorlig komplikasjon – må utredes ved mistanke
Patologi rotatorcuff	Nedsatt ROM skulder Nedsatt styrke ox	Positiv test på rotatorcuff	Kliniske skuldertester Ultralyd/MR
Glenohumoral instabilitet	Historikk med overbelastning over skulderhøyde Tung arm med forbigående neurologiske symptomer	Positiv test for GH instabilitet	Aprehension test Ant/post draw Sulcus test
Fra Watson et al (2009)			

temet ICD10 under kode M99.0 (2). Den somatiske dysfunksjonen kjennetegnes med vevsforandringer, asymmetri, restriksjon av bevegelse og palpasjonsømhet. Etter undersøkelse bør terapeuten ha en ide om hvor kompresjonen på plexus er mest fremtredende og velge teknikker for å øke mobilitet og lokal sirkulasjon (spesielt venøs/lymfatisk drenasje) i dette området.

Et av de fire diagnosekriteriene for TOS er palpatorisk ømhet, stramhet eller økt fylde i den supra-clavikulære fossa. I dette området befinner vi oss rett over plexus brachialis, mellom mm. scalenii, clavicula og rett superiort for øvre lungelapp. Her finner vi en bindevevsstruktur som blir beskrevet som lig. suspensorium eller Sibson's fascie (bilde 8). Fibre fra denne fascien løper over i fascia endothoracica og har 3 ligamentære deler; ligg. costopleurale, transversopleurale og vertebropleurale (se figur). Nå er det ganske godt dokumentert at vi ikke klarer å påvirke lengden av bindevevsstrukturer på kort sikt, men vi kan påvirke nervesystemet (perifert og sentralt) og lokal sirkulasjon ved berøring og mobilisering. Med dette i tankene finner undertegnede ingen grunn til å prøve å tvinge muskler og vev til å forlenge seg, da tøffe teknikker kan oppleves veldig ubehagelig for pasienten. Jeg benytter meg heller av god tid og moderat kraft i bindevevsteknikkene og rytmisk mobilisering, som er avspennende og stimulerer venøs og lymfatisk drenasje.

Som tidligere nevnt kan det være lurt å vurdere hele columna og thorax, men mer spesifikt lokalt i området inlet/outlet, er acromioclavicularleddet (AC)(bilde 9), sternoclavicularleddet (SC)(bilde 10) og 1. ribbe med costotransversalledd. Det er lett å glemme disse leddene, da bevegelsen her utgjør en relativt liten del av det totale bevegelsesutslaget i skulderbuen, så mobilisering eller manipulasjon av disse leddene kan være svært relevant for TOS pasienter. Av muskulatur kan det være relevant å behandle alle muskler i området, avhengig av dine funn i undersøkelsen. Om jeg skal trekke frem noen få, vil jeg si at jeg oftest behandler mm. subclavius

(bilde 11), pec minor og scalenii, men ofte også øvre trapezius, SCM, pec major og bakre aksille.

Vi kan også påvirke nerver og plexus mer direkte ved hjelp av nervemobilisering. Bevegelse av nervene påvirker epineurium med vasa og nervi nervorum. Her benytter jeg ofte glidningsteknikker på nerven (også benevnt som flossing), og pasienten får alltid i lekse å gjøre nervemobilisering som hjemmelekse hver eneste dag mellom behandlingene. Her finnes det mange forskjellige måter å gjøre dette på, men jeg ber pasienten passe på at de ikke provoserer symptomer når de gjør øvelsene og modifiserer bevegelse etter dette. Det finnes også mange videoer på Youtube som enkelt kan vise hvordan de kan gjennomføre treningen.

Trening og rehabilitering

Ingenting vi gjør av manuell behandling kan erstatte den effekten det har på muskler, ledd og bindevev når pasienten selv dytter blod rundt i sine egne blodårer og aktiverer sine egne nerver, enn hvor mye vi måtte ønske det. En aktiv tilnærming er helt essensielt for å komme i mål, og TOS er intet unntak. Som nevnt får alle pasienter hos meg instruksjon i nervemobilisering, og dette synes jeg fungerer godt som et første tiltak som mange tolererer i en eller annen form, selv pasienter med uttalte smerter. Det er kun opp til din formidlingsevne og forklaring å hjelpe dem å finne en hensiktsmessig fremgangsmåte. Dette er forøvrig relevant også for laterale/mediale epikondylopatier og CTS.

Holdningskorreksjon er mye nevnt som en faktor i TOS. Jeg tenker at dette er en del av bildet, men sjelden en løsning alene. Det er helt naturlig å heise skuldrene eller sitte med protrauerte skuldre, problemene oppstår når pasienten ikke har variasjon i belastningen. Personlig fokuserer jeg derfor på variasjon i belastning enn at de skal oppnå en «korrekt» holdning. For en mer inngående innføring i strukturering av rehabilitering med holdningskorreksjon og scapulakontroll, se Watson et al 2010 (3). For styrketre-

ning eller mer direkte belastning av muskulatur i skulderbuen, er igjen fokuset mitt mer på smertefrihet enn bevegelseskvalitet. Her vil jeg trekke frem et mantra fra min kollega Stian Christophersen: «cufføvelser er scapulaøvelser er cuff øvelser er scapula....» er også øvelser for hele skulderbuen, som er en funksjonell enhet, og vi klarer ikke spesifikt trene en og en struktur.

I tillegg anbefaler jeg alle TOS-pasienter generell fysisk aktivitet, gjerne kondisjonstrening med tanke på aktivering av descenderende inhibisjon fra sentralnervesystemet, utskilling av effektive smertelindrende endorfiner, samt serotonin og dopamin. Økte respirasjonskrav under fysisk aktivitet gir også en effektiv selvmobilisering av thorax, spesielt med tanke på ribber og mulig innvirkning på TOS.

Kirurgi

Operative metoder er i hovedsak reseksjon av enten anomalier eller 1. ribbe. Man regner med at det er høyere andel av vTOS som ender med operasjon, enn ved nTOS (5). Som nevnt står nTOS for opptil 95 % av tilfellene av TOS, kan dette også være løsningen for enkelte pasienter med den neurologiske varianten, men undertegnede vil i alle fall argumentere hardt for at manuell behandling og opptrening bør forsøkes først, og det vil være et viktig aspekt i rehabilitering etter operasjon også.

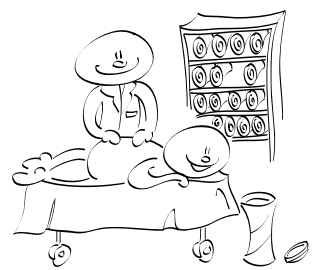
1. Watson LA PTBS. Thoracic outlet syndrome part 1: Clinical manifestations, differentiation and treatment pathways. Manual Therapy. 2009: p. 586-595.
2. Watson LA PTBS. Thoracic outlet syndrome Part 2: Conservative management of thoracic outlet. Manual Therapy. 2010: p. 305-314.
3. Hixson KM HHVMTWBC. The Diagnostic Accuracy of Clinical Diagnostic Tests for Thoracic Outlet Syndrome. Journal of Sport Rehabilitation. 2016.
4. Munro AI MG. The enigma of neurogenic thoracic outlet syndrome following motor vehicle collisions. J can chir. 2016 August: p. 276-280.
5. DJ M. Ortopedic Physical Asses-

ment. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2006.

6. Brismee JM GKIKa. Rate of false-positive using the Cyriax release test for thoracic outlet syndrome in an asymptomatic population. J Man Manip Ther. 2004: p. 12:73-81.
7. Glomsrød E. Dagens Medisin. [Online].; 2016 [cited 2016 Okt 27]. Available from: <http://www.dagens-medisin.no/artikler/2016/09/16/den-glemte-diagnosen/>.
8. Megan S Orlando BKCLBSMYCAC. A Decade of Excellent Outcomes after Surgical Intervention in 538 Patients with Thoracic Outlet Syndrome. Outlet Syndrome. 2015: p. 934-939.

FYSIO
Laken
og oppbevaringsrør

GRANTON



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

Velkommen til muskel-skjelettkongressen

«BEKKEN OG HOFTE»

Hotell Bristol, Oslo 10.-11. mars 2017

PFF ønsker alle hjertelig velkommen til Muskel-Skjelettkongressen 2017. I år vil vi befinne oss på Hotell Bristol, midt i Oslo sentrum. Tema for årets kongress er «bekken og hofte». Det vil komme spennende forelesere som vil ta opp det seneste innen forskning, klinisk undersøkelse og behandlingsalternativer.

Her kommer en liten presentasjon av to av foreleserne:



1) Tom Henry Sundøen.

Sundøen er utdannet lege fra Justus Liebig - Universität, Giessen i Tyskland. Han utdannet seg til ortoped i Norge i perioden 1998-2003, og ble spesialist i ortopedi/kirurgisk ortopedi i 2007. Nå jobber han som ortoped ved Volvat medisinske senter i Fredrikstad. Han utfører ca. 700 operasjoner rlig og ca. 2500 ortopediske konsultasjoner rlig. Han har særlig kompetanse innen avansert skopisk kirurgi i skulder, albue, hofte, knær og ankel. Utfører skopi i hofteledd som en av få ortopeder i Norge. Referansekirurg. ca. 600 utførte inngrep via kamera til hofteledd. Tilbyr totalvurdering av hofteledd via klinisk undersøkelse, vurdering av diagnostisk injeksjon, hofteskopi, protesekirurgi.



2) Frederick Holbusch

Frederick Hobusch, PT, DMT, MOMT, FAAOMPT, er utdannet fysioterapeut ved Universitetet i Utah, USA. Han videreutdannet seg, som en av de aller første amerikanere, innen ortopedisk manuell terapi på slutten av 80 tallet under Ola Grimsby og Den Nordiske Spesialgruppen i Manuell Terapi; og har siden vært en svært sentral figur i blant annet videreutviklingen av pensumet for Ola Grimsby Institute. Han er publisert og har undervist verden rundt samtidig som han har vært assisterende professor ved avdelingen for fysioterapi, Universitetet i Utah, i 20 år; og fungert som fulltids kliniker og medeier av Westwood Physical Clinic siden 1979.

Her er **foreløpig program** med forbehold om endringer:

FREDAG 10. MARS

0930-1000	Registrering
1000-1100	PhD Frederick Holbusch (se omtale) Klinisk resonering hofte/bekken
1100-1130	Pause med utstillersbesøk
1130-1230	Frederick Holbusch fortsetter
1230-1330	Lunsj og utstillersbesøk
1330-1400	Frederick Holbusch fortsetter
1400-1430	Pause med utstillersbesøk
1430-1530	Tom Henry Sundøen, lege og spesialist i ortopedi Ulike kirurgiske inngrep i hofte
1530-1600	Siste besøk hos utstillere for i dag
1600-1700	Tom Henry Sundøen fortsetter
1730-1900	Årsmøte
2000-	Middag på et hyggelig sted i Oslo sentrum

LØRDAG 11. MARS

0800-0900	Frokost
0830-0900	Registrering dagens ankomne
0900-1030	Undersøkelse og behandling av bekkenleddsplager PhD Frederick Holbusch
1030-1100	Pause med utstillersbesøk
1100-1230	Undersøkelse og behandling av bekkenleddsplager forts.
1230-1330	Lunsj og utstillersbesøk
1330-1445	Tom Arild Torstensen, manuellterapeut Dosert trening som antinocicpetiv/ antiallodyni terapi for hofte og bekken- smerter. Kliniske eksempler. Teoretiske og vitenskapelige forklaringer.
1445-1515	Siste besøk hos utstillere
1515-1630	Tom Arild Torstensen fortsetter
1630-	Takk for i år og vel hjem!

Godkjent 14 timer for opprettholdelse av «Spesialist i Muskel og Skjelett Fysioterapi»
Og opprettholdelse av «Spesialist i Muskel og Skjelett ultralyd»

VELKOMMEN !

Priser med overnatting:

Fre-lørd i dobbeltrom inkl. kursavgift, lunsj og middag fredag samt frokost og lunsj lørdag, kr. 4750,-
PS! Prisen er pr. person i dbl. rom, ønskes enkeltrom er det pristillegg kr. 300,-/natt

Bestill innen 1. januar! Etter 1. januar kommer pristillegg, se påmeldingsskjema på www.kongresspartner.no

Priser uten overnatting:

Fredag inkludert kursavgift og lunsj, kr. 1790,-
Lørdag inkludert kursavgift og lunsj, kr. 1790,-
Begge dager inkludert kursavgift og lunsj, kr. 3300,-
Studenter, kr. 690,- pr. dag (begrenset antall plasser)
Ovennevnte priser gjelder PFF medlemmer, andre får tillegg kr. 600,- pr dag.

PS!! Er det behov for ekstra overnatting, f.eks. tor-fre og/eller lør-søn, skriv i kommentarfeltet, og vi sender deg konkret pris på det!

Direkte adgang til fysioterapi



AV KJETIL NORD-VARHAUG
STYRELEDER PFF

Regjeringen ønsker direkte tilgang til fysioterapi for befolkningen

Helseminister Bent Høie fra Høyre har på vegne av Regjeringen fremmet et forslag i Primærhelsetjenestemeldingen der man åpner for direkte adgang til fysioterapi hos terapeuter med DT avtale med kommunene. Forslaget skal på høring første del 2017. Man ønsker med dette å unngå forsinket igangsatt diagnostikk og behandling ved at pasienten kan ta direkte kontakt med sin lokale fysioterapeut uten å stå i kø for time hos sin fastlege først.

NMF er uenige

Peter Lehne i NMF benyttet høring på Stortinget i oktober til å argumentere for at pasienter ikke skal få direkte adgang til fysioterapi, og at forslaget må revurderes. Han benyttet argumenter som kan tolkes dit hen at det er farlig å oppsøke en fysioterapeut direkte, og at vi som yrkesgruppe ikke evner å stille korrekt diagnose, og at forsinket diagnostikk kan være en trussel mot pasientsikkerheten. Han hevder dette også vil føre til lengre ventetider. Han mener fysioterapeuter ikke har de formelle og praktiske ferdighetene til å stille en korrekt diagnose. Hans uttalelser har skapt sterke reaksjoner på sosiale medier de siste ukene.

– Innholdet i manuellterapifaget ble redefinert, og utdanningen endret og utvidet til et femårig masterstudium. Dette ble gjort for å sikre at manuellterapeuter i egenskap av primærkontakter i helsevesenet ble faglig rustet til å stille selvstendige diagnoser. Dette er nødvendig for å kunne identifisere alvorlig sykdom og unngå feil- eller overbehandling, sier NMFs leder Peter Chr. Lehne på foreningens egen hjemmeside www.manuell.no

Vi kan bare spekulere i NMF sin motivasjon til å forsøke å stå i veien for direkte adgang slik som Regjeringen nå foreslår.

I praksis har det i mange år fungert slik at mange pasienter henviser seg selv til fysioterapi via privat betaling og helseforsikring i det private. Det er kun ordningen med HELFO og DT finansiert fysioterapi som fortsatt fungerer med godkjenning ved henvisning fra primærkontakt. Fysioterapeuter stiller egne selvstendige diagnoser uansett om det foreligger en henvisning eller ikke. Vi er også av helsepersonelloven pålagt til kun å utføre diagnostikk og behandling vi er faglig skikket til, og må derfor søke assistanse i diagnostikken der dette er nødvendig. Likt som for alt annet helsepersonell.

Portvokterrollen er utvannet

Portvokterrollen har lenge blitt brukt som et argument for å unngå overforbruk av fysioterapi i kommunene.

Portvaktene til kommunalt/HELFO finansiert fysioterapi forsvant imidlertid da rollen ble utvannet etter at kiropraktorene og manuellterapeutene også fikk denne rollen for noen år tilbake.

Porten er umulig å kontrollere når pasienten fritt kan velge annen portvakt om den første de oppsøker avslår deres ønske om henvisning til fysioterapi. Det er heller ikke regulert hvor mange som får lov til å ha en slik portvaktrolle, da det er fri etablering av helprivate primærkontakter både på lege, MT og kiropraktorsiden.

Dette argumentet må derfor bort når man diskuterer om pasienten skal kunne oppsøke fysioterapeut selv uten henvisning.

Fysioterapeuten trenger verktøy og klare føringer fra kommune og stat på hvem som skal/kan få behandling på det offentlige sin regning. Å ha et ekstra fordyrende ledd bidrar i så måte lite. Det forsinkes bare prosessen.

Legeforeningen er positiv til direkte adgang

Legeforeningen har uttalt seg positive til direkte tilgang på fysioterapi. De opplever i det daglige at pasienter som trenger behandling må oppsøke lege for å få henvisning der fysioterapeuten selv burde kunne være ansvarlig for å vurdere behandlingsbehov og omfang. Det er nå en mannsalder siden legene skrev ut både antall behandlinger og hvilken behandling som var aktuell for pasienten. VMØ er et begrep noen få av oss husker. Det sto for varme, massasje og øvelser og var lenge et populært og hyppig brukt begrep blant allmennpraktiserende leger på henvisninger til fysioterapi.

NFF og PFF enige

I denne saken er både PFF og NFF for en ordning med direkte adgang, og vi støtter overhodet ikke NMF sitt forsøk på å nedgradere vår rolle i helsevesenet.

PFF mener at dette er et skritt i riktig retning for vår faggruppe.

Forbundsleder i NFF Fred Hatlebrekke uttaler til tidsskriftet Fysioterapeuten: «Fysioterapeuten må uansett forholde seg til helsepersonellovens krav om å utøve forsvarlig praksis, sier forbundslederen som svar på manuellterapeutenes bekymring.»

NFF forbundsleder Fred Hatlebrekke reagerer på Lehnes holdning til direkte tilgang til fysioterapi.

– Det er alvorlig når han åpenbart mener at fysioterapeuter ikke er faglig skikket til å være «direkte kontakter», sier Hatlebrekke til Fysioterapeuten.

Kompetansekrav?

De siste årene har det flere ganger vært diskutert om fysioterapeuter skal pålegges faglig oppdatering som en del av retten til å beholde sin autorisasjon eller retten til å arbeide for HELFO takster. Helse-

minister Bent Høie uttalte i 2015 til Dagens Medisin at ett av kravene for å øke kompetansen hos legene er at fremtiden fastleger må være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

– Skal du være fastlege og jobbe i primærhelsetjenesten, må det blir et krav i fremtiden om at hvis du skal jobbe selvstendig som fastlege, må du ha spesialitet i allmennmedisin eller være under spesialisering i allmennmedisin, sier Bent Høie til Dagens Medisin.

Han viser til at behovene kommunene og primærhelsetjenestene må løse i fremtiden, og som de løser i dag, er sammensatte og kompliserte.


Da er det Regjeringens syn at svaret på dette er å sikre kompetanse og status rundt det å jobbe i primærhelsetjenesten, og vi tar et tydelig grep på legesiden, kommenterer Høie.

Det er usikkert hvilke planer helseministeren har til fysioterapeutene i primærhelsetjenesten i fremtiden. Men å innføre et krav om spesialisering for fysioterapeuter som nå pålegges legene, er kanskje en måte å sørge for bedre kompetanse i tjenesten.

PFF foreslår lovpålagt epikrise fra spesialisthelsetjenesten

Hvert år utdannes det flere hundre fysioterapeuter i Norge. I løpet av sin karriere som helsepersonell vil de møte et stort antall pasienter med forskjellige diagnoser. Kunnskap innen undersøkelse og behandling er ikke kun noe man lærer på skole eller kurs, men i stor grad bidrar erfaring med pasientbehandlinger til å danne en solid kunnskapsbase for fysioterapeuten. Men dagens kommunikasjonsmetoder i helsevesenet sikrer ikke at fysioterapeutene og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten får den informasjonen vi trenger for å bli dyktige i faget vårt.

PFF har i den forbindelse utformet et lovforslag som tar for seg behovet for epikriser mellom behandlere i primærhelsetjenesten, samt mellom spesialisthelsetjenesten og oss som



studio PILATES

NORDISK INSTITUTT FOR FYSIO-PILATES

KURS I FYSIO-PILATES

Kursserie i tre deler som leder til sertifisering som instruktør i Fysio-Pilates

Pilatestrening er en treningsform hvor stabilitetstrening vektlegges. Man lærer å aktivisere de dype stabiliseringsmusklene i rygg, bekken, nakke og rundt skulderblad. Videre utfordrer man evnen til å stabilisere ved å jobbe med ulik lengde på vektarm, og ved å variere graden av stabilitet i utgangsstillingen. Det jobbes også med holdning, pust, styrke, fleksibilitet, muskelbalanse og kroppsbevissthet.

Fysio-Pilates

Mange av de tradisjonelle Pilates-øvelsene bærer preg av at Joseph Pilates jobbet mye med dansere, og krever mer fleksibilitet, styrke og kroppsbeherskelse enn det gjennomsnittet i befolkningen har. I Fysio-Pilates har metoden blitt fornyet og oppgradert i tråd med nyere forskning og viten innen fysioterapifaget. Defleste øvelsene har blitt brutt ned for å gi en mer trinnvis oppbygning, og nye øvelser har kommet til. Dette gjør metoden til et egnet redskap for rehabilitering.

Målgruppe: Fysioterapeuter
Opptakskrav: Grunnutdanning/Studenter på 6. semester eller turnuskandidater

Kursbeskrivelse

Etter gjennomført kurs skal deltakerne:

- Kunne et øvelsesrepertoar fra begynnernivå til viderekommet nivå
- Kunne anvende øvelsene i forhold til ulike diagnoser og problemstillinger
- Kunne modifisere og tilpasse øvelser til individuelle problemstillinger
- Ha fått et teoretisk grunnlag for treningen
- Kunne anvende pressure biofeedback til testing og opptrening
- Kunne lede en gruppe i Fysio-Pilates

Mellom 1 og 2 kurshelg må kursdeltakere ha loggført minst 25 timer egentrening. Mellom 2 og 3 kurshelg må kursdeltakere ha loggført minst 15 timer egentrening og 10 timer instruksjon for enkelt personer eller grupper. Den siste helgen vil avsluttes med en praktisk og en skriftlig eksamen. Ved bestått eksamen vil man få en sertifisering som instruktør i Fysio-Pilates.

Praktiske Opplysninger

Arr.: Studio Pilates, Nordisk Institutt for Fysio-Pilates A/S
Kursledere: Åse Torunn B. Odland, fysioterapeut og sertifisert Pilates-Instruktør fra Australian Physiotherapy and Pilates Institute (APPI, London), sammen med en erfaren instruktør fra instituttet.

Tid: Kursserie i: 03-05 Februar 2017
 16-18 Juni 2017
 10-12 November 2017

Sted: Studio Pilates, Møllendalsveien 61 a, 5009 Bergen
Deltakerantall: 18
Kursavgift: kr. 5.900,- per kurshelg. I tillegg kommer en eksamensavgift på kr. 500,- den siste helgen.
Påmeldingsfrist: Først til mølla!

Skriftlig påmelding til: post@studiopilates.no,
Studio Pilates NIFP A/S, Møllendalsveien 61a, 5009 Bergen.
Tlf.: 55 20 33 60 Nettside: www.studiopilates.no

jobber i primærhelsetjenesten. Da vi sendte dette inn til departementet i 2015 fikk vi etter hvert tilbakemelding om at man ikke ønsket å gjøre endringer i loven for å pålegge helsepersonell å sende slike epikriser da man mente loven allerede åpnet for dette. Men slik loven er utformet, står det at vi kan sende slike epikriser om pasienten samtykker, ikke at vi må. Det vil derfor i praksis si at det er opp til hvert enkelt sykehus og lege å velge en praksis på dette, og i en hektisk hverdag vil vi nok ikke se noen endringer på dette området før loven endres. PFF vil derfor søke politisk støtte for en lovendring som vil kunne sikre unik kunnskapsvekst i primærhelsetjenesten.

PFF sitt forslag til utvidelse av §45 i helsepersonelloven.

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

Manuellterapi er en av flere viktige videreutdanninger for fysioterapeuter

Manuellterapeutene har gjort mye bra for faget de siste årene. De har gått foran og åpnet opp for at fysioterapeuter kan ta over oppgaver som tidligere var forbeholdt legene. Autorisasjonssaken har dessverre ført til en splittelse av manuellterapeutene i to fraksjoner der den ene halvdel er medlem i NFF og faggruppen for manuellterapi, mens den andre halvdel er medlemmer i NMF og støtter særskilt autorisasjon for manuellterapeuter. Denne splittelsen er ikke helt ulik den som NFF og PFF gikk igjennom i 1983 da PFF fraksjonen var imot innføringen av driftstilskuddsordningen og ikke fri etablering for privatpraktiserende, slik det hadde vært frem til da.

Vi synes manuellterapeutene løser en viktig rolle i dagens helsevesen, men vi kan ikke støtte et system der MT

faget blir det eneste som betyr noe i primærhelsetjenesten blant fysioterapeuter. Vi trenger fysioterapeuter med spesialisering i idrett, nevrologi, onkologi, allmenn fysioterapi, muskel- og skjelett fysioterapi, ultralyd osv.

Direkte adgang løser ikke kapasitetsutfordringen

Selv om direkte adgang til fysioterapi kanskje løser litt av køen hos fastlegene og gir pasienten mulighet til å motta behandling på fysioterapeutens vurdering, så vil det ikke løse kapasitetsproblemen.

Med neste års statsbudsjett i minne er det ikke sikkert økte overføringer til helse på fysioterapiområdet vil bli prioritert om vi ikke klarer å synliggjøre at økt satsning på fysioterapi faktisk kan være en besparelse for samfunnet. Her har NMF, PFF og NFF en felles oppgave å formidle dette tydelig til politikerne. Hadde vi evnet bedre å stå samlet om enkeltsaker fremfor å krangle om å tilrive oss fordeler foran andre så hadde vi kanskje lyktes bedre. Som 3 fagpolitiske grupperinger burde vi kunne finne enkeltsaker som vi er enige i, og som vi faktisk kan gå sammen om. Vi har sett i takstforhandlingene de siste par årene at vi faktisk evner å samarbeide når forholdene legges til rette for dette.

Kanskje vi må se på hvilke grupperinger som får rett på refusjonsbasert fysioterapi i fremtiden? Nå ble nylig diagnoselisten foreslått fjernet for å unngå urettferdig dekning av enkelte diagnoser. Dette vil også potensielt ta bort noen pasienter fra listene som ikke lenger vil prioritere å gå til behandling om de må betale noe for dette av egen lomme. Det blir spennende å se hvordan dette slår ut i praksis. PFF har tatt til orde for å øke egenandelstaket slik at pasientene må delfinansiere mer av behandlingen selv, hvor man også innfører enkelte skjermingstiltak for sårbare grupper.

Hva med idrettsskader? Bør staten være ansvarlig for at pasienter trener hjelp til å trene opp kneet etter å ha løpt maraton når dette ikke gir nedsatt arbeidsevne eller fare for sykefravær?

Vi kan bli nødt til å ta tøffe valg i fremtiden på hvilke pasientgrupper som skal og må prioriteres. Ser vi til NHS (National Health Service) i England så er tilgangen til offentlig finansiert fysioterapi kraftig begrenset rett og slett fordi staten ikke har råd til å finansiere dette slik vi har i Norge. Vi får ikke håpe dette blir slik i Norge, men noe må gjøres for at kostnadene til helse ikke skal løpe løpsk.

Å fjerne behovet for henvisning til fysioterapi vil i hvert fall føre til mindre belastning på fastlegene og derfor mindre kostnader pr. behandlingsforløp. Kapasiteten vil regulere hvor mange som blir behandlet på offentlig regning. Køene vil til en viss grad gjøre at de med midler og forsikring søker helprivate alternativer. PFF er et forbund som også jobber for å fremme helprivate fysioterapeuters interesser, og vi vet også at ikke alle fysioterapeuter ønsker å jobbe med DT avtale.

Den foreslåtte endringen som tar bort behovet for henvisning, vil øke fysioterapeutens status, og det vil også utfordre oss til å ta mer ansvar for nettopp diagnostikken. Vi skal ikke stole på at fastlegen har utelukket alle røde flagg selv om de kommer formelt henvist, men nå blir fokuset på vår rolle i det diagnostiske arbeidet enda synligere, og dette er en rolleendring vi vil ta på alvor og dyrke frem.

Kilder: Primærhelsetjenestemeldingen - regjeringen (HOD) NMF www.manuell.no Fysioterapeuten (www.fysioterapeuten.no) Dagens Medisin

ALFACare

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



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.

www.alfacare.no

Vi arrangerer en rekke kurs!
Se www.alfacare.no for
oppdatert kurskalender

ALFACare

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

De ti verste typene fysioterapeuter

Idrettsfysioterapeuten Adam Meakins` mange blogginnlegg skaper både debatt og sinne, men han henter seg som oftest inn igjen med en sedvanlig humoristisk vinkling. Under kan du lese hans blogginnlegg i sin helhet om de ti verste fysioterapeuttypene han vet om, og det er ikke fritt for at de aller fleste terapeuter kjenner seg igjen på ett eller flere punkter. Les og tenk, eller les og glem. Du velger!

Intro: I would like to reflect on the 10 worst types of therapist I have had the misfortune to come across in my career. If you are the sensitive type, or like your blogs a little more serious, then you may not want to read on any further. But, if you do read on and you begin to feel angry or agitated, then you may want to ask yourself why? Is it that I've touched a nerve and some of these traits are uncomfortably familiar in yourself? If so, don't panic, there is some advice on what to do at the end! Let me also make it crystal clear that I am addressing all therapy professions here, physios, osteos, chiros, sports, remedial, soft tissue etc etc, I refer to you all equally and cast you all under the same scrutiny, in equal measure. No profession in my opinion can claim superiority over another.

So without further ado, lets get started and look at the 10 worst types of therapist...

No 1: The 'my therapy is better than your therapy' Therapist



Like it or not, there is a hidden, and sometimes not so hidden, hierarchal war between the therapy professions that makes 'Game of Thrones' look like a child's nursery rhyme. Many therapists can often be heard bitching and slagging off other

professions, claiming that the way they have been trained is far more superior and far more 'sciencey' than the others.

These therapists pontificate about how their methods and approaches are more effective in getting patients better, quicker, easier than others, and because they have been established since 1463 during the reign of King Archibold III they are the senior profession and so therefore the best!

Bullshit! There is as much of the good, the bad and the ugly in all the therapy professions. Non can claim any superiority or moral high ground over any other. All have their merits, all have their embarrassments.

Personally as a physio, I am biased to the physios profession, often finding myself immensely proud to call myself one, but unfortunately I am also just as often embarrassed, ashamed and disappointed to call myself one, as some muppet goes and says or does something stupid, gimmicky or pseudoscientific.

No 2: The 'lastest fad' Therapist



Fluorescent stretchy tape, metal massage tools, electro acupuncture,

myofascial release, anatomy trains, thoracic rings... you name it these therapists will claim it is the best thing ever to happen to the profession and that it is the most effective, useful, wonderful method for fixing patients ever... until next month when the next sparkly gimmick comes along!

These therapists will jump from fad to fad, they will buy the gadgets, they will ask their patients to buy the gadgets, they will defend the gadgets and the guru teachers of these wonder cures from any skepticism and critique.

But more importantly they will lose sight of what they should be doing with their patients. The giving of simple honest advice combined with progressive movements and exercise. These therapists stop thinking for themselves, instead letting some guru infest their own clinical reasoning with distorted profit driven bullshit.

No 3: The 'guru' Therapist



Eloquent, confident, witty, and usually good looking, the 'guru' therapist is able to enthrall and dazzle audiences with their charisma and charm. They show therapists the errors of their ways, how they have been doing it all wrong and how if

they do it their way it will be better. The guru therapist has a slick website and marketing image, they develop a loyal following and surround themselves with sycophants who hang off every word they say. They reject and attack any scepticism or critique as being disrespectful or having an impolite 'tone' and so refuse to debate with any impertinent upstart who has any opposing views.

The 'guru' therapist will have many, many anecdotal stories, pictures and videos of patients demonstrating amazing instant improvements, they may even do live demonstrations of these impressive feats during their courses 'shows' and book launches. What they won't show you is any peer reviewed evidence or be able to explain why these methods are not repeatable in other situations/environments, blaming the therapists for doing the method incorrectly, rather than let the method itself come under scrutiny.

No 4: The 'celebrity' Therapist



More concerned about WHO they treat than HOW they treat, the celebrity therapist will attempt to prove their credentials and skills by showing photos of them standing next to, shaking hands with, hugging, or even posing in a cheesy thumbs up position with a 'celebrity'.

The celebrity therapist will boast about their status and their famous friends as often and as vociferously as they can, claiming that they were hand-picked to support the celebrity due to their reputation or skill set, when in fact it is usually only due to a friend of a friend pulling a few strings to get them connected.

And when I say 'celebrity' therapists I am very much including professional sports therapists here. Despite it being a very popular career choice, working as a professional sports therapist is NOT the pinnacle of the skill tree or the clever ladder. Just because a therapist has worked in professional sport does NOT automatically make them more skilled, more qualified, more intelligent, than any other therapist, they are simply more used to working with a different client group, which has its pros and cons for them.

No 5: The 'I've got more qualifications than you' Therapist



These therapists are easy to spot, they are the ones who always place the full 26 letters after their name on every single letter or email eg Dr A Noying BSc (hons), MSc, PhD, MACP, SRP, CSP, CSCS, NASA, ASAP, PDQ, JLS, DFS... FFS!

They think these initials are like medals to be displayed and the more the better. They also tend to go to great lengths to introduce themselves by their qualifications when you first meet them, telling you very quickly which university they are associated with, and will soon ask you for your affiliations and qualifications to decide if it's worth talking to you any further.

They seem to think qualifications are all that's needed to make a good therapist, they think reading research, or staring down a microscope, or working in a video analysis lab tells them how best to manage patients,

not that many of them have actually managed a patient for many years, if at all.

They have forgotten that being a therapist isn't just about treating pathology, it's about treating PEOPLE with pathology.

No 6: The 'I've got more experience than you' Therapist



Thirty-eight years doing this job and these therapists have been around since the dawn of time. They are the Yoda's of the professions. They can be spotted by the wise forlorn look in their eyes, the weathered and worn hands from years of manual therapy and are often seen flicking through the current pension investors handbook. Although immensely wise and experienced in the art of dealing with people, most of these matriarchs are now unfortunately hopelessly out of touch with current practice, having long ago becoming tired of the constant change in practice and methods, and so have given up.

They have not attended a course since 1986 which was on current concepts in faraday bathing, and the last journal article they read was on how friction massage breaks adhesions and increases blood flow. They think the profession is on a merry-go-round and if they stay still long enough it won't be long before what they have always done comes back into vogue. They are now quick to crush new ideas and thinking as youthful exuberance and inexperience, and are keen for younger therapists to learn from them and follow in their ways happy now to



trust their years of past experience rather than current research or evidence.

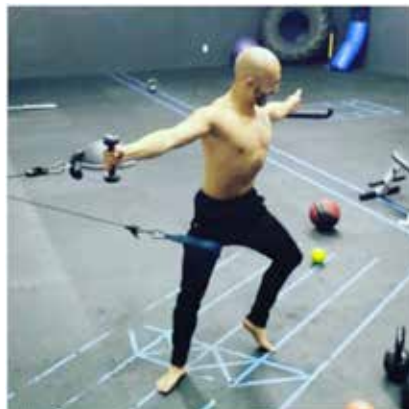
No 7: The 'lazy unfit' Therapist



The lazy, unfit, and usually overweight therapists are easy to spot, they happily give out advice and education to patients on lifestyle and exercise left, right and centre, yet it is clearly obvious they do not follow their own advice. They are the 'do as I say, not do as I do' therapists.

These fatties, are quick to advise patients do more exercise, get fitter or stronger yet look like they haven't run to the end of the street since they were a kid, or lifted anything remotely heavy repeatedly apart from their own fridge door. They will often ask a patient to do an exercise that they themselves have never done or are unable to do, and when on the rare occurrence they do attempt to demonstrate an exercise they tend to look like a drunken walrus... on roller skates... with bad asthma!

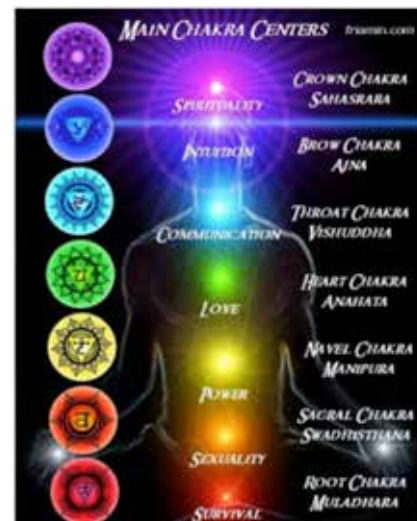
No 8: The 'functional movement' Therapist



These therapists are also easy to spot, they will be wearing Vibrams, or worse walking about in bare feet, carrying a copy of 'Become a Supple Leopard' and tend to say triplanar, or 3D in every other sentence. These are the disciples of Applied Functional Science. They insist all must do backward lunges with trunk rotation and a contralateral shoulder driver. Poor old Ethel only came in for some exercise after her knee replacement!

The functional movement therapist has no time for frivolous nonsense like squats, deadlifts or shoulder presses, instead insisting they work on floor mats with grids and crosses marked out all over it, Kaiser cable machines and voodoo bands. The functional movement therapist also has no time for any exercise that involves standing on two legs, or moving both limbs together. Simply put if you ain't standing on one leg, on a bosu whilst waving a limb about you just ain't functional bro!

No 9: The 'alternative' Therapist



These therapists are often seen munching on some vegan lentil soya bean salad whilst discussing how their chakra is off center due to some mis alignment in the planets this week. They will consult the horoscopes and astrology charts rather than research journals, and have an array of strange shaped rocks and lumps of coloured glass on their desks that they occasionally rub over patients, that's if they touch them at all, usually preferring to work on patients auras and energy fields.

They will also constantly talk about the life force that flows through all of us, yet have absolutely no idea who Obi Wan Kenobi is or understand you when you tell them «these are not the droids you are looking for».

No 10: The 'profit driven' Therapist



I saved the worst type of therapist for last. The profit driven therapist is a cancer in all of the therapy professions, and needs to be hunted down, exposed, and then eradicated. These therapists are more interested in patient retention than turnover. They are more interested in cross sales than outcome. They are more interested in money than patient welfare. Don't get me wrong I am all for people making an honest living and fair payment for professional services, but there are some therapists that have NOT got their moral compasses set straight.

These therapists scumbags will often get patients to sign up to expensive, extended treatment plans, requiring multiple visits, by instilling fear and selling sickness, they depend on patients developing a sense of trust and need on whatever pseudo scientific bullshit they are peddling in a belief that it is fixing or curing them. They will also ensure patients have brought orthotics, tape, braces, foam rollers and any other add ons that they can push onto the poor patient regardless if they need them or not.

They advertise their services anywhere and everywhere, rather than rely on word of mouth, as they have none. They are usually in collaboration or partnership with other likeminded businesses scumbags and all tend promote each other and form groups that self feed referrals and so more profit for each other. These are the worst type of therapists

and need to be pushed out of the profession.

Conclusion

So there you go, that's my look at the worst types of therapists. If you do recognise a few traits here in yourself, don't be mad, and don't panic, none of us are perfect, me far from it, I've been a good few on this list during my career. However, if you do recognise a few things in yourself, what's more important now is what are you going to do about it?

Remember making mistakes isn't a crime, not learning from them is...

Learn, improve, and become the best you can be to help those that matter the most, our patients!

Adam Meakins / February 18, 2015
/ <https://thesportsphysio.wordpress.com>

Bokanmeldelse:

Frisk skulder- mindre smerter, trygt og enkelt



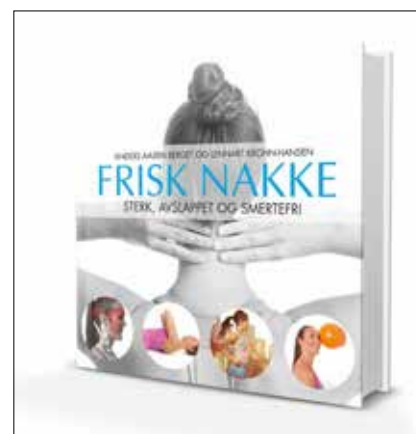
AV HILDE STETTE
FYSIOTERAPEUT

Frisk skulder er en praktisk og veiledende bok som skulderpasienter (og også terapeuter) kan ha glede og nytte av å ha i bokhyllen. I tillegg til å være en praktisk hjelp-til-selv-hjelp-bok, har den også stort fokus på å berolige leseren. Boken kan i høyeste grad gi leseren økt trygghet og oversikt over sin egen tilstand, i tillegg er bokens tips til øvelser godt illustrert med tydelige bilder og forklaringer.

Den nylanserte boken for skulderpasienter, er oversiktlig satt opp med tekst og bilder. Den er spekket med informasjon om ulike skuldertilstander, uten at den blir tunglest av den grunn. Informasjonen i boka er i stor grad basert på forskning, men også

erfaringer fra solide og drevne klinikere. Sigbjørn Hjorthaug, Anders Aasen Berget og Lennart Krohn-Hansen er hovedforfattere av boka, men de har vært smarte og hentet inn et koppel av rutiner og tverrfaglige klinikere til å bidra med sin kunnskap i boken, noe som løfter boken opp og gir den høy kvalitet.

Kapitlene er tydelig delt opp og tar for seg hovedområdene smertelidring, skulderanalyse, kunnskap, forebygging og sport. Den er formet med fargekoder slik at leseren lett kan finne ønsket og nyttig kunnskap om sin bestemte tilstand. De fleste klassiske skulderproblemer er omtalt og forklart, og best av alt har den også som et mål å ufarliggjøre og avmystifisere skulderlidelser. Det vil alltid være en diskusjon i fagmiljøet om det er de rette øvelsene som blir presentert eller om den rette informasjonen er med, men dette er hovedsakelig en bok for



skulderpasienten, så her er de store linjene viktigere enn detaljene, noe jeg synes forfatterne har klart å få til på en god måte.

Dette er en bok jeg absolutt vil anbefale mine skulderpasienter å skaffe seg, og jeg er glad jeg leste den selv.

Nylig blogginnlegg frå NIH – «Er kampen viktigare enn kneet?»

Her om dagen las eg eit blogginnlegg av forskar og fysioterapeut Hege Grindem som gjorde stort inntrykk på meg. For meg som jobbar mykje med knær, i tillegg til at eg er spesielt interessert i fotball, kjem kanskje ikkje dette som eit sjokk for mine kollegaer. Uansett spesialisering og/eller interesse meiner eg at det er viktig at denne kunnskapen kjem ut til mine felles kollegaer der ute. At vi som helsepersonell, støtteapparat, foreldre eller trenarar kan bidra med å redusere risikoen for nye kneskadar etter korsbandoperasjon trur eg absolutt er mogleg og eit ansvar vi må ta.



KOMMENTERT OG OPPSUMMERT
AV NINA PAULSEN
FYSIOTERAPEUT

Fremre korsbandskadar representerer ein tydeleg bekymring i idretten på grunn av dei alvorlige konsekvensane for den skada utøvaren, med langvarig fråvær frå idrett og reduksjon i prestasjon. Dei langsiktige konsekvensane kan vere enda meir alvorlige, i og med at ein får auka risiko for tidleg kneartrose, nedsett knefunksjon, smerter og i verste fall behov for kneprotese. Førekosten av korsbandskadar er rapportert høgare i vridingsidrettar som fotball, basketball og handball, og kvinner har 3-5 gonger høgare førekomst samanlikna med menn (1).

Kva er risikoen for ny skade?

Grindem (2) framhevar i sitt innlegg at opptrening etter operasjon er ekstremt krevjande, og for dei av oss som ikkje lev av idretten og kan ha rehabiliteringa som ein fulltidsjobb, kjem som regel jobb, skule og fritid ofte i vegen. Men dersom ein likevel skulle vurdere å kome tilbake, gjennomføre ein hard og tøff opptrening, kan det vere relevant å sitte inne med noko informasjon før ein skal ta sitt val. Kor mange er det eigentleg som returnerer til sin idrett? Og kva er risikoen for re-skade? Her finst det dessverre mykje synsing og fleire

mytar, og det er på tide med nokon oppklaringar. Så her kjem nokon fakta å slå i bordet med:

- 81 % av profesjonelle idrettsutøvarar returnerer tilbake til sin idrett
- Hå ikkje-profesjonelle spelarar kjem kun 42 % tilbake på det same nivået dei tidlegare spelte på
- For dei som går tilbake til idrett, uavhengig av nivå, er risikoen for å skade kneet på nytt større enn hjå lagkameratar som ikkje har ei korsbandskade
- Ein studie har vist at 9 % av kvinnelige handball- og fotballspelarar spelte med ein tidlegare korsbandskade, og i løpet av oppfølgingstida hadde 18 % av desse pådratt seg ei ny korsbandskade
- Ein studie på ikkje-profesjonelle utøvarar registrerte 10 % nye korsbandskadar i løpet av to år etter korsbandoperasjonen, og totalt 24 % nye kneskadar, inkludert menisk- og bruskskadar. Av disse skadane skjedde halvparten innan to månadar etter retur til idrett
- Den mest alvorlige konsekvensen kjem 10-15 år seinare, nemleg auka sjanse for artrose i leddet. Ein internasjonal forskingsgruppe har nå estimert at behovet for ei kneprotese i løpet av livet vil vere 6 % for dei utan kneskadar, 8 % for dei med eit operert korsband,



og 22 % for dei med korsbandskade kombinert med andre skadar i kneet (3)

Media

Media er ofte med på å skape urealistiske og misvisande forventningar hjå pasientane våre. Oppslag om retur til idrett etter korsbandskadar (og for så vidt andre skadar) florerer, og ved eit tastetrykk på MacBook´n min, slår innlegga i mot meg.

Nokon døme frå norsk media og ski-verda: «Da Jansrud pådro seg skaden i kneet, ble det sagt at det minst ville gå ni måneder før han kunne være tilbake på ski igjen. Nå ser det ut som om han ligger et par måneder foran det skjemaet, noe som er svært positivt med tanke på

OL i Sotsji som kommer allerede februar neste år» (4).

Og så eit ganske likt innlegg om lagkamerat Aksel Lund Svindal. «OL-vinneren fra Super-G i Vancouver i 2010 (Aksel Lund Svindal) var ventet å miste mellom ni til tolv måneder med korsbåndskaden, men ser ut til å være før skjemaet» (5).

Eg må også trekke fram eit døme frå amerikansk media og fotballspelar Megan Rapinoe: «The midfielder started for USA in its final group game against Colombia on Tuesday, just eight months after tearing her ACL during a training session in Hawaii» (6).

Etter å ha lest slike innlegg, er det på sin plass å oppmuntre til at både profesjonelle- og ikkje profesjonelle utøvarar må få lov til å senke skuldrane og få bruke den tida som krevjast for å kome tilbake.

Oppskrift for å redusere risikoen

Gjennom mange år har NIH, ved Norsk forskningssenter for Aktiv Rehabilitering (NAR) og Senter for idrettsskadeforskning, forska på behandling og skadeforebygging av korsbåndskadar. Grindem (2) trekk fram at forskning det siste året har spesielt ført fram til ei oppskrift for å redusere risikoen for nye kneskadar etter korsbandoperasjon. Oppskrifter kan ein gi til spelaren direkte, samtidig som det gir gode retningslinjer og informasjon til helsepersonell/støtteapparat. Ein kan lese desse i blå ramme, og mykje av innhaldet er henta frå studien til Grindem og medarbeidarar (7).

Til slutt

Dei fleste av oss kjem bort i utøvarar som har gjennomført ein rekonstruksjon av korsbandet, anten om det er din eigen pasient, utøvar/spelar, born eller naboens son/dotter. Alle desse bør få nok og riktig informasjon om risikoen for re-skade, samt kva grunnlag som bør leggjast til grunn før ein gir klarsignal for å returnere til idretten. Eit godt og standardisert testbatteri for måling av funksjon, samt eit strikt tids-skjema (aldri før 9 mnd!) kan gi eit stort potensial for å redusere antal

1. Gjør en grundig vurdering av om du faktisk skal tilbake på håndball- eller fotballbanen. Risikoen for å få en ny kneskade er over fire ganger lavere hos de som driver med idretter som ikke setter like store krav til vridning. De som er under 20 år og/eller har andre i familien med en korsbåndskade er spesielt utsatt og bør tenke seg ekstra godt om før de bestemmer seg for å fortsette med vridningsidrett.

2. Ikke gå tilbake til vridningsidrett før du har bestått retur-til-idrett tester. Disse har blitt utført i mange år for å klarere profesjonelle utøvere og består blant annet av måling av muskelstyrke og hoppeevne. De som går tilbake til vridningsidrett uten å ha bestått disse testene, har 38 % nye kneskader i løpet av 2 år. De som består testene, har bare 6 % nye kneskader, omtrent samme risiko som de som velger ikke å drive med vridningsidrett.

3. Vent med å gå tilbake til vridningsidrett til det har gått minst ni måneder etter operasjonen. Risikoen for nye kneskader synker med 51 % for hver ekstra måned du bruker på opptrening (6). Vær tålmodig og husk at noen bruker ni måneder, andre bruker to år (og det er helt ok). Tid er også en dårlig indikator på om du har fått tilbake styrken og funksjonen i benet, så husk punkt 2.

4. Bruk tid på å bygge opp treningsmengden når du først er tilbake i idretten din. Plutselig økning i totalbelastning øker risiko for skader, så legg en god plan for opptrapping sammen med fysioterapeuten din.

5. Fortsett skadeforebyggende trening så lenge du holder på med idrett. Besøk skadefri.no og last ned appen som også heter skadefri. Få med hele laget og bruk programmene som oppvarming før treninger, da beskytter du også de andre på laget mot skader. Får du ikke med resten av laget, er det du selv som må passe på at kneet ditt er klart for spill.

re-skadar, redusere seinskadar som utvikling av kneartrose og kanskje «redde» vedkomande for å måtte setje inn kneprotese. Da kjære kollegaer, gjenstår det berre for meg å seie: «spread the word»

Kjelder

1. Krosshaug, T., Steffen, K., Kristianslund, E., Nilstad, A., Mok, K.M., Myklebust, G., Andersen, T.E., Holme, I., Engebretsen & Bahr, R. The Vertical Drop Jump Is a Poor Screening Test for ACL Injuries in Female Elite Soccer and Handball Players: A Prospective Cohort Study of 710 Athletes. Am J Sports Med published online February 11, 2016
2. Grindem, H. (02.11.16) Er kampen viktigere enn kneet. Henta 07.11.16 frå: <http://www.nih.no/om-nih/aktuelt/nih-bloggen/hege-grindem/er-kampen-viktigere-enn-kneet/>
3. Suter LG1, Smith SR, Katz JN, Englund M, Hunter DJ, Frobelle R, Losina E. Projecting Lifetime Risk of Symptomatic Knee Osteoarthritis and Total Knee Replacement in Individuals Sustaining a Complete Anterior Cruciate Ligament Tear in Early Adulthood. Arthritis Care Res

(Hoboken). 2016 May 23. doi: 10.1002/acr.22940. [Epub ahead of print]

4. Dagbladet (26.07.13). Jansrud er snart skiklar etter korsbåndskaden. Henta 07.11.16 frå: http://www.dagbladet.no/2013/07/26/sport/alpint/kjetil_jansrud/sotsji-ol/28380579/
5. TV2 (26.08.2016) Aksel Lund Svindal er tilbake etter korsbåndskaden. Henta 07.09.11 frå: <http://www.tv2.no/a/8545293/>
6. USA today (09.08.16). USA's Megan Rapinoe starts vs. Colombia just months after ACL tear. Henta 07.11.16 frå: <http://www.usatoday.com/story/sports/olympics/rio-2016/2016/08/09/usa-megan-rapinoe-olympics-colombia-acl-tear/88492754/>
7. Grindem, H., Snyder-Mackler, L., Moksnes, H., Engebretsen, L., Risberg, MA. Simple decision rules can reduce reinjury risk by 84% after ACL reconstruction: the Delaware-Oslo ACL cohort study. Br J Sports Med 2016;50:13 804-808 Published Online First: 9 May 2016 doi:10.1136/bjsports-2016-096031 Andre referanseartiklar/kjelder kan skaffast fram etter ynskje.

Med hjerte for rehabilitering

Hjerterehabiliteringen ved Ålesund sjukehus startet som en veldig god ide og med en håndfull prosjektmidler. I dag har poliklinikken utviklet seg til å bli den hjerterehabiliteringen i Norge som kanskje får mest oppmerksomhet og best skussmål. Suksessen skyldes kunnskap, tverrfaglighet og engasjerte medarbeidere med god kjemi.



AV HILDE STETTE
FYSIOTERAPEUT

Det er nå 18 år siden Hjerterehabiliteringen i Ålesund fikk sin spede start. Det hele startet med prosjektstøtte fra Nasjonalforening for folkehelsen, og målet var å kartlegge risikoprofil med tanke på sekundærprofylakse for sykehusets hjertepasienter. Poliklinikken hadde da som nå en hel fysioterapistilling, en hel sykepleierstilling, i tillegg til en hjertelege. Også en ernæringsfysiolog var tilgjengelig for avdelingen. I starten var det et enklere tilbud til pasientene enn i dag. Poliklinikken holdt pasienttrening to ganger i uken og fulgte pasientene tett opp for å ha kontroll på blodtrykk og kolesterol. Det som startet som et prosjekt, gikk etter hvert over til vanlig drift, og i dag har avdelingen et solid og godt etablert opplegg som har gikk dem respekt hos både pasienter og fagfolk.

Viktig forskningssamarbeid

Fysioterapeut Ingrid Granøien og sykepleier Liv Walderhaug har vært med helt fra begynnelsen, og sammen med hjertespesialist Torstein Morstøl har de alle vært viktige ressurser i arbeidet mot stadig å utvikle hjerterehabiliteringen i takt med tiden. – I denne avdelingen finnes det ingen profesjonsstrid, sier Ingrid Granøien. – Alles ressurser er ansett for å være like viktige, så man kan i høyeste grad si at vi setter tverrfaglighet svært høyt. Dette har vært en av suksessfaktorene våre,

sier hun. Avdelingen har også fått en viktig tillit til å kunne arbeide og utvikle seg på egenhånd, et ansvar de har tatt på alvor. – Vi deltar på kongresser over hele verden for å plukke opp ny kunnskap på vårt felt, og det har også ført oss nærmere forskningsmiljøet innen hjertehelse, spesielt ved NTNU i Trondheim. Forskersamarbeidet har så visst gitt frukter, da avdelingen nesten hele veien har deltatt i studier og doktorgradsarbeid. Poliklinikken har i alle år sanket faktatall til forskerne, og fått oppdatert kunnskap tilbake, som de så har satt ut i praksis til nytte og glede for sine hjertepasienter. I dag deltar poliklinikken i en studie under lege Elisabeth Vesterbekkmo ved St. Olav i Trondheim. Denne studien skal ta for seg effekten av 4x4 intervalltrening hos hjertepasienter som ikke har hatt hjerteinfarkt.

Ansvar for egen hjertehelse

Dagens hjerterehabilitering har like mange dagsverk som tidligere, men i dag er disse fordelt på to fysioterapeuter og tre sykepleiere. Hjerterlegen har det faglige og medisinske ansvaret på poliklinikken. I dag er imidlertid rutinene endret, og det gjennomføres alltid CO2-max-testing ved start og slutt av det 13 ukers lange pasientoppfølgingsopplegget. Det holdes forelesninger for pasienter og pårørende, to ukentlige pasienttreninger, testing av blodtrykk og kolesterol, og viktigst av alt følges alle pasienter nært opp med individuelle samtaler om medisiner, utfordringer og fremdrift. – Trygghetsfølelsen er viktig for våre pasienter, sier sykepleierne på klinikken. Og



Ingrid Granøien

for å ha kontroll på eget hjerte og egen helse er det nødvendig med selvstendighet. – Pasienten må selv ha ansvaret for sin egen medisiner, dette er viktig, sier sykepleier Eli. Hjelp til livsstilsendring, bevisstgjøring og ansvar for egen helse har absolutt hatt stort fokus i poliklinikken. – Vi ønsker at hjertepasientene skal ta kontrollen og være nysgjerrig på egen helse, sier fysioterapeut Granøien. – Kunnskapen og tryggheten vi tilfører dem hjelper dem til å oppnå akkurat dette.

Nær og individuell oppfølging

Pasientene blir som oftest henvist til Hjerterehabiliteringen etter å ha kommet tilbake fra Trondheim, og avdelingen tar da direkte kontakt med pasientene for oppstart av hjerterehabilitering. De som har blokket ut, starter etter 2-3 uker, bypasspasienter etter 4-8 uker. Det blir satt opp avtaler og hver enkelt pasient får sin egen kontaktfysioterapeut



Foto: Ingrid Granøien

og kontaktsykepleier. Disse følger pasientene hele veien gjennom rehabiliteringen, og gjennomfører samtaler, gir pasientene viktig informasjon, og risikoprofil blir kartlagt. Etter 14 dager gjennomføres det CO2max-testing, spirometritest, og alle blir satt opp til legetime. Første dagen mottar pasientene en pasientdagbok der hele det individuelle forløpet skal dokumenteres, og ganske raskt går pasientene i gang med trening der det blir fokusert puls. – Trening og informasjon går hånd i hånd, sier Granøien, og påpeker at det ikke finnes aldersgrense på hjerterehabiliteringen. -Vi har pasienter fra 30-85 år i samme treningsgruppe. De trener alle på eget nivå og lærer seg til å lytte til kroppen sin. De testes, finner sin makspuls og sin kapasitet, og lærer seg til å bruke pulsklokke. CO2max-testing blir gjennomført også siste uken av rehabiliteringsopplegget for

å kartlegge endringer på utholdenhet. Gjennom hele perioden er det ukentlige møter med fysioterapeut og sykepleier der det tas opp ulike og individuelle problemstillinger. Hjerteskolene som arrangeres 10 ganger i løpet av oppholdet, har 10 ulike temaer, og to ganger i året er hjerterpasientene på fjelltur i de sunnmørske alpen. Pasientene velger selv om de ønsker oppfølging på hjerterehabiliteringen, men takker de ja, forplikter de seg til å følge opplegget som det er satt. – Slik vi ser det gjør vår modell og organisering tjenesten optimal, sier Granøien. -Det som foregår på hjerterehabiliteringen gjør pasientene rustet for fremtiden. De lærer å føle seg trygge på ulike og klassiske symptomer under trygge forhold. Når man har vært gjennom et hjerteinfarkt, er det ikke fritt for at mange får motivasjon til å ta dette på alvor.

Sunn drift og god kjemi

I dag tjener poliklinikken penger og har en sunn og god drift med svært fornøyde pasienter og samarbeidsapparat. Alle som arbeider ved avdelingen sitter på samme kontoret, og samarbeidet blir på den måten svært tett. Med et så tett samarbeid er det viktig at de ulike personlighetene i klinikken går godt sammen. De ansatte på poliklinikken har også blitt motivert av det nære forskningssamarbeidet, og nå er de selv på startstreken for å etablere sin egen studie. - Vi sitter jo inne med enormt mye materiale i forhold til arbeidet med alle pasientene som har vært innom siste 18 årene. Her ligger det masse verdifull informasjon som i høyeste grad burde brukes for å få enda mer kunnskap om hjertehelse i fremtiden, sier fysioterapeut Granøien.

Medical Screening & Differential Diagnosis For Physiotherapists Matthew Newton

Godkjent for «Spesialist i Muskel- og Skjelett Fysioterapi»
(tidligere «Spesialist i klinisk ortopedisk fysioterapi»). 25 timer

Tid: 12.-13. mai 2017

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

Pris: PFF medlemmer kr. 3100
Andre: 4100

Påmelding: <http://fysioterapi.org/>
kurs innen 6. september 2016

*Se utfyllende omtale om Mathew
Newton og kurset.*



Matthew Newton
Matthew Newton
MCSP, HCPC Reg, MMACP, 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 «Extend the Scope Practitioner
Conference» i London 2005.

Han er også medlem av IMTA –
«International Maitland Teachers
Association»

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:

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

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.

Skulderen, teori og praksis – Jeremy Lewis

Jeremy Lewis er kjent som en av de 5 beste innen sitt felt i Storbritannia. Har sin private klinikk «London Shoulder Clinic» og er kjent for å holde svært gode kurs. Se også www.LondonShoulderClinic.com

Tid: 25. og 26. februar 2017

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

Pris: PFF medlemmer kr. 3200
Andre: 4200

Påmelding: <http://fysioterapi.org/>
kurs innen 9. januar 2017

Om Dr Jeremy Lewis :

PhD. MSc. FCSP. MMACP. Consultant Physiotherapist, Professor of Musculoskeletal Research, Sonographer and Independent Prescriber
Jobber både i sin private klinikk «London Shoulder Clinic» og for NSH – National Health Service.
Viden kjent for sin undervisning og tilnærming når det gjelder undersøkelse og behandling av ulike

skulderlidelser. Han er særlig interessert i seneproblematikk når det gjelder rotatorcuff, biceps og albu. Når det er indikasjon for det, gir han ultralydveiledet injeksjoner, også intra-artikulære hydro-distension prosedyre for kapsulitt / frozen shoulder som en del av rehabiliteringen.

« Course Description »:

This evidence-based theoretical and practical course is based on extensive clinical experience in assessment, diagnosis and rehabilitation of shoulder pathology, as well as extensive reference to research publications from a variety of disciplines. Innovative models of shoulder assessment including the Shoulder Symptom Modification Procedure (Lewis 2009 British Journal of Sports Medicine) and methods for staging the assess-

ment and treatment of rotator cuff tendinopathy will be presented and practiced. Emphasis will be placed on clinical reasoning to support management decisions. Participants completing this course will gain a greater understanding of the anatomy, biomechanics, assessment and evidence-based treatment of this interesting and complicated region of the body.

This course remains a 'work in progress' and is continually being updated with the emergence of new research and clinical understanding. As a result, many people have participated on two and some on three occasions. This course will be fun, thought provoking, and provide opportunity to discuss ideas and share experiences.

Viktig melding vedr. spesialisttittel i Muskel og skjelett fysioterapi!

Det er en del som har mistet spesialiteten de siste årene fordi de ikke har tatt McKenziekursene innen de første fem årene etter at de ble spesialister. Disse vil nå kunne få spesialiteten når de søker på nytt.

Alle som er spesialister i Muskel og skjelett fysioterapi, har vært eller skal søke om dette, må sende oppdaterte opplysninger om seg selv til Atle Vervik – se adresse nedenfor.

Navn, arbeidssted med adresse, tlf. nr. og mail-adresse. Dokumentasjon på alle kurs og kongresser som dere har deltatt på må også sendes ham. Dokumentasjon som er sendt inn tidligere behøves ikke.

Atle Vervik, Leder spesialistrådet PFF
Lysaker Fysioterapi og Akupunktur AS
Pb 112
1325 Lysaker
Epost: atle.vervik@lysaker-fysioterapi.no

Krav:

- Bestått advanced exam OMI
- Introduksjon til forskning/forskningskurs
- Anatomi/injeksjonskurs for fysioterapeuter og leger

Deretter for hver 5 årsperiode for å opprettholde spesialiteten:

120 t relevante kurs og kongresser.

Merk at McKenziekursene ikke lenger er obligatoriske for å opprettholde spesialiteten de første fem årene. De vil likevel telle som vanlige kurstimer slik som andre relevante kurs.

KURSOVERSIKT 2016

DATO	TEMA	STED
25.02 og 26.02 2017	Skulderen – teori og praksis Jeremy Lewis (se www.LondonShoulderClinic.com)	Lillestrøm
10.03 og 11.03 2017	Årets kongress. Tema hofte og bekken	Oslo
31.03 og 1.04 2017	Medical Screening and differential diagnosis Mathew Newton (se omtale)	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
20.-21. januar 2017	BASIC – Modul 3 – Hofte/lysk, rygg og mage	Oslo
05.-06. februar 2017	ADVANCED – Hemsedal – Modul 6 – Skulder	Hemsedal
07.-08. februar 2017	ADVANCED – Hemsedal – Modul 5 – Kne	Hemsedal
08.-10. mars 2017	SonoMSK – MUSKELSKJELETT ULTRALYD – Oppdalsuka	Oppdal
31.mars -01. april 2017	ADVANCED – Modul 8 – hånd og hånledd	Oslo
12.-13. mai 2017	BASIC – Modul 1 – Kne, ankel og fot	Oslo
14. september 2017	BASIC eksamen	Oslo
15.-16. sept 2017	Modul 2 – Skulder, albue og hånd	Oslo
27.-28. oktober 2017	ADVANCED Modul 10 – Ultralydveiledede prosedyrer	Oslo
10.-11. november 2017	BASIC – Modul 3 – Hofte/lysk, rygg og mage	
30. nov-01. des 2017	ADVANCED – Modul 4 – Ankel/fot	

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.



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.

