

# fysioterapeuten



Mestre egen  
hverdag

Trente seg ut  
av rullestolen

Hjelper krigs-  
skadde fra Syria

MT- autorisasjon  
– en sjanseseilas

Placebo – mer  
enn kvakksalveri

# Symposium

Oslo 5.-6. april 2013  
Royal Christiania Hotel



Med blant annet:

**Dr. Kenzo Kase** Oppfinner og utvikler av Kinesio Taping® Metoden

**Stefano Frassine** en av Europas fremste innen Kinesio® Taping og idrettsmedisin

**Blant det som blir presentert er:** Idrettsmedisin, pediatri og lymfødembehandling + **mye mer!**

**For mer informasjon og påmelding:**

[www.alfacare.no](http://www.alfacare.no) / [post@alfacare.no](mailto:post@alfacare.no) / 35 02 95 95

NB! Maks 100 deltagere

## Kurskalender våren 2013

5.-6. april	Kinesio Taping Symposium	Oslo
12.-13. april	Todagers kurs i Kinesio Taping Trinn 2	Oslo
19.-20. april	Todagers kurs i Kinesio Taping Trinn 2	Trondheim
23. april	Tapekurs for fotterapeuter	Oslo
24. april	Såletilpasning med Formthotics sålesystem	Oslo
3.-4. mai	Todagers kurs i Kinesio Taping Trinn 3	Oslo
3.-4. mai	Todagers kurs i Kinesio Taping Trinn 1	Tønsberg
29. mai	Tapekurs for fotterapeuter	Oslo
30. mai	Såletilpasning med Formthotics sålesystem	Oslo
31. mai - 1. juni	Todagers kurs i Kinesio Taping Trinn 1	Oslo
14.-15. juni	Todagers kurs i Kinesio Taping Trinn 1	Kristiansand

**For mer informasjon og påmelding:** [www.alfacare.no/kurs/](http://www.alfacare.no/kurs/) [post@alfacare.no](mailto:post@alfacare.no) / 35 02 95 95



**SER FRAMOVER** Håvard Sørensen, ny leder i Faggruppen for manuellterapi.



**SKOLIOSE** - Fysioterapeuter vet for lite om denne diagnosen, sier Lisa Skaret, leder av skoliosegruppa i Ryggforeningen.

**5** **GLEDE** Sidsel Hernes er på beina igjen, etter 15 år i rullestol. Seks måneder med trening hos fysioterapeut Marianne Storberget var det som skulle til. Foto: Tone Elise Eng Galåen

## AKTUELT

- 5 Trente seg ut av rullestolen
- 7 Hjelp til krigsskadde fra Syria
- 12 Ny MT-leder vil se framover
- 13 Autorisasjon for manuellterapeuter: - Ren sjanseseilas
- 15 Fit Futures: Frisk fremtid for unge i Troms
- 16 Diagnose: skoliose
- 20 Nåler i fysioterapi: Sentralstyret opphever kompetansekrav
- 21 Masterstudium i fysioterapi godkjent

## FAG

- 22 Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring
- 27 Blikk på forskning
- 28 Placebo - mer enn kvakksalveri og innbilt virkning
- 31 Doktorgrad: Sentrale prosesser for å leve et bedre liv tross langvarige helseproblemer
- 32 Startskudd for ny fagprosedyre
- 33 Kognitiv atferdsterapi kan hjelpe mot kroniske smerter og sykefravær

## TEMA

- 36 Hjelp til å klare seg selv
- ### FASTE SPALTER
- 35 Bokanmeldelse
  - 43 Nytt fra NFF
  - 46 Møter og kurs
  - 51 Arbeidsmarkedet
  - 52 Bransjeregisteret
  - 54 Kalender



**SLAG** Liv Kristiansen i Bodø får hverdagsrehabilitering for å klare mest mulig selv.



# Krigens ofre

**DET ER IKKE** ofte vi skriver om krig i Fysioterapeuten, ei heller om de grufulle konsekvensene for mennesker som rammes av krig.

Krigen mot president Assads regime i Syria har snart pågått i to år og har så langt kostet over 60.000 mennesker livet. Og for hver person som dør på grunn av krigshandlinger, er det alltid flere skadde. Hvis man tar utgangspunkt i tre-fire skadde for hvert menneske som dør, snakker vi allerede nå om over 200.000 krigsskadde. Mange av dem befinner seg i nabolandene Tyrkia og Libanon.

Ane Fadnes og Kari Lofthus, fysioterapeuter ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, mener det er sjokkerende lite fokus på hjelp til de krigsskadde flyktingene. Sammen med den syriske legen Nabil Karah, som har tatt doktorgraden sin ved UNN, hadde de et sterkt ønske om å hjelpe.

Nå leder de et prosjekt for å opprette en veiledningsklinikk for syriske fysioterapeuter og ufaglærte assistenter i Reyhanli i Tyrkia, rett ved grensen til Syria. Prosjektet støttes av den norske hjelpeorganisasjonen NORWAC og den syriske hjelpeorganisasjonen WATAN.

– Det var viktig for oss å satse på et prosjekt som kan ha varig effekt og er bærekraftig, sier Ane Fadnes og Kari Lofthus.

De opplyser at rundt en tredel av pasientene i Reyhanli har ryggmargskader. De andre hovedgruppene er hodeskader og ortopediske skader. Det siste dreier seg som regel om sønderskutte armer og bein, som ofte må amputeres. Og det er et stort behov for kunnskap om hvordan slike skader skal behandles. I Reyhanli er det kun tre utdannede syriske fysioterapeuter, og mange ufaglærte assistenter.



Vi etterlyser større fokus på hjelp til krigsskadde fra Syria.

Selv om norske fysioterapeuter ikke har mye erfaring med krig og krigsskader, har de kunnskap og erfaring fra behandlingsregimer som disse menneskene desperat trenger. Det gjelder blant annet funksjonell trening og tidlig intervensjon. I tillegg er det et stort behov for hjelpemidler og proteser.

Ane Fadnes og Kari Lofthus forteller om en fysioterapeut i Homs i Syria, som på et tidspunkt hadde 50-60 amputerte i sin klinikk.

Det er selvsagt at livreddende behandling og nødhjelp til sivilbefolkning og flyktinger må komme først slik situasjonen nå er i Syria. Vi etterlyser likevel større oppmerksomhet og mer økonomisk støtte fra hjelpeorganisasjoner og regjeringer når det gjelder rehabilitering og annen bistand til krigsskadde syrere.

*Dagrun Lindvåg*

## fysio

Stensberggt. 27  
P.B. 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo.  
Tlf. 22 93 30 52. Telefaks: 22 56 58 25.  
E-post: [fysioterapeuten@fysio.no](mailto:fysioterapeuten@fysio.no)  
[www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)



**Redaktør**  
Dagrun Lindvåg  
tlf. 976 71 248  
[dl@fysio.no](mailto:dl@fysio.no)



**Journalist**  
Tone Elise Galåen  
tlf. 969 03 116  
[tone.galaen@fysio.no](mailto:tone.galaen@fysio.no)



**Fagredaktør**  
MSc fysioterapeut  
John Henry Strupstad,  
tlf. 926 24 206  
[js@fysio.no](mailto:js@fysio.no)



**Layout**  
Kirsten Stiansen  
tlf. 413 18 188  
[ks@fysio.no](mailto:ks@fysio.no)

### UTGIVER

Norsk Fysioterapeutforbund

### REDAKSJONSUTVALG

Anders Berget, HMS-rådgiver/  
forretningsutvikler, tlf. 991 50 103,  
[berget@gmail.com](mailto:berget@gmail.com)  
Kirsten Ekerholt, HiOA, tlf. 22 45 25 09,  
[Kirsten.Ekerholt@hioa.no](mailto:Kirsten.Ekerholt@hioa.no)  
Odd Magne Lundby, privat praksis,  
tlf. 402 21 107, [omlundby@gmail.com](mailto:omlundby@gmail.com)  
Monica Unsgaard Tøndel, NTNU,  
tlf. 73 59 75 35, [monica.unsgaard.tondel@ntnu.no](mailto:monica.unsgaard.tondel@ntnu.no)

### FYSIOTERAPEUTENS FORMÅL

Tidsskriftet skal gjennom en saklig og fri informasjons- og opinionsformidling bidra til at fysioterapifaget utvikler seg i samsvar med samfunnets og befolkningens behov. Tidsskriftet skal belyse fysioterapifaglige, fag- og organisasjonspolitiske, utdanningspolitiske og helse- og sosialpolitiske forhold. (Paragraf 16.2 i NFFs lover). Fysioterapeuten redigeres etter Vær varsom-plakaten og Redaktørplakaten





**EVENTYR** - Hvis noen for tre uker siden hadde sagt at jeg skulle gå i trapper, hadde jeg ikke trodd det. Det er som et eventyr, sier Sidsel Hernes. Fysioterapeut Marianne Storberget passer på.

## Trente seg ut av rullestolen

I 15 år satt Sidsel Hernes i rullestol. Etter seks måneder med trening hos fysioterapeut Marianne Storberget, er hun på beina igjen.

**TEKST** og **FOTO** Tone Elise Eng Galåen  
tg@fysio.no

**EN BILULYKKE** for 20 år siden forandret livet til Sidsel Hernes (63). Hun ble gradvis dårligere med tiltagende smerter i kroppen. Fire år senere fikk hun diagnosen spinal stenose og havnet kort tid etter i rullestol.

### Smertelindring

Da hun for 13 år siden flyttet til Elverum, ga legen henne en rekvisisjon til fysioterapeut. To ganger i uka tok hun rullestol-taxi til et fysikalsk institutt i kommunen. Her fikk hun massasje, opptrening var ifølge Hernes ikke et tema.

Hun ble operert i nakken, en operasjon som hadde liten effekt. Etterpå var det tilbake til fysioterapeuten og mer massasje.

– Vi hadde ikke annet mål enn knaing for å dempe smertene jeg hadde i kroppen, sier Hernes i dag.

Etter en av flere mageoperasjoner ble Hernes i 2010 så dårlig at hun for en periode ble innlagt på Moen Sykehjem i Elverum. Da hun omsider ble bedre og kunne flytte inn i en omsorgsleilighet, fikk hun i mars 2012 et tilbud om fysioterapi gjennom kommunen og Hjemmebaserte tjenester. Det ble



**NO HANDS** Det tok 15 år før Sidsel Hernes fikk behandlingen hun trengte for å kunne gå igjen. Til venstre, fysioterapeut Marianne Storberget.

gjort forsøk på behandling, men hun var for svak. I august i fjor ble hun igjen lagt inn på sykehjemmet.

## Kraftløs

Det skulle vise seg å være et lykketreff. Seks måneder tidligere hadde fysioterapeut Marianne Storberget tiltrådt i en nyopprettet fysioterapistilling, den eneste ved institusjonen.

Da Storberget begynte kartleggingen av pasienten, kunne Hernes så vidt gå et par skritt med prekestol. Hun hadde svært liten kraft i både bein og armer, og hver minste bevegelse gjorde vondt. I henvisningen fra legen var det lagt vekt på at Hernes hadde nakkesmerter. Storberget ga henne i begynnelsen nålebehandling og kinesiotape for dette, uten å oppnå nevneverdig effekt.

– Da gikk vi over til å tenke øvelser og funksjonell trening, sier Storberget, som var ferdig utdannet fysioterapeut i 2011.

Hernes fikk først enkle øvelser for styrke og bevegelighet. Bøye i hofta, strekke i kne og ankler – små øvelser som hun også kunne

gjøre liggende på egen hånd.

– Vi brukte også slynge for bevegelse og i kombinasjon med pusteteknikker for avspenning. Så gikk vi over til stående øvelser, og har gradvis økt repetisjonene og lagt på vekter etter hvert, forteller Storberget.

## Funksjonell trening

Etter en stund kunne Hernes gå noen skritt i gangbanen og oppgraderte snart til rullator. Først frem og tilbake i treningsrommet, så i gangene på sykehjemmet.

– I begynnelsen var det helt forferdelig, jeg holdt pusten og var redd både for smertene og for å ramle. Men Marianne fikk meg etter hvert til å føle meg trygg. Det har hatt mye å si, forteller Hernes.

Vanligvis ankom Sidsel fysioterapirommet i rullestol. Men så en dag troppet hun opp utenfor døra – med rullator.

– Det var et fint øyeblikk for oss begge to, sier Storberget.

– Vi har tenkt funksjonelt, og primært kjørt styrke- og forflytningsøvelser. I begynnelsen hadde vi veldig fokus på styrke i

beina, men etter hvert introduserte vi slynge for å trene armer og stabilitet i mage og rygg.

Da hjemmebaserte tjenester i mars i fjor testet Hernes på Oxford skala, scoret hun to av fem. En ny undersøkelse foretatt av Storberget, viser at hun nå ligger på fire av fem i mange av øvelsene.

## Et nytt liv

Sidsel Hernes var motivert og trengte egentlig bare veiledning underveis og hjelp til å komme i gang. Frem til nå har hun og Storberget trent sammen tre ganger i uka, men har i det siste forsøkt å få til en økt hver dag for å nå det nye målet som er å flytte inn i en omsorgsleilighet igjen.

– De siste 14 dagene har jeg stelt meg selv, og to ganger har jeg klart å reise meg fra gulvet helt uten støtte. Det er så deilig! Hvis noen hadde sagt til meg for tre uker siden at jeg skulle gå i trapper, hadde jeg ikke trodd det. Det er som et eventyr, sier Hernes.

## Ingen internkontroll

Det tok 15 år før en fysioterapeut ga Sidsel Hernes behandlingen hun trengte for å kunne gå igjen. Vil pasientene få et bedre tilbud hvis kommunene i større grad går inn og stiller krav til resultater overfor fysioterapeuter med driftstilskudd?

– Vi har ingen internkontroll ut mot privatpraktiserende fysioterapeuter i Elverum kommune. Det faglige ansvaret ligger hos dem selv, sier sjef for Familie og Helse i Elverum kommune, Lars Kiplesund.

– Etter samhandlingsreformen er fysioterapitjenesten i endring, pasientene som kommer ut fra sykehus til rehabilitering er ofte i dårligere forfatning enn de var tidligere på grunn av kortere liggetid. Det betyr at private fysioterapeuter i enda større grad må følge med og være faglig oppdaterte til enhver tid.

Kiplesund har stor tro på at fysioterapeutene i Elverum gjør en god jobb.

– Vi kjører grundig ansettelsesprosess. For å bli ansatt må man være orientert om utviklingen innen faget. Hvis en fysioterapeut behandler den samme pasienten over lang tid uten å se utvikling, bør vedkommende stoppe opp og spørre seg hvorfor, sier Kiplesund.

Elverum har oppbemannet med fire kommunale fysioterapeuter de siste to årene, og Kiplesund mener at kommunen hittil har møtt samhandlingsreformen på en god måte. ■



# Hjelp til krigsskadde fra Syria

Syriske flyktninger strømmer over grensen til Tyrkia, mange med alvorlige krigsskader. To fysioterapeuter fra Tromsø hadde et sterkt ønske om å hjelpe.

**TEKST** Dagrund Lindvåg  
dl@fysio.no

**KARI LOFTHUS** og Ane Fadnes ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) jobber for å opprette en veiledningsklinikk for syriske fysioterapeuter og ufaglærte assistenter som jobber med rehabilitering av krigsskadede syrere. De kom nylig hjem fra sitt andre to uker lange opphold i Reyhanli i Tyrkia, rett ved grensen til Syria. Fysioterapeuten intervjuet dem på Skype fra Reyhanli den 22.februar. Prosjektet er et samarbeid mellom UNN, den norske hjelpeorganisasjonen NORWAC og den syriske hjelpeorganisasjonen WATAN.

Initiativet kom fra den syriske legen Nabil Karah, som har tatt sin doktorgrad ved UNN og nå har en post doc stilling i Umeå. Karah tok kontakt med fysioterapiavdelingen ved UNN og spurte om de kunne bidra til å bygge opp et tilbud for krigsskadede syrere. Prosjektet drives nå av Lofthus, Fadnes og Nabil Karah.

## Krigsskadde uten tilbud

Reyhanli er en by med rundt 70.000 innbyggere. På grunn av den grusomme krigen i nabolandet har de så langt fått ca. 24.000 flyktninger over grensen. Omfanget av krigsskadede mennesker er enormt, og det øker stadig. Så langt har minst 60.000 syrere blitt drept i krigen, og for hver av de drepte er det kanskje fire skadde personer. >>>



**FIRE ÅR** Lille Maram, som har fått skader i ryggmargen, leker med fysioterapiassistent Jarrah. Foto: privat

## Snakker du arabisk?

■ Ane Fadnes og Kari Lofthus ønsker å komme i kontakt med fysioterapeuter som kan snakke arabisk, i tillegg til engelsk. Det er stort behov for arabisktalende fysioterapeuter i arbeidet med veiledningsklinikken i Reyhanli i Tyrkia, helst en med erfaring fra nevrologisk eller ortopedisk fysioterapi.

**Kontakt:** ane.fadnes@unn.no eller kari.lofthus@unn.no

## AKTUELT

– De uskadde flyktningene bor enten i leire eller er innkvartert hos private i byen. I Reyhanli er det etablert fem såkalte Medical Care Centres med leger, sykepleiere, fysioterapeuter og fysioterapiassistenter. Det kommer mennesker hit med store skader som skjedde for flere måneder siden. Livreddende behandling blir selvfølgelig prioritert, deretter må de ut. Det er ikke noe system for å ta seg av disse menneskene etter at akutt-behovet er dekket, og hjelpemidler finnes nesten ikke, sier Kari Lofthus.

### Spinalskader

– Hvilke hovedgrupper av skader er det snakk om?

– En tredel av pasientene har ryggmargsskader. De andre hovedgruppene er hodeskader og ortopediske skader. Det siste dreier seg som regel om sønderskutte armer og bein, som ofte må amputeres. Det er selvsagt mye skudd og splintskader, både hos sivile og soldater. Veldig mange har ligget i flere måneder før de ble transportert ut av landet, og liggesårene er ofte svært omfattende, sier Lofthus.

Hun forteller om en fysioterapeut i Homs i Syria, som opplyste at han hadde 50-60 amputerte i sin klinikk – uten proteser. Det er stor mangel på hjelpemidler og proteser. Opprettelsen av proteseverksteder er derfor også viktig.

Ane Fadnes understreker at kapasiteten når det gjelder fysioterapi og rehabilitering i Syria var liten også før krigen startet.

– Her i Reyhanli er det kun tre utdannede syriske fysioterapeuter, og mange ufaglærte assistenter med svært forskjellig bakgrunn. Dette er syrere som vil gjøre en innsats for sine krigsskadede landsmenn. Her er det så mye å gripe fatt i og så store lidelser at man vil trenge hjelp fra ufaglærte assistenter i årevis framover, sier hun.

### Varig og bærekraftig

– Spørsmålet vi stilte oss etter det første oppholdet i november i fjor, var hva vi kunne bidra med som hadde varig effekt og var bærekraftig. Konklusjonen ble å fokusere på opplæring gjennom en veiledningsklinikk for fysioterapeuter og assistenter. Det er et stort behov for kunnskap om hvordan slike skader skal behandles, sier Fadnes.

Hun opplyser videre at det skal prioriteres strengt, og at opplæringen vil fokusere på funksjonell trening og tidlig intervensjon for de tre store skadegruppene.



**I RULLESTOL** Mahmoud (23) og Haitham (29) er begge ryggmargsskadede. Her prøver de rullestol for første gang. Fra venstre: Mahmouds mor, Mahboud, Kari Lofthus, Ane Fadnes, Haitham og hans bror, og Nabil Karah. Foto: Privat



**HODESKADE** Imad (18) har diagnosen spastisk tetraplegi etter skuddskade i hodet, og får fysioterapi-behandling av Ane Fadnes og Kari Lofthus. Foto: Privat





**OPP PÅ KRYKKENE** En 20 år gammel mann med ryggmargsskade får hjelp til å bruke krykker. Fysioterapiassistentene Mohammad (19) og Kamal (20) får veiledning av Ane Fadnes. Et medlem av den skaddes familie hjelper også til. Foto: privat

– Hva slags behandling driver syriske fysioterapeuter i dag?

– Det er mye passiv behandling på benk og elektroterapi av ulike slag. De er i liten grad vant til tidlig mobilisering og funksjonell trening.

### Telemedisin

På lengre sikt skal også Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø bidra i prosjektet med veiledning av fysioterapeuter og assistenter via internett. De har mye erfaring med e-læring i de palestinske områdene. Lofthus og Fadnes understreker at det er stort behov

## Krigen i Syria

■ Har vart siden opprøret mot president Assads regime startet i mars 2011. Per januar 2013 hadde over 60.000 mennesker mistet livet, ifølge FN.

Rundt en halv million mennesker har flyktet til nabolandene, spesielt Tyrkia og Libanon.

Mange steder bor de i midlertidige leire uten tilgang til strøm, drikkevann eller tilfredsstillende sanitære forhold.

Alle forsøk på å få til en forhandlingsløsning har mislykket.

Kilder: The Guardian og Wikipedia

for denne kompetansen i arbeidet med de syriske krigsskadde.

De forteller videre at lokaler og utstyr snart er på plass, og at første kull med fysioterapeuter og assistenter trolig kan starte etter påske. Første modul på 3 + 3 dager tar for seg behandling av spinalskader og ortopediske skader. Det blir en kombinasjon av foredrag og pasienttilfeller. Når de ikke har undervisning skal de jobbe med pasienter under veiledning på sine respektive arbeidsplasser. Modul 2 starter noen uker senere og skal fokusere på hodeskader, med den samme kombinasjonen av foredrag, case og pasientarbeid under veiledning.

### En tapt generasjon

Ane Fadnes og Kari Lofthus mener det er sjokkerende lite fokus på rehabilitering og hjelpemidler for krigsskadde syrere, både i mediene og i de store hjelpeorganisasjonene.

– Livreddende behandling og akutte behov må selvsagt prioriteres. Men disse menneskene får ingen hjelp til å klare seg utover det. Syria har allerede en tapt generasjon, spesielt av unge menn, som har store funksjonshemninger på grunn av krigsskader. Derfor var det viktig for oss å satse på et prosjekt som kan ha en varig effekt. ■

**PRISGARANTI PÅ  
BEHANDLINGSBENKER**

Se vår NYE nettbuffikk [www.fysiopartner.no](http://www.fysiopartner.no) for komplett utvalg!

Fra 13.500,- eks mva



**fysiopartner**

Grønneveien 80 - NO-0663 Oslo  
T: 23 05 11 60 - F: 23 05 11 70  
salg@fysiopartner.com - www.fysiopartner.no

## Best å trene lenge

■ Lange treningsøkter på lav intensitet kan ha bedre helseeffekt sammenliknet med korte intense økter, indikerer ny studie.

Når energiforbruket er tilsvarende, kan trening på lav intensitet gi flere fordeler enn kortere perioder med intens aktivitet. Studien er gjennomført av Hans Savelberg og kolleger fra universitetet i Maastricht i Nederland.

**Les mer:** [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)

## Nye begrepermer i idrettsmedisin

■ Et konsensusbasert klassifiserings-system for muskulære idrettsskader er nylig presentert i British Journal of Sports Medicine.

For å vurdere og eventuelt forbedre den nåværende terminologien for ulike typer muskulære idrettsskader, har 30 engelskspråklige forskere og helseteam fra profesjonell idrett fylt ut et spørreskjema vedrørende muskelskader innen idretten.

Målet er å oppnå en klar og ensartet terminologi.

**Les mer:** [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)

## Sentraliserer henvisninger

■ Alle henvisninger til rehabiliteringsinstitusjoner i Nord-Norge, skal nå gjennomgå av en regional vurderingsenhet. Det er Helse Nord som har opprettet enheten for å få en sentral vurdering av alle henvisninger fra fastleger til private rehabiliteringsinstitusjoner.

Målet er at de nye rutinene skal bidra til å håndtere henvisningene på en mer effektiv og rettferdig måte, og sikre pasientenes rettigheter bedre enn i dag.

**Les mer:** [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)

## Beholder jobben ved Universitetet i Bergen

**JUSTEIN** Ellingsen fortsetter i stillingen som universitetslektor ved masterstudiet i manuellterapi i Bergen.

Han dropper det varslede søksmålet mot universitetet i første omgang, skriver bladet Muskel & Skjelett (nr.1/2013).

I høst utlyste ledelsen ved MT-studiet stillingene som universitetslektorer. Jostein Ellingsen hadde da hatt en midlertidig lektorstilling i 11 år, og måtte søke på sin egen stilling for å beholde jobben. Dette skapte ifølge Muskel & Skjelett sterke reaksjoner blant studentene.

Via Norsk Manuellterapeutforening og LO varslet Ellingsen sak mot Universitetet i Bergen. Men ved studiestart i januar ble det klart at Ellingsen likevel får fortsette i stillingen. Universitetet svarte aldri på varselet



om søksmål, men kom i stedet med et tilbud om ny fireårskontrakt, ifølge Muskel & Skjelett. ■

## Eldrebølgen et sunnhetstegn

**NÅR** eldrebølgen blir framstilt som et problem, setter man saken på hodet. Det skriver Hans Knut Otterstad, lege og forsker på helsetjenester, i Sykepleien Forskning.

Han påpeker at eldrebølgen er et resultat av at den norske velferdsstaten har nådd sitt mål om økt levealder blant innbyggerne.

I motsetning til de fleste andre land, har

Norge i løpet av de siste fem generasjonene klart å forlenge levealderen.

Men dette gir samtidig eldreomsorgen en utfordring: Hvilke tilbud skal vi gi til de gamle når helsa svikter, og hvor skal de eldre dø? ■

**Les mer:** [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)



## Strid om korsbåndskader

**EWA ROOS**, professor i fysioterapi ved Syddansk Universitet, anklages for å ha brukt feilaktige metoder i sin forskning på korsbåndskader. Hun konkluderer med at ungdommer med kneskader får like mye ut av gjenopptrening som operasjon.

Roos og hennes kolleger antyder at de fleste rett og slett ikke trenger operasjon, og at gjenopptrening er nok.

Kritikere til studien hevder at hun har brukt feilaktige metoder helt bevisst, skriver [videnskab.dk](http://videnskab.dk) og [forskning.no](http://forskning.no)

Striden står først og fremst om hvorvidt spørreskjemaet KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score), som opprinnelig ble utviklet for personer med leddgikt, også kan brukes på personer med korsbåndskader. ■

Les mer: [www.forskning.no](http://www.forskning.no)



## Fødsel kan endre spiseforstyrret atferd

**EN** ny studie fra Folkehelseinstituttet viser at en stor andel kvinner med spiseforstyrrelser før graviditet blir friske etter fødselen

Forskerne undersøkte forløp av spiseforstyrrelser i tiden før og etter fødsel. Resultatene viser blant annet at nesten 60 prosent av kvinner med anoreksi er kvitt spiseforstyrrelsen tre år etter fødselen, mens 30 prosent av de med bulimi blir friske.

Tidligere er det påpekt at kvinner med en spiseforstyrrelse kvier seg for å fortelle om problemene til helsepersonell.

– Det er derfor viktig at jordmødre, helseøstre, leger og annet helsepersonell har kunnskap om hvordan de skal fange opp kvinner som fremdeles sliter med spiseforstyrrelser i denne perioden, sier førsteforfatter bak studien, psykolog Cecilie Knoph til [fhi.no](http://fhi.no). ■

Les mer: [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)



## Smakebiter fra bloggen

### Turnustjeneste

**Emilie Holmseth Risberg:**

Turnuskomiteen veivet med armer og ben, hysjet og plystret, det skulle være ro i salen for at dette skulle skje på en ordentlig måte. Allerede ved trekningen av første nummer og navn bryter det ut i høylytt skravling, en liten applaus og enda mer veiving og hysjing fra turnuskomiteen.

### Taushet og utydighet er ikke lenger gull

**Jan Magnus Bjordal:**

På den ene siden kan det sikkert være bra at fysioterapi overhodet ikke nevnes sammen med udokumenterte alternative behandlingsformer. På den annen side kan en bli forarget over at ledende representanter for våre statlige organer ikke nevner at fysioterapi er et veldokumentert, pillefritt smertebehandlingsalternativ. Hva kan grunnene være til at fysioterapi glemmes?

### Tendinopati - et kontinuum av senepatologi?

**Torgeir Spikkeland:**

Smerter lokalisert i sener er en svært vanlig plage i alle aldre og ved forskjellige aktivitetsnivå. Dette kommer tydelig frem gjennom den kumulative livstids-insidensen for achillestendinopati, som er 5,9 prosent for inaktive og 50 prosent for distanseløpere. I tillegg er prevalens for patellar tendinopati så høy som 45 prosent blant volleyballspillere og 15 prosent blant håndballspillere. Og disse tallene omfatter altså bare to av de mange senene som affiseres!

### Uspesifikke ryggsmertor: Fysioterapiens største sovepute!?!

**Jan Kattenberg:**

Hvis det er noe som fungerer som en rød klut for mitt faglige jeg, så må det være uttrykket USPESIFIKKE ryggsmertor. Hva i all verden mener vi med dette? Hvorfor har vi uspesifikke ryggsmertor, men ikke, for eksempel, uspesifikke skulder- eller knesmerter?

**Følg med på våre bloggsider! [www.fysioterapeuten.no/aktuelt/blogg](http://www.fysioterapeuten.no/aktuelt/blogg)**



# Ny MT-leder vil se framover

- Det er sju år siden splittelsen blant manuellterapeutene. Dette kan vi ikke lenger bruke så mye energi på, sier Håvard Sørensen, nyvalgt leder i Faggruppen for manuellterapi.

TEKST og FOTO Dagrun Lindvåg  
dl@fysio.no

**HÅVARD SØRENSEN** tar over etter Fred Hatlebrekke, som har vært faggruppens markante leder siden 2006. Det var da en gruppe manuellterapeuter under ledelse av Peter Chr. Lehne valgte å bryte med NFF og opprettet Norsk Manuellterapeutforening (NMF). Striden gjaldt, og gjelder fortsatt, spørsmålet om autorisasjon eller offentlig spesialistgodkjenning. NFF vil ha det siste. NMF har i alle år jobbet for autorisasjon.

- Nå er det politikerne som må ta denne beslutningen. Organisasjonene har gjort det de kan gjøre. Jeg mener at en spesialistordning absolutt er det mest hensiktsmessige for manuellterapeuter slik helsetjenesten er styrt i dag, sier Sørensen, som ble valgt til leder på årsmøtet i Oslo 7. februar.

## - Fagmiljøet ble svekket

- *Hvordan er det å ta over som faggruppeleder i et miljø som er så splittet?*

- I årene fram til 2006 var det et voldsomt driv i MT-miljøet, og splittelsen satte oss dessverre litt tilbake. Det er veldig synd, men vi kan ikke bruke så mye energi på dette lenger. Vi må se framover. Det beste hadde selvfølgelig vært en samling av fagmiljøet. Da tror jeg vi hadde vært lengre framme faglig, mer kjent i befolkningen og tatt en større del av sykemeldingsarbeidet. En viktig utfordring for oss framover er å finne en arena der manuellterapeuter kan samarbeide om faglige spørsmål, og der vi kan prate sammen. I dag har vi ingen nøytral arena, sier Sørensen.

Han håper at etter- og videreutdanning for etablerte manuellterapeuter i regi av Universitetet i Bergen etter hvert kan bli en slik arena.

- Det kan kanskje være en start at vi snakker sammen som fagpersoner, selv om ledelsen i organisasjonene våre fortsatt er sterkt uenige om politikken.

- *Hva vil være hovedfokus for deg som ny leder?*

- I 2010 vedtok styret en femårig strategiplan, med hovedmål innen fagutvikling, arbeids- og inntektsvilkår, helsepolitikk og markedsføring. Den planen gjelder fortsatt. Når det gjelder fagutvikling, vil den viktigste oppgaven være å få flere manuellterapeuter til bli primærkontakter. Videre er det viktig å få til skikkelige avtaler og en egen takst for oppkobling mot norsk helsenett, sier Sørensen.

Han opplyser også at faggruppen gjennom takstforhandlingene vil jobbe for økt kompensasjon for merarbeidet primærkontaktrollen har skapt.

## Uten driftstilskudd

- En annen sak som jeg personlig vil ha mer fokus på er hvordan vi kan legge til rette for manuellterapeuter som jobber uten driftstilskudd. Flere og flere jobber uten avtale med kommunene, og de kan bidra til å få ned sykefraværet. Vi må tørre å diskutere andre systemer for godtgjørelse en det vi har i dag. Faggruppen har tidligere spilt inn et forslag til Privat råd om at manuellterapeuter uten avtale kan få jobbe med pasienter som allerede har fått frikort på regning fra trygden. Dette skal vi se videre på i en eller annen form.

- Når det gjelder helsepolitikk, vil hovedfokus fortsatt være å få landet saken om offentlig spesialistordning. Dette er en stor sak, og Helsedirektoratet har konkludert med at en slik ordning vil være hensiktsmessig for å få ryddige rollefordelinger, bedre samsvar mellom myndighet og rettigheter, og bedre kvalitet i utdanningsløpene. Vi ser at en slik ordning har fungert bra hos legene. Jeg tror også at en spesialistordning vil gi oss mulighet til å ta på oss mer utradisjonelle arbeidsoppgaver, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten, der de fleste manuellterapeuter jobber i dag, sier Håvard Sørensen. ■



AVTROPPEDE og PÅTROPPEDE Fred Hatlebrekke overlater ledervervet i faggruppen til Håvard Sørensen.



## Autorisasjon for manuellterapeuter: - Ren sjanseseilas

- Kampen for en egen autorisasjon for manuellterapeuter er en sjanseseilas som kan svekke våre muligheter, sier avtroppende MT-leder Fred Hatlebrekke

**TEKST** Dagrun Lindvåg  
dl@fysio.no

**DET** er sju år siden det dramatiske årsmøtet våren 2006, da Faggruppen for manuellterapi ble splittet. Senere på året tok Fred Hatlebrekke på seg den bratte oppgaven å samle manuellterapeutene som var igjen i NFF, og gjenoppbygge en ny og mindre faggruppe. Nå har den markante faggruppelederen sagt takk for seg.

Det var en langvarig dragkamp i NFF om offentlig spesialistgodkjenning eller autorisasjon for manuellterapeuter som førte til bruddet i 2006. For egen del vil vi legge til at det trolig også handlet en del om personkjemi, og om en faggruppe som i stadig større grad kjørte sitt eget løp. Resultatet ble uansett at et par hundre manuellterapeuter, med daværende faggruppeleder Peter Chr. Lehne i spissen, brøt ut av NFF og dannet Norsk Manuellterapeutforening (NMF).

### **Et splittet miljø**

Kampen om autorisasjon eller spesialistordning pågår fortsatt. Og sårene som manuellterapi miljøet ble påført av dette bruddet er også høyst levende, helt ned på grasrota.

- Det norske manuellterapi miljøet ble kraftig svekket av splittelsen. Men dersom alle manuellterapeuter hadde gått ut av NFF i 2006, ville fagmiljøet vært helt avkledd og nærmest stått på bar bakke. Vi har oppnådd

svært mye ved å bli værende i NFF, sier Hatlebrekke til Fysioterapeuten.

Han viser til at det stadig er MTere som spør «Hvorfor skal vi være medlemmer i NFF, de gjør jo ingenting for oss?»

- Det gjør meg virkelig forbanna. Vi forhandlet fram A8-taksten og A1h-taksten for manuellterapeuter. Vi har fått svært god uttelling i takstforhandlingene, i gjennomsnitt 22,4 prosent av den samlede potten til fysioterapi de siste seks årene. Husk at det er NFF som har forhandlingsretten for avtalene mellom privatpraktiserende fysioterapeuter, kommunene og staten. Forbundet er til stede på de arenaene der vi trenger å være som manuellterapeuter, sier Hatlebrekke.

Han understreker at manuellterapeutene i løpet av de siste årene har opparbeidet seg en posisjon i sykemeldingsarbeidet.

- Faggruppen har deltatt i revisjonen av sykemeldingsblanketten og i utviklingen av en faglig veileder for sykemeldingsarbeid. Dette har vi fått til gjennom NFFs medlemskap i Unio.

### **Full stopp**

Han hadde ikke forestilt seg at det skulle gå så mange år uten noen avklaring av spørsmålet spesialistordning eller autorisasjon. Helsedirektoratet har tross alt laget tre utredninger som konkluderer med at offentlig spesialistordning er mest hensiktsmessig.

- Dette er ille, ikke bare for manuellterapeuter, men for alle fysioterapeuter. Alt har stoppet opp på grunn av NMF og LOs arbeid for autorisasjon. Det er mest sannsynlig LOs påvirkning inn i departementet og regjeringssapparatet som er årsaken til den fastlåste situasjonen. Departementet vil tilsynelatende ikke ta i saken og skyver beslutningen foran seg. Det skulle ikke forundre meg om avgjørelsen blir utsatt til en eventuell borgerlig regjering overtar. >>>



Alt har stoppet opp på grunn av NMF og LOs arbeid for autorisasjon.





**FORSKNING** Faggruppen bør jobbe for å få flere manuellterapeuter inn i forskning. Av de som har tatt mastergrad i Bergen er det bare en som har tatt doktorgrad, sier Fred Hatlebrekke (th).

## Konsekvensene

Hatlebrekke sier han har inntrykk av at en del manuellterapeuter ikke forstår hva konsekvensene av en eventuell autorisasjon kan bli.

– Dette er en ren sjanseseilas. Tror du kommunene vil opprette egne driftsavtaler bare for manuellterapeuter? Nei, de vil ha fysioterapeuter som kan jobbe bredt, og som kan dekke ulike behov hos eldre, kronikere og andre innbyggere i kommunen. Ved å satse på autorisasjon risikerer vi å skjære bort mange av våre muligheter. Vi må jobbe opp mot kommunepolitikere for å vise at vår primærkontaktfunksjon er en bra ordning som kan bidra til å redusere fastlegenes arbeid med muskel- og skjelettlidelser. Dette kan vi klare innen dagens driftstilskuddsordning, sier Hatlebrekke.

Han legger til at Finansdepartementet neppe vil opprette en egen pengesekk for manuellterapi alene.

– De offentlige midlene til fysioterapi og manuellterapi vil ikke øke, dersom manuellterapeutene får egen autorisasjon. Det er de

samme rammene som skal fordeles på takster og driftstilskudd.

## Flere inn i forskning

– *Bortsett fra å få den offentlige spesialistordningen på plass; hvilke andre ønsker har du for manuellterapi?*

– Faggruppen bør i årene framover arbeide for å få flere manuellterapeuter til å gå inn i forskning og fagutvikling. Av de som har tatt masterstudiet i Bergen er det bare en som har tatt doktorgraden. Det er alt for lite.

– *Hva tror du dette skyldes?*

– Masterstudentene i Bergen er godt voksne manuellterapeuter, som ofte er etablert med egen praksis. Da kan det få store økonomiske konsekvenser å gå over til forskning og ta en doktorgrad. En av mine drømmer er at vi i årene som kommer vil finne mange flere manuellterapeuter i poliklinikkene, med offentlig spesialistgodkjenning og med doktorgrad!

## Samarbeid?

Fra medlemmer som deltok på årsmøtet i

Oslo 7. februar fikk Hatlebrekke spørsmål om det er mulig å tenke seg en tilnærming mellom NFF og NMF i årene som kommer.

– Først må myndighetene bestemme seg for spesialistordning eller autorisasjon. Uten en slik avklaring kommer vi ingen vei. Dessuten er NFF medlem i Unio og NMF er i LO. Situasjonen har blitt veldig sementert. Jeg tror også at noen sentrale personer må gå av med pensjon før det kan skje noe som helst.

Han synes det er trist at kolleger i MT-miljøet «biter på agnet om alt NMF har fått til».

– De har ikke fått til noe som helst, annet enn å bli medlem av LO. Alt manuellterapeutene har oppnådd, som i takstforhandlingene, er det NFF som har stått for. Splitnelsen av fagmiljøet er en meningsløs bruk av ressurser, sier Fred Hatlebrekke. ■

## Faggruppen for manuellterapi

■ Styret: Håvard Sørensen (leder), Randi Helen Welle, Vegard Ølstørn, Stig Sodeland, Erik Iversen og Kjell Herland. Mer informasjon: [www.manuellterapeutene.no](http://www.manuellterapeutene.no)

## Promedprisen

■ Natalie Evensen fikk promedprisen for beste frie foredrag under seminaret som Faggruppen for manuellterapi arrangerte i Oslo 8.-9. februar. Hun fikk prisen for sitt foredrag om Timed up and go test, og Ten meter walk in pregnant women with pelvic pain. Prisen er på 10.000 kroner og deles ut av Programvareforlaget. Kilde: [www.manuellterapeutene.no](http://www.manuellterapeutene.no)





# Fit Futures: Frisk fremtid for unge i Troms

Fit Futures er en populasjonsbasert studie, og en del av den omfattende Tromsøundersøkelsen. Ungdommens helse og livsstil følges fra første trinn på videregående skole og frem til voksen alder.

**TEKST** John Henry Strupstad  
js@fysio.no

**ALLE** ungdommer på VG1 i Tromsø og Balsfjord ble i 2010 og 2011 invitert til å delta i helseundersøkelsen Fit Futures 1. Av de 1.100 inviterte svarte hele 1038 elever positivt – noe som gav en deltakelse på imponerende 92 prosent. Nå skal de samme elevene retestes i Fit Futures 2. Og trenden, med en imponerende oppmøteprosent, skal forhåpentligvis opprettholdes. Det opplyser de ansvarlige for prosjektet til Fysioterapeuten.

Fit Futures gjennomføres av Tromsøundersøkelsen, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Universitetssykehuset Nord-Norge. Ansvarlige for gjennomføringen er Anne-Sofie Furuberg, Christopher Sivert Nielsen, Guri Grimnes og Nina Emaus.

## Forebygge sykdom

Undersøkelsen kan bidra til å øke kunnskapen om hvordan vi kan forebygge sykdom i befolkningen og hvordan diagnoser kan stilles på et tidlig tidspunkt. Ved å gjenta undersøkelsene kan man også få kunnskap om hvordan ungdommens helse utvikler seg over tid, og over i voksen alder.

Forskningsområdene er; smerte, beintetthet og bruddrisiko, astma/ allergi og eksem, diabetes, infeksjoner, øresus, overvekt, fysisk aktivitet, medisinbruk, D-vitamin, frafall fra skole, jernanemi, genmodifisert mat, miljøgifter, tannhelse, personlighet og helseatferd.

Informasjonen fra denne undersøkelsen er også ment å brukes i framtidig forskning som omhandler hjerte- karsykdommer, lungesykdommer, kreft, nedsatt fruktbarhet og arbeidsførhet/uførhet. Noen av prosjektene vil også studere samspillet mellom arv og miljø, sykdom og helse.

## Omfattende undersøkelser

Deltakerne i Fit Futures gjennomgår en omfattende undersøkelse i skoletiden. Alle undersøkelser blir foretatt på Universitetssykehuset Nord-Norge, avdeling Tromsø. Her fyller ungdommene ut spørreskjemaer, de intervjues, blir målt (høyde, vekt, livvidde, hoftevidde, blodtrykk, puls, blodprøver, spyttprøver og bakterieprøver).

Det foretas en kroppsskanning for å måle beintetthet, og forholdet mellom fett- og muskelvev. En omfattende tannundersøkelse og lungetest blir også utført. Flere fysioterapeuter arbeider med forskning i Fit Futures, foreløpig med hovedfokus på utvikling av beinmasse og bruddrisiko. ■

Les mer: [www.fitfutures.no](http://www.fitfutures.no)

## GI DEG SELV ET STØRRE FAGLIG FUNDAMENT!

Flere fysioterapeuter gir seg selv et større faglig fundament ved å ta en tilleggsutdanning ved Norges Helsehøyskole. Vi har flere fysioterapeuter som tar en tilleggsutdanning innen osteopati eller akupunktur.

- Fysioterapi og osteopati gir meg et større faglig fundament. Det er nyttig å kunne kombinere det osteopatiske og fysioterapeutiske i mitt daglige virke som kliniker. Jeg har en mastergrad i idrettsfysioterapi og opplever bedre effekt hos mine pasienter når jeg kombinerer det manuelle jeg har fra osteopaten med aktiv rehabilitering og idrettsfysioterapeutisk tilnærming. Jeg jobber en del med idrettsmedisinske problemstillinger og opplever at jeg bedre kan tilpasse min behandling av denne gruppen med å kombinere begge profesjonene.



Martin Engedahl Fysioterapeut MSc og Osteopat

Som fysioterapeut kan du søke om fritak fra medisinske emner, og eventuelt starte direkte på andre året i bachelorstudiet. Gå inn på [www.nhck.no](http://www.nhck.no) for mer informasjon.

Norges Helsehøyskole holder til sentralt i Oslo på Ullevål Stadion og er en del av Høyskolen Campus Kristiania.

TA EN BACHELORGRAD I:

AKUPUNKTUR HEL- OG DELTID

ERNÆRING

FRISKLIV OG  
LOKALT FOLKEHELSEARBEID

FYSISK AKTIVITET  
OG ERNÆRING

OSTEOPATI



Norges Helsehøyskole  
Campus Kristiania

Kontakt oss hvis du ønsker mer informasjon:  
Tlf 22 70 19 00 - [studier@nhck.no](mailto:studier@nhck.no) - [www.nhck.no](http://www.nhck.no)

# Diagnose: skoliose

Etter drøye 500 år i bakken under det som dag er en parkeringsplass i Leicester, har arkeologer funnet levningene av Richard III, konge av England fra 1483-85.

**TEKST** Tone Elise Eng galåen  
tg@fysio.no

**NÆRMERE** undersøkelser av skjelettet har avslørt at kongen led av skoliose, og historiske nedtegnelser beskriver da også Richard som pukkelrygget.

Det var lite å gjøre med en slik diagnose i middelalderen. Men hvilken behandling kan pasienter med denne lidelsen vente seg i dag?

## To hovedtyper

Skoliose er en skjevstilling av ryggstøtten, enten til venstre (venstrekonveks) eller til høyre (høyrekonveks). Samtidig kommer en rotasjon av virvlene i bryststøtten av ryggen.

– Rotasjonen av virvlene drar med seg ribbeina, og det er dette som kommer frem som en pukkellignende form hvis det ikke blir behandlet, sier professor i ortopedi ved Rikshospitalet, Olav Reikerås.

Man skiller mellom strukturell og ikke-strukturell skoliose. Ved det siste er ryggstøtten normal og skjevheten skyldes andre forhold, som for eksempel ulik lengde på beina.

Strukturell skoliose kan skyldes medfødte misdannelser i ryggraden, skader og sykdommer i muskel- eller nervesystemet. Men i ca. 70 prosent av tilfellene er årsaken ukjent (idiopatisk skoliose). Man vet bare at skoliose utvikler seg i prepubertet/pubertet, og gjerne da hos jenter.

## Påvirker vitale organer

Før behandling og eventuell operasjon, måles vinkelfeilstillingen i kurven som krummingen i ryggstøtten utgjør. Er feilstillingen på mer enn 20 grader, vil man forsøke å behandle med et korsett for å holde kurven stasjonær og hindre den fra å utvikle seg videre. Blir sammenfallet i bryststøtten av ryggraden stort nok, vil det gå ut over



**VONDT I RYGGEN** I tillegg til politiske problemer og opprør mot kronen, må Richard III ha vært veldig plaget av den kraftige krummingen i ryggstøtten.

hjerne- og lungekapasiteten.

– Vi anbefaler operasjon når vinkelfeilstillingen øker til 40 grader og over. Da setter vi inn stabilisatorer i form av jernstenger slik at ryggen blir avstivet. Det er en omfattende operasjon, sier Reikerås.

De fleste blir operert når de er i tenårene. Etter at de er ferdig utviklet, slutter vanligvis skoliose å utvikle seg.

For Richard III og andre som brukte hest som fremkomstmiddel, må tilstanden ha vært ekstra belastende. Rytterens ryggrad, som vanligvis demper støt i lengderetningen, vil i tilfeller av skoliose ta opp støtten i kurven.

– Dette gir en større belastning av ryggen og antakelig mer smerter, sier Reikerås.

I dag regnes de fleste som blir operert for skoliose som helt friske.

– De blir avstivet i ryggen og bøyer mer i hoften enn i ryggen, men vi oppfatter dem som friske, sier han.

## Konservativ behandling

En annen oppfatning er at skoliose like mye som mekaniske årsaker, er forårsaket av nevrologiske forhold, og at man ved å stimulere til en best mulig signalstyring fra nervesystemet til muskulaturen vil få den til å balansere optimalt.

– Men dette er foreløpig teoretiske prinsipper. På skoliose foreligger det dessverre ikke mye robust forskning som viser at noe er bedre enn det andre når det gjelder vårt fagfelt, sier fysioterapeut og kiropraktor, Kenneth Syvertsen.

Syvertsen benytter konservativ behandling på sine skoliosepasienter. Dette

innebærer nevrologisk stimulering for å få nervesystemet til å jobbe symmetrisk og optimalisere muskulaturen på begge sider av ryggstøtten, øvelser basert på nevrologisk læring re-aktivert og generell aktivitet.

– En viktig faktor er å forsøke å opprettholde bevegeligheten. Ikke bare i skoliosekurven, men også i primær og sekundærkurvene i AP-planen for å sørge for at pasienten får en så god holdning som mulig, sier Syvertsen.

Ifølge Syvertsen er resultatene etter en operasjon i mange tilfeller så som så, og bør være siste utvei. Ofte gir operasjon bedring kosmetisk sett, men liten bedring i symptomer. Selv om nye, mindre teknikker er under fremmarsj, er det vanligvis snakk om omfattende inngrep med risiko.

– Hvis skoliose er så utartet at den er med på å påvirke den generelle helsen, spesielt med tanke på hjerte og lunger, vil naturligvis det veie tungt til fordel for operasjon, sier han.

Syvertsen kommer ofte i kontakt med skoliosepasienter gjennom sin praksis. Er skoliose for stor, er det begrenset hva man får til med tanke på reduksjon av kurvene. Det viktigste er å gi pasienten en best mulig hverdag gjennom best mulig funksjon.

– De aller fleste har minimale kurver som ikke trenger annet enn stimulering til aktivitet og oppfølgende vurderinger i vekstperioden. Det hender at jeg får inn eldre mennesker med forholdsvis store skoliose som har levd med det hele livet uten å ha hatt store plager, sier han.

### Lite kunnskap

– Når det gjelder kunnskapsnivået om skoliose blant fysioterapeuter i dag, så er det generelt for lavt, sier leder av skoliosegruppa i Ryggforeningen, Lisa Skaret.

Hun ble operert for skoliose i 1967. Den gangen sørget man bare for å avstive uten å gjøre noe med selve skjevheten, så den er like stor som den var den gangen: 86 grader oppe og noen og seksti nede.

– Sannheten er at mange av oss er like skjeve i ryggen selv om vi er blitt operert og avstivet, og at både vi og de som har fått ryggsoylen rettet ut eller har gjennomgått annen behandling, sliter med slitasjeskader og store spenninger i muskulaturen.

– Dessverre er enkelte fysioterapeuter redde for å ta i ryggen vår fordi de ikke aner hva de skal gjøre. Vi trenger en styrking av kompetansen på dette området, sier Skaret.

Som leder av skoliosegruppa får hun henvendelser fra fysioterapeuter som spør hva de skal gjøre med skoliosepatientene sine.

– Vi ønsker oss en etterutdanning innen skoliose for fysioterapeuter. Rapporten «Å leve med skoliose» utarbeidet med støtte fra EkstraStiftelsen, viser at kunnskapsmangel blant behandlere er stor.

### Ønsker samarbeid

I følge Skaret mangler i Norge et tilbud utover korsett og operasjon. Hun savner et konservativt tilbud på lik linje med det man finner i blant annet Tyskland og England. Særlig har Schroth-metoden, utviklet av Katharina Schroth på begynnelsen av 1900-tallet med spesiell vekt på øvelser hvor man bruker pust og muskulatur, vist effekt,



**KORSETT** P-A bilde av kvinne født 1974. Hun har brukt korsett dag og natt i tre år, samt ett år bare natt fra 13-17 års alder.

ifølge Skaret.

– I skoliosegruppa kjenner vi til mange som kan vise til gode resultater etter et opphold på en av disse klinikkene i utlandet, sier hun.

I alt behandles det et sted mellom 250 og 300 skoliosepatienter i året, operasjon, korsett og oppfølging inkludert. Totalt regner man med at det er ca. 25 000 personer med skoliose i Norge, men at det finnes mørketall.

Skoliosegruppa i Ryggforeningen i Norge har i dag i overkant av 400 medlemmer og vokser sakte, men sikkert.

– Første punkt på vår nye handlingsplan som godkjennes i disse dager er å få til et bedre samarbeid med Norsk Fysioterapeutforbund, sier Skaret.

– Vi trenger fysioterapeuter som kjenner innholdet i diagnosen skoliose og som kan sette i verk riktige tiltak.

### En del av pensum

– Skoliose er en del av pensum studentene må gjennom. De lærer spesifikt om skoliose i anatomi og patologi innen ortopedi, sier høgskolelektor Liv Hektoen ved Institutt for fysioterapi på Høgskolen i Oslo Akershus.

– Studentene observerer akser og plan når de gjør en funksjonsvurdering med hensyn til skoliose. Det kan være alt fra ubetydelige forhold som ikke skaper problemer, til mer uttalte skolioser vurdert for operasjon og korrigerende. Fysioterapeuter kan bidra med å dempe symptomer fra feilbelastning på ledd og muskler, sier hun.

Ute i praksis er det opp til praksisstedet om studenten kommer i kontakt med denne gruppe pasienter.

– Før vi får en master innen fysioterapi, er det mange områder som en student faktisk ikke har vært i nærheten av i praksis, og mange diagnosegrupper vil etterlyse mer dybdekunnskap om akkurat sin lidelse. Men vi lærer studentene å søke kunnskap. De som går ut av en bachelorutdanning skal ha evnen til å finne litteratur på disse områdene, sier Hektoen. ■

Følg med på nyheter fra fag og forskning på [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)

**Vi er også på Facebook og Twitter - Lik oss gjerne!**

På [fysioterapeuten.no/blogg](http://fysioterapeuten.no/blogg) finner du flere spennende innlegg.

Hvis du har skrivekløe - ta kontakt!

[Fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap](http://Fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap): publiserte fagartikler, oppsummeringer fra Cochrane og Kunnskapssenteret, sammendrag av doktorgrader og bøker.





## Skader i løping

■ 37-56 prosent av alle mosjonister som trener løping regelmessig risikerer å bli skadet årlig. De som løper mer enn 64 kilometer per uke, har størst risiko for skader i underekstremitetene.

Valg av sko og type underlag er ytre faktorer som påvirker risikoen for å bli skadet. Men også indre faktorer som muskulær svakhet, fotstilling og økt Q-vinkel øker denne risikoen.

**Les mer:** [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)

## Forsker på konsekvenser av Samhandlingsreformen

■ Seniorforsker Sverre Kittelsen ved Frischsenteret og kolleger skal se på om målingene i Samhandlingsreformen nås.

– Blant de tilsiktede effektene er tidligere utskrivning fra sykehus av noen pasientgrupper og færre sykehusbehandlinger av andre. I tillegg kommer forebygging og lavere kostnader, forklarer Kittelsen til Norges Forskningsråd.

Prosjektet skal bruke informasjon fra helseregistrene og ser etter endringer fra før reformen til etter reformen. Kittelsen sier det vil gå et par år før det blir mulig å spore endringene i tilgjengelige data.

Resultatene foreligger i slutten av 2015.

**Les mer:** [www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no)

## Ergoterapi på Gjøvik

■ Høsten 2013 starter Høgskolen på Gjøvik en bachelorutdanning i ergoterapi. Det nye er fagene velferdsteknologi, universell utforming og innovasjon, skriver tidsskriftet Ergoterapeuten.

Ifølge høgskolen er dette svaret på kommunenes behov for ekspertise på disse områdene. Studielengden er tre år, og det første kullet vil bestå av 25 studenter. Det legges opp til fem praksisperioder, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er høgskolen i dialog med flere hjelpemiddelforetak om praksisplasser. Skolens eget laboratorium for universell utforming vil også stå sentralt i undervisningen.

## Fysioterapi per telefon

**FYSIOTERAPI TJENESTER** per telefon kan gi trygg og effektiv behandling, samtidig som ventelistene reduseres, ifølge en britisk studie publisert i BMJ.

Forskerne fant at tilbudet fra PhysioDirect var like effektivt for pasientene som vanlig behandling hos fysioterapeut. Det ble heller ikke registrert noen uheldige bivirk-

ninger.

På spørsmål i etterkant av behandlingen var brukerne av PhysioDirect nesten like fornøyde som de som fikk vanlig behandling, selv om fysioterapitjenester per telefon ikke nødvendigvis er så mye billigere enn vanlig behandling. ■

**Kilde:** [www.csp.org.uk/news](http://www.csp.org.uk/news)



## Tung styrketrening livet gjennom

**ET IKKE UKJENT** forskerteam ved NTNU anbefaler tung styrketrening for underekstremiteter – hele livet.

I over 12 år har professor Jan Helgerud sammen med sitt forskerteam ved NTNU sett på effekten av maksimal styrketrening for pasienter, mosjonister og toppidrettsutøvere, og har vist at alle gruppene kan få stor effekt i styrke og arbeidsøkonomi ved å trene med svært tung belastning.

– Det er vist redusert styrke og dårligere gangøkonomi i en rekke pasientgrupper (hjerte-, lunge, MS) sammenliknet med friske kontrollgrupper. Dette skyldes primært deres felles problem, nemlig inaktivitet. Maksimal styrketrening har vist seg å være en svært effektiv terapi for den dårlige gangøkonomien hos disse pasientene, sier



Helgerud. ■

**Les mer:** [www.dn.no/dnaktiv/article2555775.ecce](http://www.dn.no/dnaktiv/article2555775.ecce)

## Per Fugelli får Fritt Ords pris for 2013

Sosialmedisiner Per Fugelli, som i 2009 fikk kreftdiagnose, er tildelt Fritt Ords pris for 2013 for å ha gitt en stemme til kreftsyke.

«Per Fugelli får Fritt Ords pris for 2013 for å ha gitt en stemme til kreftsyke og de som står ansikt til ansikt med døden», heter det i begrunnelsen fra stiftelsen Fritt Ord.

Prisen er stiftelsens høyeste utmerkelse og består av 400.000 kroner, samt en statuett signert Nils Aas. Fugelli får tildelt prisen 14. mai.

Fugelli fikk i 2009 kreftdiagnose. Fritt Ord trekker fram at han med bakgrunn i egne erfaringer og sykdom har bidratt til å åpne opp diskusjonen om hva det vil si å være alvorlig syk.

– Med klokskap og raushet har han rettet oppmerksomheten mot vår frykt for å snakke om døden og fortrenningen av den, uttaler styret i Fritt Ord.

Fugelli ble født i Stavanger i 1943. Han er i dag professor i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo. Han har gitt ut flere bøker og har i mange år holdt foredrag og deltatt i store debatter. ■



### Over 400 medlemmer i NMF

■ Norsk Manuellterapeutforening (NMF) har nå 408 medlemmer, ifølge årsrapporten til NMFs landsmøte.

NMF skriver på sine nettsider at medlemstallet har vokst med nesten åtte prosent i forhold til samme tid i fjor. Medlemmene fordeler seg på 366 med A8-kompetanse og 42 interessemedlemmer. Ifølge Helfo var 428 terapeuter registrert med A8-kompetanse i 2010, inkludert utdanningskandidater.

## En nettbasert bakside

- **ENKLE**, nettbaserte tjenester for å poste forskningsresultater er ikke vitenskapelige og fagfelleverderte tidsskrifter, sier redaktør Charlotte Haug i Legetidsskriftet. Nå advarer hun mot useriøse aktører i publiseringens bransje.

I artikkelen «The Downside of Open-Access Publishing» publisert i New England Journal of Medicine (NEJM), tar hun et oppgjør med useriøse aktører i den akademiske publiseringens bransje. Haug peker på en trend der det slås mynt på forfatteres ønske om rask publisering. Flere av de nye utgiverne seiler under flagget «åpen publisering», og blir internasjonalt nå omtalt som røvertidsskrifter (predatory journals). Målsetningene deres er kommersielle fremfor vitenskapelige, skriver tidsskriftet.no. ■



### Blindede studier er best

■ Studier som ikke er blindet gir ofte for positive resultater, ifølge forskere ved Nordisk Cochrane Center. Det har lenge vært bred enighet om at man oppnår de sikreste resultatene ved å lage såkalte blindtester.

Dette betyr at de som skal vurdere resultatene, ikke vet om de ser på data fra en pasient som har fått den nye eller den gamle behandlingen.

Seniorforsker Asbjørn Hróbjartsson sier til videnskab.dk at partiskheten nå er påvist. De har utført en såkalt meta-analyse, der de ser på 16 studier fra andre forskere og sammenligner resultatene ved hjelp av avansert statistikk.

– Det nye er at vi har funnet en ganske stor effekt, og at den varierer ganske mye. I gjennomsnitt er effekten betydelig, sier Hróbjartsson.

**Les mer:** [www.videnskab.dk](http://www.videnskab.dk)

# Nåler i fysioterapi: Sentralstyret opphever kompetansekrav

Sentralstyret opphever kompetansekravet om 250 timer i medisinsk akupunktur ved godkjente skoler. Nå er det helsepersonelloven og faglig forsvarlighet som gjelder.

**TEKST** Dagrun Lindvåg  
dl@fysio.no

**DETTE** vedtok sentralstyret i sitt møte 14. februar, men nåler var også tema for sentralstyret i desember. Kravet om 250 timer i medisinsk akupunktur ved godkjente skoler ble vedtatt av NFFs sentralstyre i 2006.

Ifølge vedtaket mener sentralstyret at helsepersonellovens krav om faglig forsvarlighet når det gjelder bruk av nåler blir ivaretatt når behandlingen baserer seg på en fysioterapeutisk funksjonsvurdering, når behandlingen søker å påvirke smerter og dysfunksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet, og når nålenes virkningsmekanismer er beskrevet og begrunnet ut fra et naturvitenskapelig kunnskapsgrunnlag.

I vedtaket står det også at NFFs kurs «Smertebehandling i fysioterapi» og «Bruk av nåler i smertebehandling» kan være tilstrekkelig for å være i samsvar med lovens krav om faglig forsvarlighet.

## Fag og økonomi

I et notat til sentralstyret påpeker Fagseksjonen at fysioterapeuters bruk av nåler i selvstendig næringsvirksomhet har vært gjenstand for myndighetenes interesse i årevis. Dels har det dreid seg om myndighetenes ønske om å kontrollere at fysioterapeuter ikke benytter seg av «alternativ behandling», og dels har det dreid seg om hvordan betaling for nålebehandling kan skje. Med andre ord – både faglige og økonomiske spørsmål.

Styremøtet i februar dreide seg om kompetansekrav og faglig forsvarlighet. På møtet i desember var det etter det Fysioterapeuten har fått opplyst en heftig debatt knyttet til



bruk av nåler og økonomien i privat praksis.

## Kompetansemål

I forslaget til vedtak til februarmøtet hadde fagseksjonen i NFF listet opp seks anbefalte kompetansemål. Flere av styremedlemmene mente imidlertid at dette var unødvendig, blant dem var Jan Kattenberg.

– Bruk av nåler er en tydelig del av fysioterapien. Likevel er dette den eneste behandlingsformen vi setter ulike kompetansemål til. Skal sentralstyre gjøre det samme med andre metoder i fysioterapi? Fysioterapeuter må uansett følge helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet, sa Kattenberg.

Andre påpekte at bruk av nåler er å introdusere noe nytt i fysioterapi, og at myndighetene er opptatt av å sette en grense mot alternativ behandling.

## NFFs kurs

Fagseksjonen hadde også foreslått å knytte kompetansemålene til NFFs egne kurs; «Smertebehandling i fysioterapi» og «Bruk av nåler i smertebehandling». Det ble stående i det endelige vedtaket, men ikke uten en del diskusjon.

Eirik Helgesen, leder i Privat råd, stilte spørsmål ved om det var riktig å reklamere for NFFs kurs i et styrevedtak. Han fikk støtte av blant andre Britt Strømme og Jan Kattenberg.

Forbundsleder Eilin Ekeland mente på sin side at styret både hjelper medlemmer og tar et samfunnsansvar ved å anbefale kompetansemål for bruk av nåler i fysioterapi. Det samme gjaldt hvilke NFF-kurs som kan tas for å nå disse kompetansemålene.

Men flertallet ville stryke listen med kompetansemål, og heller presisere forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. De ville også tone ned NFFs anbefaling av egne kurs.

## Kompetansemål

Her er listen over anbefalte kompetansemål som styret vedtok å stryke:

- En fysioterapeut som bruker nåler til behandling av smerter og dysfunksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet skal kunne:
- Differensiere mellom akutte og kroniske smertetilstander teoretisk og klinisk.
- Redegjøre for og diskutere smertemodeller og smertehemmende systemer med utgangspunkt i nevrofysiologisk kunnskap.
- Forklare, differensiere mellom og identifisere triggerpunkter og motorpunkter.
- Redegjøre for kontraindikasjoner og bivirkninger ved bruk av nåler og gjenkjenne når nåler er kontraindisert gjennom klinisk undersøkelse.
- Sette nåler på indiserte steder på en presis og trygg måte.
- Håndtere nåler på en sikker og hygienisk måte.



# Masterstudium i fysioterapi godkjent

NOKUT har godkjent planene om en master i fysioterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Ordinært opptak starter trolig høsten 2014.

**TEKST** Dagrun Lindvåg  
dl@fysio.no

**DET POSITIVE** vedtaket er registrert i NOKUTs postliste den 6. februar. I fjor vår fikk Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) beskjed fra NOKUT om at planene for en master i fysioterapi ikke ble godkjent. Senere fikk høgskolen medhold i Klagenemnda, og saken ble sendt tilbake til NOKUT for ny behandling. For mastergradsstudier som NOKUT akkrediterer, må institusjonen selv søke Kunnskapsdepartementet om rett til å etablere studiet.

Det nye masterstudiet utgjør totalt 120 studiepoeng, der masteroppgaven dekker halvparten. Ingrid Narum, fungerende leder ved Institutt for fysioterapi, uttalte til Fysioterapeuten for en tid tilbake at de uansett utfall av NOKUTs saksbehandling ville starte videreutdanning barn og videreutdanning eldre som masteremner allerede høsten 2013.



– Disse videreutdanningene er identiske med Emne 1 og 2 i masterstudiet i fysioterapi, og studentene kan fortsette videre i masterstudiet dersom de ønsker det, opplyste Narum i en e-post til Fysioterapeuten. ■

**Les mer:** [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)

# Utestengt fra likestilling



– En skandale at funksjonshemning ikke blir nevnt i regjeringens nye utredning om likestillingspolitikk, sier seniorrådgiver i Norges Handikapforbund (NHF), Janne Skei.

**TEKST** Tone Elise Eng Galåen  
tg@fysio.no

**UTREDNINGEN** «Politikk for likestilling» nevner ikke funksjonshemning med et ord, skriver Handikapnytt (1/2013).

Det såkalte Skjeie-utvalget har hatt som mandat «å legge grunnlaget for en helhetlig og kunnskapsbasert likestillingspolitikk for fremtiden», men funksjonshemning er ikke inkludert i utvalgets arbeid med å belyse ulike faktorer som fører til manglende likestilling mellom kjønnene.

NHF reagerer kraftig i høringsuttalelsen som er sendt til Barne-, likestil-

lings og inkluderingsdepartementet.

– De har fått plass til de fleste perspektiver på likestilling unntatt funksjonsnedsettelse. Det er ille, fastslår Skei.

## Mer sårbare

Hun viser til at kvinner med funksjonsnedsettelse er enda mer sårbare enn kvinner uten funksjonsnedsettelse, ved at de ofte opplever diskriminering både på grunn av kjønn og funksjonshemning. De er mer utsatte for vold, har svakere tilknytning til arbeidslivet og større risiko for et liv i fattigdom.

– Vi vet allerede at kvinner med funksjonsnedsettelse risikerer å havne aller nederst i et likestillingsperspektiv, men det er likevel viktig med mer forskning for å gi oss systematisk kunnskap på dette området, sier Skei.

To virkemidler blir holdt frem som spesielt viktige likestillingstiltak: Universell utforming av skoler og universiteter og satsing på brukerstyrt personlig assistanse. ■

# Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring



**Aud Marie Øien,**

Fysioterapeut, Ph.D.  
Førsteamanuensis  
ved Høgskulen i Sogn  
og Fjordane, Avdeling  
for samfunnsfag.  
Epost: aud.marie.  
oien@hisf.no

Denne **fagartikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer. Akseptert 12.12.2012.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen.

Studien er godkjent av Regional Etisk komite (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

## Sammendrag

- **Innledning:** Artikkelen utforsker hvordan narrativitet – fortelling som analytisk redskap – kan bidra til å utvikle kunnskap om endring av erfaring fra kroppslig distanse til nærhet, basert på en studie av langvarig psykomotorisk fysioterapi for pasienter med kroniske muskulære smerter.
- **Hoveddel:** Mattinglys begrep «emergent narratives» – fortellinger i utfoldelse – ble valgt for å identifisere hvordan pågående behandlingssituasjoner kan være endringsskapende øyeblikk. «Emergent narratives» synes å bidra til kunnskap om å utvikle erfaringer av kroppslig nærhet. Retrospektive fortellinger var vektlagt for å gripe erfaringer om/hvordan symptomutvikling kan være innvevet i livssituasjonen, samt endring over tid som variasjon av erfaring av bevegelse og pust.
- **Avslutning:** Studien indikerte hvordan «emergent narratives» retter oppmerksomhet mot endringsmuligheter, og kan være nyttig supplement i fysioterapi.
- **Nøkkelord:** fortellinger, erfaring, endring.

## Innledning

Vitenskapsteoretisk kan fysioterapifagets biomedisinske kunnskapsgrunnlag umiddelbart synes vanskelig å forene med narrativitet som er forankret i fortolkende posisjoner som fenomenologi og hermeneutikk. Ikke desto mindre kan fysioterapifaget karakteriseres som en profesjonskunnskap av teoretisk fragmentert kunnskap fra lite integrerte områder, som sammen danner meningsfulle enheter – «praktiske synteser» (1). Allerede i den tidlige utviklingen av norsk psykomotorisk fysioterapi fra 1950, vektla fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy kunnskap fra fagfelt i og utover biomedisin, som ortopedi,

nevrologi og psykoanalyse. Samtidig utforsket og systematiserte de praksiserfaringer (2). Også i dag bruker fysioterapeuter kunnskap fra ulike vitenskapelige perspektiver for å forstå fenomener i praksis. Nevrobiologi kan belyse aspekter av kroppsbevissthet (3). Et stabilt forhold til kroppen forutsetter at hjernens kroppsrepresentasjon kontinuerlig oppdateres gjennom variert sensorisk informasjon, målrettede bevegelser og oppmerksomhet rettet mot kroppen (4). Fenomenologi er forankret i en filosofisk fagtradisjon med fokus på menneskets subjektive erfaringer av seg selv og fenomener i sin livsverden. Fysioterapeuter har særlig anvendt den franske filosofen Merleau-Pontys

(5) fenomenologiske perspektiv for å belyse kroppslige erfaringer til pasienter med kroniske muskulære smerter (6,7). Menneskets erfaring av seg selv i verden er nettopp basert på persepsjon i gjensidig avhengighet med bevegelse og oppmerksomhet (5). Vi kan slik undersøke kropp både som biologi og som noe menneskelig levd og erfart.

Innen norsk psykomotorisk fysioterapi finnes enkelte studier som inkluderer narrative perspektiver. Øien, Iversen, Stensland (8) og Øien (9) undersøkte hvordan prinsipper fra narrativ terapi kan bidra til å utvikle helsefremmende fortellinger om for eksempel økende nærhet til erfaring av muskulære spenningsvariasjoner i behandlingsforløp



«Emergent narratives» – fortellinger i utfoldelse – synes å bidra til kunnskap om å utvikle erfaringer av kroppslig nærhet.



**MASSASJE** Hver behandling vekslet mellom sekvenser av lengre dialoger mellom fysioterapeut og pasient, og sekvenser av bevegelse og massasje i dialoger av få ord.

til pasienter med kroniske smerter. Sviland (10) anvendte narrativt perspektiv for å belyse erfaringer til pasient med kronisk smerte og psykisk lidelse. Denne artikkelen bygger på Øien, Iversen, Stensland (8), en kvalitativ studie av to langvarige behandlingsforløp. Den tidligere analysen er her utvidet gjennom anvendelse av et narrativt perspektiv med begreper som kan identifisere potensielle endringssituasjoner. Perspektivet er inspirert av antropologen Mattingly (11), som utforsket klinisk erfaring og resonnering i praksissituasjoner blant ergoterapeuter. Klinisk erfaring kom til uttrykk i ulike språkformer; biomedisinske beskrivelser og personlige fortellinger der pasienten var aktør i en historie av komplekse sosiale relasjoner, følelser og kulturelle forskjeller (12).

### Formål

Mitt utgangspunkt er at identifikasjon av fortellinger i behandlingssituasjonen kan bidra til økt sensitivitet for pasientens kroppslige erfaringer og potensielle endringer. Artikkelen belyser hvordan et narrativt perspektiv kan bidra til å utvikle kunnskap om endring av pasienters erfaring av kroppslig distanse og nærhet.

### Hoveddel

#### **Teoretisk utgangspunkt: Retrospektive fortellinger og «emergent narratives».**

Narrativitet er et stort forskningsfelt og anvendes innenfor en rekke fagdisipliner som både perspektiv og analyseredskap. Jeg presenterer Mattinglys perspektiv. Hun definerer narrativ som diskurs av opplevelser og li-

deler, der sammenhenger mellom motiver, handlinger og konsekvenser er tydelige (12). Fortellingen bærer i seg muligheter til å belyse erfaringer som omgir lidelse (13). Den fletter sammen en indre verden av tanker og følelser, og en ytre verden av observerbare

### Kort sagt

Funn fra denne studien kan brukes:

- i møte med pasienter med kroniske muskulære smerter.
- i møte med pasienter med psykiske lidelser.
- i møte med barn med ulike typer funksjonsforstyrrelser.



handlinger og tilstander (13). Fortellingen gir på denne måten mening til erfaring (13). Fortellingen har også et plot; en samlendende struktur som innenfor et gitt tidsrom omfatter begynnelse, midtre del og slutt (14).

Det er ulike syn på forholdet mellom erfaring og narrativ (14). Et perspektiv fremhever forskjellen: Narrativ er fortalt, og erfaringer er levd. Forteller kjenner hendelsesforløpet (14). Livet i fortellingen kan fremstå mer sammenhengende enn det levde livet som er preget av åpenhet, svingninger og uklare avslutninger (14). Mattingly (13,14) argumenterer spesielt for et nært slektskap mellom narrativ og levd erfaring, der fortellinger framkommer i og gjennom handlinger.

Narrativ er en måte å ordne erfaringer, der personen skaper sin selv- og virkelighetsforståelse (13). I klinisk praksis forholder fysioterapeuten seg til pasientens virkelighetsforståelse slik den uttrykkes gjennom retrospektive fortellinger. Dette skjer ofte ved behandlingsstart når fysioterapeuten inviterer pasienten til å presentere utvikling av symptomer og beskrivelser av livssituasjoner. Pasienten tar utgangspunkt i starttidspunktet for symptomene og avslutter ved behandlingsstart. Behandlingssituasjonen innebærer også øyeblikk som kjennetegnes av bevegelse og bruk av få ord. Disse kan være vanskelig å identifisere som fortelling. Ikke desto mindre kan de være betydningsfulle i pasientens endringsprosess. Mattingly (14) er særlig interessert i disse fortellingene og begrepsfester dem som «emergent narratives». De griper en subjektiv betydningsfull erfaring innenfor kontekster av biomedisinske forklaringer (14). «Emergent narratives» omfatter spontane såkalte dramatiske øyeblikk – kritiske episoder – av endringspotensiale (14,15). Samlet sett omfatter «emergent narratives» kvaliteter som improvisasjon, kroppslige budskap, uvisshet, spenning, risiko, overraskelse, følelse av helhet, og ikke minst, fornemmelsen av at noe betydningsfullt er på gang (14). Jeg oversetter begrepet til «fortellinger i utfoldelse».

## Metode

Studien som denne artikkelen er basert på (8), var en longitudinell multippel case-studie (16) som besto av to behandlingsforløp over 6-9 måneder. Deltakere var to kvinnelige pasienter, henholdsvis 33 og 40 år med kroniske ryggsmarter av 10 og 20 års varighet, og en erfaren fysioterapeut med spesialistkompetanse i psykomotorisk fysioterapi.

Datagrunnlaget i hvert behandlingsforløp var observasjon og video-opptak av fire handlinger med en til to måneders mellomrom, tre refleksjonsnotater skrevet av pasienten, intervju med pasienten i for- og etterkant av observasjons- og refleksjonsperioden og avsluttende intervju med fysioterapeuten. Analysen omfattet søk etter overordnede tema gjennom konstruksjon av case-rapport for det enkelte behandlingsforløp, analyse av forløpene på tvers (16), mikroanalyse av utvalgte behandlingsekvenser (17) og narrativt inspirert analyse (18). Regional Medisinsk Etisk komité godkjente studien. Deltakerne samtykket skriftlig. Forfatter samlet inn data.

## Resultat

Pasientene viste likhet i symptomer, funn ved kroppsundersøkelse, hovedtrekk i sykehistorie og narrative mønstre i behandlingsforløpet. Basert på et narrativt perspektiv analyserer jeg pasientenes fortellinger som to narrativ: Det ene handler om å erfare distanse til egen kropp og det andre om å erfare nærhet. Undertema innenfor hver narrativ er mer detaljerte kroppslige erfaringer; ikke kjenne/kjenne ryggen, ikke kjenne/kjenne pustens rytme og ikke kjenne/kjenne beina. Over tid endrer fortellingene karakter fra erfaring av distanse til økende nærhet til egen kropp og seg selv i verden. Denne utviklingen identifiserer jeg som ulike, men delvis overlappende faser: 1) Å atskille og avstenge, 2) å utvikle variasjoner og 3) å skape sammenhenger og utvidelser. Jeg presenterer disse fasene ved å anvende et pasienteksempel fra studien.

## Presentasjon

Pasienten var henvist med diagnosen tilbakevendende depresjon, problemer knyttet til kroppsbylde, ryggsmarter, muskulære spenninger og angst. I innledende forskningsintervju formidlet pasienten målsettingen: «Jeg ønsker noen kan hjelpe hele meg slik at jeg kan kjenne mindre angst, usikkerhet og smerte, og klare å se framover». Følgende hovedfunn framkom ved kroppsundersøkelsen: begrenset pusterytme, holdningsmessig ubalanse, forøket stivhetsgrad i ryggmuskulatur og redusert kroppskontakt.

Hver behandling vekslet mellom sekvenser av lengre dialoger mellom fysioterapeut og pasient om erfaringer i og utenfor behandlingssammenheng, og sekvenser av bevegelse og massasje i dialoger av få ord.

## Første narrative fase: Å atskille og avstenge

I denne fasen er dominerende fortellinger *om seg selv i verden* å erfare, men ikke uttrykke følelser, samt kjenne seg delt mellom kropp og sinn. I eksempel fra innledende forskningsintervju formidlet pasienten:

«Jeg kjenner meg som to deler. Jeg er sinnet mitt. Jeg har en kropp jeg bare må ha med meg. Kroppen min arbeider hardt. Den må gå rundt med meg selv om jeg er veldig redd og ikke vil gjøre noe. Det er hardt å arbeide og snakke med folk når du er redd, fordi kroppen må uttrykke seg som sunn og normal.»

Å kjenne seg «delt i to» så pasienten delvis i sammenheng med å kontrollere og neglisjere følelser i en smertefull oppvekst i et hjem preget av fiendtlighet. Som liten reagerte hun på dette med gråt, men lærte gradvis å opprettholde et likegyldig uttrykk. «Jeg lærte å kjenne meg utrolig trist innvendig uten at noen kunne se det.»

Fortellingen *om egen kropp* indikerer nærvær til hodet, men distanse til resten av kroppen. I første observerte behandling framkom fortellingen «å kjenne ryggen som en ting». Da fysioterapeuten masserte pasientens ryggmuskler for å redusere spenning, kommenterte pasienten: «Så strekker du dem, og da er ryggen som en ting av muskler som sitter fast og ikke har det bra. Når du berører dem, blir det bedre». Pasienten utdypet: «Musklene trenger å bli tatt litt fra hverandre». Fysioterapeuten bekreftet: «De står for tett sammen».

## Andre narrative fase: Å utvikle variasjoner

I denne fasen inneholder fortellinger *om seg selv i verden* om å variere tanker og følelser i større grad. I andre observerte behandling fortalte pasienten om oppdagelser av selvanklagende væremåter og selvhevdende tanker da hun skrev refleksjonsnotater. Fysioterapeuten og pasienten utforsket dette videre. Pasienten assosierte til et møte med kollegaer: «Jeg hadde utrolig vondt i ryggen etterpå. Kanskje fordi jeg var sint».

Fortellingene *om egen kropp* veksler nå mellom å ikke kjenne/kjenne deler av kroppen. Et eksempel var at pasienten vekslet mellom å bremse og ikke sanse pusten, og å sanse pusten og puste dypere. I bevegelsessekvensen masserte fysioterapeuten pasientens ryggmuskler og rettet oppmerksomhet mot pusten ved å spørre om hun kunne

slippe denne til. Pasienten pustet dypere. Fysioterapeuten: «Hvordan kjennes det?» Pasienten: «Tenk at det kan være så godt å puste». Fysioterapeuten bekreftet og masserte videre. Pasienten bremsset pusten. Fysioterapeuten: «Merker du noen forskjell?» Pasienten erfarte ingenting. Fysioterapeuten bekreftet svaret uten å kommentere pusten.

### *Tredje narrative fase: Å skape sammenhenger og utvidelser*

I denne fasen omfatter fortellinger om seg selv i verden utvidelser av eget handlingsrom, som for eksempel å uttrykke ønsker i jobbsammenheng.

Fortellinger om egen kropp viser seg i at pasienten i større grad erfarte kroppen som en enhet. I eksempel fra fjerde video-opptak ved bevegelse og massasje av beina i liggende stilling, formidlet pasienten spontant at hun pustet i bekkenregionen. Hun identifiserte dette som en utvidet kroppslig erfaring. Pasienten og fysioterapeuten reflekterte over hennes opplevelse av beina som «fjerne stebarn». I etterfølgende stående utgangstilling oppfordret fysioterapeuten pasienten til oppmerksomt arbeid med balansen. Pasienten kommenterte: «Jeg føler balanse. Jeg overfører vekt fra ryggen til beina.» Fysioterapeuten bekreftet.

I det avsluttende forskningsintervjuet bekreftet pasienten endringen av å erfare kropp og tanker mer enhetlig. «Når jeg puster i større deler av kroppen, kjenner jeg kroppen som noe jeg er inne i.» Den nye erfaringen pekte i retning av ny åpenhet overfor andre. Pasienten sa: «Kanskje den viktigste forandringen var å føle seg bedre. Da kunne jeg vende meg til andre».

## **Diskusjon**

### **Kroppslig distanse og nærhet i narrativt perspektiv**

Å utvikle erfaring av økende nærhet til egen kropp, kan framstå som fortellinger om meningsvariasjon om bevegelser, handlinger, følelser og smerte. Fortellinger i utfoldelse framkommer i handlinger via bevegelse og med få ord (14). Uvisshet, engasjement, ønsker eller blikk inn i framtiden utover det kliniske møtet karakteriserer det som betegnes som helsefremmende narrative drama (14,15). Studiens funn omfattet to typer fortellinger som innebar endring over tid: Fortellinger med avstand til erfaring og fortellinger med nærhet til erfaring. Narrativt perspektivet tilbyr måter å utforske

menneskelig temporalitet; måter vi beveger oss gjennom tiden på (13).

Fortellinger med avstand til erfaring framkommer i første fase. Med utgangspunkt i personlig, sosial og historisk kontekst, formidlet pasienten hvordan hun forsto seg selv. Den narrative presentasjonen viser sammenheng mellom å tilbakeholde følelsesuttrykk over tid og skape avstand til egen kropp. Utvikling av smerte knyttes til tidligere relasjonelle livserfaringer. Pasienten/fortelleren, begynner med slutten, den nåværende situasjonen, som domineres av den kroppslige erfaring av å være «delt i to». Pasientens meningsdannelse omkring denne erfaringen kan forstås ved at hun skaper et plot, det vil si at hun skaper sammenhenger gjennom å strukturere erfaringene som kontinuitet i tid (14).

I det analyserte behandlingsforløpets andre fase oppstår fortellinger med avstand til erfaringer når pasienten og fysioterapeuten utforsket hendelser fra nåværende jobbsituasjon. Pasienten skapte meningsvariasjon fra erfaring av smertefulle og ugjennomtrengelige ryggmuskler, til erfaring av relasjonelle følelser, som sinne.

I bevegelses- og massasjeekvensene besto dialogen mellom fysioterapeut og pasient nå hovedsakelig av det som kan tolkes som fortellinger i utfoldelse. Det dreide seg om korte dialoger som ga mening til øyeblikkets erfaring av pust og bevegelse. Fysioterapeutens oppmerksomhet og sensitivitet samt felles utforskning av hva pasienten kjente/ikke kjente av berøring, bevegelse og pust var grobunn for endring i dialogene. Fortellingene fremsto som vendepunkt i de øyeblikkene pasienten og fysioterapeuten skapte erfaringer som pekte mot endringsmuligheter.

I første narrative fase i første observerte behandling kan øyeblikket når pasienten endrer og kjenner dypere pust, tolkes som betydningsfullt. Nåværende øyeblikk er trefoldige, via forbindelser til fortiden, og spesielt til framtiden (14). I eksemplet er den dypere pusten en variasjon fra tidligere øyeblikk av tilbakeholdt pust, samtidig som den peker framover og utover øyeblikket. Med Mattinglys perspektiv kan situasjonen tolkes som et narrativt drama preget av engasjement, uvisshet og spenning. Fysioterapeuten er oppmerksom på fortellingen i utfoldelse, men legger også merke til at pasienten i neste øyeblikk bremsset pusten. Pasienten følger ikke fysioterapeutens implisitte

oppfordring om igjen å slippe til pusten. Fysioterapeuten kommenterer imidlertid ikke hendelsen. Ifølge Mattingly (14) omfatter terapeutens kompetanse både å sanse fortellinger i utfoldelse og å skifte handlinger tilpasset den andres kroppslige budskap. Narrativ tilnærming innebærer klinisk resonnering (14). Når fysioterapeuten ikke kommenterer pusten, kan dette være utfra en vurdering om å overse fortellinger som hun anser ikke bidrar til bedring.

Fjerde observerte behandling i tredje narrative fase inneholder også hendelser som kan tolkes som fortellinger i utfoldelse. Pasienten erfarte kroppen som en utvidet enhet samsvarende med pustens utbredelse til bekkenregionen. Hun definerte dette som identitetsskapende. Den etterfølgende situasjonen der pasienten i stående balanse gradvis erfarte å overføre vekt fra ryggen til beina - i kontrast til erfaringen av beina som fjerne stebarn - kan også tolkes som helsefremmende drama (14,15) som peker mot økende kroppslig nærhet. Helsefremmende drama utfolder seg, når rutinerbevegelssesekvenser omdannes til betydningsfulle episoder der slutten er uvis (14). Merleau-Ponty (5) pekte på at nye vaner omdannes fra en ubestemt og meningsløs tilstand til en mer bestemt og meningsfull tilstand. Når pasienten arbeider med balansen, kan bevegelsessekvensen fremstå som rutinepreget inntil hun selv fornemmer balanse. Det er uvisshet om det endelige utfallet, inntil hun spontant kommenterer hvordan hun overfører tyngde til føttene. Mattingly (14) peker på hvordan terapeutiske øyeblikk finner sin mening mellom fortid og fremtid, der noen narrative øyeblikk har større betydning enn andre. Terapeutisk tid er slik temporalt situert på flere måter. I eksemplet initierer pasienten overgang fra rutinepreget bevegelsessekvens til bevegelse som kritisk episode med mulighet for helsefremmende erfaringer (15). Fysioterapeuten følger pasientens erfaring av beina som «stebarn», gjennom oppfordring om oppmerksom utforskning av balanse i vekt bærende stilling. Implisitt forholder hun seg aktivt til pasientens ønske om å kjenne seg mer hel. Fysioterapeuten synes slik å handle i tråd med fortellingens plot; å fornemme og fremme endringer i et indre landskap av tanker og et ytre av hendelser (13). Mattingly (14) understreker kompetente terapeuters sensitivitet med henblikk på å lese fortellinger de selv ikke initierer.

## Perspektivets betydning for praksis

Behandling skaper muligheter for tilbake-skuende fortellinger om endringer. I tredje fase forteller pasienten om gryende erfaringer av kroppslig helhet i en menings-sammenheng om å puste liv i kroppen. Ifølge pasienten medførte dette endret åpenhet overfor verden. Merleau-Ponty (5) pekte nettopp på gjensidigheten mellom kroppen, det inkarnerte subjektet og verden. Kroppen er en funksjonell enhet av sanser, kognisjon, bevegelser, emosjoner og taleuttrykk, som åpner for ulike bruksmåter. Det kroppslige subjektet har, gjennom å bevege og uttrykke seg i verden, en grunnleggende menings-givende kraft (5). Tilsvarende understreker Garro og Mattingly (13) at narrativ funksjon er å gi mening til erfaring. Hvordan fortellingene varierer over tid, tydeliggjør om behandlingen fremmer endring. I det avsluttende intervjuet fremstår den retrospektive fortellingen om pasientens enhetlige erfaring av kroppen, som gjensidig avhengig av fortellingene i utfoldelse, det vil si etterfølgende erfaringer av økende kroppslig helhet i tråd med pasientens målsetning.

Som nevnt i teoriavsnittet er det vanlig at fysioterapeuten i praksis starter med slutten av fortellingen ved å spørre om symptomer. Fortellingen som pasienten gir, er retrospektiv og karakterisert ved avstand til erfaringene. I hvilken grad åpner en slik fortelling opp for pasientens og fysioterapeutens muligheter til å utforske hvordan symptomutvikling kan være innvevet i egen livssituasjon, samt skaper muligheter for helsefremmende fortellinger?

Sacks (19) påpeker at bedring består av hendelser. Identifikasjon av narrative øyeblikk av betydning for bedring kan bringe behandleren nærmere en forståelse av pasientens personlige perspektiv (14). Jeg har vist at Mattinglys begrep om fortellinger i utfoldelse kan ha potensiale for å identifisere dette. Analysen peker også på at kombinasjon av narrativ kompetanse og klinisk resonnering er avgjørende for å identifisere potensialet i fortellinger som ikke initieres av fysioterapeuten.

## Overførbarhet

Resultatene er utviklet i psykomotorisk fysioterapi praksis til pasienter med kroniske muskulære smerter, og kan derfor først og fremst overføres til lignende kontekster. Naturalistisk generalisering innebærer muligheter for å overføre erfaringskunnskap fra

## Title: Retrospective and emergent narratives of embodied experiences

### Abstract

- **Introduction:** The article explores how narrative knowledge can facilitate change from being detached from to be in touch with the body, based on a study of long-term Norwegian psychomotor physiotherapy for patients with chronic muscular pain.
- **Main part:** Mattingly's concept «emergent narrative» was applied to identify how ongoing treatment situations can emerge as potential moments of change. «Emergent narratives» indicate knowledge of the process of becoming in touch with the body. Retrospective narratives seemed to grasp experiences that indicated if/how development of symptoms was interwoven in daily life activities, as well as experiences of change of movements and breath over time.
- **Conclusion:** The study indicated that emergent narratives point to potential moments of change and seem to be a useful supplement in physiotherapy.
- **Key words:** narratives, experiences, change.

spesifikke case til ny kontekst (20). Yin (16) peker på analytisk generalisering når empiriske resultater diskuteres i henhold til tidligere utviklet teori. Diskusjon av resultatene i lys av narrative perspektiv kan skape nye ideer til bruk i fysioterapi.

## Avslutning

Narrative perspektiver, som her omfatter fortellinger i utfoldelse i handlende øyeblikk og retrospektive fortellinger, kan være nyttige redskaper i fysioterapi. Med utgangspunkt i pasientens bevegelser, pust og smertefulle erfaringer kan perspektivene bidra til å rette oppmerksomhet mot situasjoner med potensiale for endringer. Det implisitte kravet om aktiv tilstedeværelse og deltakelse av både fysioterapeuten og pasienten i det handlende øyeblikket kan være utfordrende.

### Referanser

1. Grimen H. Profesjon og kunnskap. I: Molander A, Terum LI. red. Professionsstudier. Oslo: Universitetsforlaget, 2008: 71-85.
2. Øien AM. Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain. Doctoral Thesis. Bergen: University of Bergen, 2010.
3. Fadnes B, Leira K, Brodal P. Læringsnøkkelen. Om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring. Oslo: Universitetsforlaget, 2010: 25-41, 130-137.
4. Brodal P. Sentralnervesystemet. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
5. Merleau-Ponty M. Phenomenology of Perception. London: Routledge, 2004.
6. Dragesund T, Råheim M. Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness. Physiother Theory Pract 2008; 24(4): 243-254.
7. Øien AM, Råheim M, Iversen S, Steihaug S. Self-perception as embodied knowledge -- changing processes for patients with chronic pain. Adv Physiother 2009; 11(3): 121-129.
8. Øien AM, Iversen S, Stensland P. Narratives of embodied experiences - Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. Adv Physiother 2007; 9(1): 31-39.

9. Øien AM. Developing new stories about oneself. In: Ekerholt K. ed. Aspects of psychiatric and psychosomatic physiotherapy. Oslo: University College, HiO-report, 2010: 3.
10. Sviland R, Råheim M, Martinsen K. Touched in sensation - moved by respiration. Embodied narrative identity - a treatment process. Scand J Caring Sci 2012; doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x.
11. Mattingly C, Fleming MH, Gilette N. Narrative Explorations in the Tacit Dimensions: Bringing Language to Clinical Practice. Nordiske Udcast 1997; 1: 65-77.
12. Mattingly, C. In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice. Medical Anthropology Quarterly 1998; 12(3): 273-297.
13. Garro LC, Mattingly C. Narrative as Construct and Construction. In: Mattingly C, Garro LC, eds. Narrative and the cultural construction of illness and healing. Berkeley: University of California Press, 2000: 1-49.
14. Mattingly C. Emergent narratives. In: Mattingly C, Garro LC, eds. Narrative and the cultural construction of illness and healing. Berkeley: University of California Press, 2000: 181-211.
15. Mattingly C. Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience. Cambridge: University Press, 1998.
16. Yin RK. Case Study Research. Design and Methods. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003.
17. Schibbye AL L. Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
18. Riessman CK. Narrative Analysis: Qualitative research methods, Volume 30. Newbury Park: Sage Publications, 1993.
19. Sacks O. A leg to stand on. New York: Summit Books, 1984.
20. Stake RE. Qualitative Case Studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. The Sage Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005: 443-66.



## Aerobic treadmill training effectively enhances cardiovascular fitness and gait function for older persons with chronic stroke

### Synopsis

Summary of: Globas C et al (2012) Chronic stroke survivors benefit from high-intensity aerobic treadmill exercise: a randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair* 26: 85–95. [Prepared by Marco YC Pang, CAP Editor.]

**Question:** Does high-intensity aerobic treadmill exercise improve cardiovascular fitness and gait function in people with chronic stroke?

**Design:** Randomised, controlled trial.

**Setting:** An outpatient rehabilitation centre in Germany.

**Participants:** Individuals with chronic stroke > 60 years of age with residual gait impairment, and ability to walk on the treadmill at  $\geq 0.3$  km/h for three minutes were eligible. Serious cardiovascular conditions (eg, angina pectoris, heart failure, valvular dysfunction, peripheral arterial occlusive disease), dementia, aphasia, and major depression were exclusion criteria. Randomisation of 38 participants allocated 20 to the intervention

group and 18 to the usual care group.

**Interventions:** The intervention group underwent treadmill training (three times/week) for three months. The program was intended to achieve 30–50 minutes of treadmill training at 60–80% of the maximum heart rate reserve as determined by a maximum effort exercise test. The training was supervised by a physician and/or physiotherapist. The usual care group received conventional care physiotherapy for one hour 1–3 times a week without any aerobic training.

**Outcome measures:** The primary outcomes were peak oxygen consumption rate and the six-minute walk test. Secondary outcome measures were self-selected and maximum walking speeds as measured in the 10-m walk test, Berg balance score, five-Chair-Rise test, Rivermead Mobility Index, and Medical Outcomes Study Short-Form 12 (SF-12). The outcomes were measured at baseline, immediately after completion of training, and at 12 months.

**Results:** 36 participants completed the

study. After the three-month training period, the change in peak oxygen consumption rate was significantly more in the treatment group, by 6.3 mL/kg/min (95% CI 5.7 to 6.9). The change in distance achieved in the six-minute walk test was also significantly more in the treatment group by 53 metres (95% CI 32 to 75). Among the secondary outcomes, maximum walking speed (by 0.14 m/s, 95% CI 0.08 to 0.20), Berg balance score (by 2.6 points, 95% CI 0.5 to 4.7), and SF-12 Mental score (by 4.0 points, 95% CI 3.4 to 4.6) improved significantly more in the treadmill training group than the usual care group after the treatment period. The groups did not differ significantly on the remaining secondary outcomes. It was reported that compared to baseline peak oxygen consumption rate and six-minute walk test distance were significantly improved at 12 months. **Conclusion:** A high-intensity treadmill training program improves cardiovascular fitness and gait in older adults with chronic stroke. [95% CIs calculated by the CAP Editor.]

### Commentary

Evidence is accumulating of the profound benefits conferred by aerobic training on cardiovascular function, mobility, brain health, and overall quality of life after stroke. However, when subjected to the rigors of systematic review, available data have failed to demonstrate superiority of such training over traditional therapies in optimising recovery post-stroke (Moseley et al 2005). The trial by Globas and colleagues contributes in important ways to elucidating the role fitness training plays in improving cardiovascular function and mobility after stroke. Level 2 evidence (ie, randomised controlled trial with < 100 subjects) is provided regarding the safety and effectiveness of a moderately intense training protocol for older individuals in the chronic post-stroke period (subjects were 5–10 years older than those in most previous trials). Considering the average age of stroke rehabilitation participants is > 70 years, use of a representative cohort speaks to the relevance of the study. Mean gain in exercise capacity of the training group (5.5 mL/kg/min or 1.6 metabolic equivalents, METS) is clinically meaningful – 1 MET improvement is associated with significantly fewer adverse events in people with coronary artery disease (Hambrecht et al 2004) and 12% increase in survival of men with cardiac disease (Myers et al 2002). Clinically meaningful change was also achieved in the six minute walk (ie, 49 m), but not comfortable walking speed (0.14 m/s) (Perera et al 2006) and Berg Balance Scale (5.8 points) (Stevenson 2001). The significant training-induced improvement in

the SF-12 mental subscore is of interest, particularly given the recent links drawn between brain health and cardiovascular conditioning after stroke (Quaney et al 2009). That benefits were largely sustained at 12-month follow-up is encouraging. Use of a crossover design helped deal with the lack of dose equivalency in the intervention protocols (39 versus ~24 sessions in training and usual care groups, respectively) but unequal exposure precludes drawing conclusions about the ‘relative’ effectiveness of treadmill training. The troubling statement ‘current conventional care for chronic stroke survivors in Germany does not lead to improvements over 3 months’ is counter to findings reported elsewhere (Duncan et al 2003) and warrants further attention. We are reaching the stage where large multi-centred trials of aerobic training after stroke are necessary to answer definitively the central question of what attributes define ‘responders’ to this intervention.

### Marilyn MacKay-Lyons

School of Physiotherapy, Dalhousie University, Canada

### References

- Duncan P et al (2003) *Stroke* 34: 2173–2180.
- Hambrecht R et al (2004) *Circulation* 109: 1371–1378.
- Moseley AM et al (2005) *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 4. Art. No: CD002840.
- Myers J et al (2002) *New Engl J Med* 346: 793–801.
- Perera S et al (2006) *J Am Geriatr Soc* 54: 743–749.
- Quaney B et al (2009) *Neurorehabil Neural Repair* 23: 879–885.
- Stevenson TJ (2001) *Aust J Physiother* 47: 29–38.

# Placebo – mer enn kvakksalveri og innbilt virkning



**Anne Marit Mengshoel**

Professor/dr.philos/  
fysioterapeut.  
Avdeling for helse-  
fag, Institutt for  
Helse og Samfunn,  
Medisinsk Fakultet,  
Universitetet i Oslo.

Epost: a.m.mengshoel@medisin.uio.no.

Denne **fagkronikken** ble akseptert  
16.1.13.  
Fagkronikker vurderes av fagredaktør.

## Innledning

I den offentlige debatten dukker stadig placebo opp som tematikk. Ordskiftene kjennetegnes gjerne av høy temperatur og polariserte synspunkt. Et eksempel var debattene rundt utgivelsen av Kolloens bok «Kraften som helbreder». Boka handler om Toralf Gjerstad, også kalt Snåsamannen, og hans gjerning for å hjelpe eller behandle syke folk. Et sentralt poeng i debatten ble hvorvidt Gjerstad har helbredende evner eller om det han driver med er humbug og placebobehandling.

Sist høst blusset debatten om placebo opp igjen – denne gang i forbindelse med NRKs program «Folkeopplysningen». Programleder og fysiker Andreas Wahl stilte seg kritisk til innhold og effekt av alternative behandlingsmetoder, eksempelvis homeopati og healing. Terapeutene hevdet at effekten av behandlingsmetodene skyldes ulike former for energier eller krefter. Wahl kunne imidlertid ikke identifisere noen energier og krefter, og han stilte spørsmål om pasienters positive erfaringer skyldes placeboeffekt. I

et innlegg på Aftenpostens nettsider 4. oktober 2012 beskyldte en lege Wahl for å drive «ondskapsfull harselas» med alternative behandlere. Legen mente at også leger driver med placebobehandling, for eksempel ved å foreskrive antibiotika ved øvre luftveisinfeksjoner til tross for at det er dokumentert at antibiotika ikke virker på virusinfeksjoner. Videre hevdet han at dersom folk kan bli bedre av en god samtale, kan det være å fortrekke framfor å foreskrive dokumentert effektive medisiner. Placebobehandling kan altså være en samtale som kan erstatte virksomme medisiner og en ikke-virksom medisin, samtidig kan også placebo være selve den positive endringen, dvs. effekt. En annen lege støttet sin kollega på de samme nettsidene. Han mente at Wahl gikk i den fella at han forstår verden ut fra naturvitenskapelig ståsted og anerkjenner kun forståelser utviklet innen dette perspektivet. Til syvende og sist tyder dette på at det handler om hvordan vi forstår verden, og hva vi anser for å være gyldig kunnskap.

Hensikten med dette innlegget er å belyse hvordan placebo kan forstås og etterpå diskutere hvilke betydninger dette kan ha for klinisk praksis innen fysioterapi.

## Syn på placebo gjennom tidene

Begrepet placebo er utledet av det latinske verbet placere som betyr å behage og ble først brukt innen teologien i Salmenes bok (1). På 1700-tallet kom placebo inn i medisinen som en anerkjent og viktig del av legekunsten, mens utover på 1800-tallet ble placebobegrepet knyttet til tabletter som ble brukt mer i den hensikt å gjøre pasienten til lags enn at medikamentene var tenkt å ha effekt (2). På 1900-tallet fikk naturvitenskap etter hvert et sterkt fotfeste innen medisin, og synet på placebo endret seg fra å være

noe ønskelig og tilsiktet i klinisk virksomhet til å være forstyrrende støy i forskningssammenheng (1). Dermed ble placebo knyttet til negative konnotasjoner som narremedisin og uspesifikke effekter i betydning psykologiske.

## Placebobehandling og placebokontrollerte forsøk

På 1930-tallet kom de første randomiserte, blindede og placebokontrollerte studiene (1). Hensikten med denne type studier både var og er at man ved hjelp av placebokontrollerte forsøk undersøker om en antatt virksom behandling har effekt ut over placeboeffekt (3). Placebobehandling er en behandling som skal være lik den som er tenkt å ha effekt (eksperimentell behandling) med unntak av at den ikke inneholder de stoffer eller egenskaper som tenkes skal ha effekt. For eksempel ser tablettene like ut, men i det eksperimentelle medikamentet finnes virksomme stoff, mens placebomedikamentet gjerne inneholder melkesukker. Differansen i effekt mellom eksperimentell- og placebo-behandling forstås dermed som den reelle effekt av eksperimentell behandling.

Placebokontrollerte forsøk og tenkning om normalisering av sykdom har ført til store fremskritt innen skolemedisin. Blant annet er det utviklet gode målrettede medikamenter for mange typer sykdommer. Samtidig kan man glede seg over at kunnskap fra placebokontrollerte studier har ført til at man har sluttet med behandlingsmetoder som har vist seg å være uvirksomme eller til og med skadelige. Imidlertid kan ikke effekt av alle typer intervensjoner studeres ved å sammenligne med placebobehandling. For eksempel vil en «narresamtale» som kontroll for samtaleterapi kunne være skadelig og etisk betenkelig å utsette folk for.



Placeboeffekt forklares ut fra forventning og læring, og kunnskap om dette kan ha klinisk relevans.



**HAR BETYDNING** Fargede tabletter har vist seg å ha bedre effekt enn hvite, og store tabletter større effekt enn små.

En annen utfordring er at verken pasient eller terapeut skal vite om pasient får placebo-behandling eller ikke (dobbelblindede forsøk). Innen fysioterapiforskning har det vist seg at både pasient og terapeut kan avsløre om det gis for eksempel placebo-ultralud (4).

### «The Powerful Placebo»

På midten av 1950-tallet skrev Beecher (2) en artikkel som han kalte «The powerful placebo». Her gjennomgår Beecher en rekke placebokontrollerte studier hvor hensikten var å studere effekt av ulike typer medikamenter. Han fant også en betydelig effekt hos ca. 30-35 % av pasientene som hadde fått placebo-behandling, også bivirkninger. På bakgrunn av dette konkluderte Beecher med at: «a placebo is something which is intended to act through a psychological mechanism. It is an aid to therapeutic suggestion, but the effect which it produces may either be psychological or physical». Han tydeliggjorde dermed at placebo-behandling kan forstås som en psykologisk intervensjon, men at slik intervensjon også kan ha biologiske effekter. På denne måten stilte han spørsmål ved den gjengse oppfatning innen medisin på den tiden om at man

kunne skille mellom psyke og soma. Senere studier har også understøttet Beecher's postulat. For eksempel har placebo-behandling vist seg å kunne redusere C-reaktivt protein ved inflammasjonsprosesser, redusere antall epileptiske anfall og minske stivhet ved Parkinson sykdom (1). Dette innebærer at pasienter selv også kan forsterke eller redusere virkningen av en virksom behandling gjennom psykologiske prosesser (5). Dette er verken innbilning, usant eller terapeutisk bedrag, men høyst reelt og forklarlig (6). Denne erkjennelsen har ført til at man er blitt opptatt av å studere hvordan psyke og soma samvirker, eksempelvis innen psyko-neuroimmunologisk forskning (7).

### Placeboeffekt og forklaringer

Placeboeffekt kan sies å være resultat av komplekse psykofysiologiske prosesser (5). Selv om man ikke helt kan forklare placeboeffekt, har flere forfattere hevdet at det er grunnlag for å anta at når det gjelder biologi, er både sentralnervesystemet, endokrine og immunologiske systemer involvert (1, 8, 9). Når det gjelder smertemodulering, har især betydning av de endogene mekanismene i sentralnervesystemet blitt studert (10). For eksempel har man kunnet vise at en smerte-

reduksjon forårsaket av placebo-behandling kan oppheves dersom en injiserer endorfinantagonisten naloxon (9). Fremming av placeboeffekt er gjerne knyttet til psykologiske forklaringsmodeller; nemlig læring ved betinging og forventninger (11). Disse to forklaringsmodellene er ikke adskilte, men snarere overlappende.

Læring ved betinging innebærer at man lærer gjennom å assosiere. Forsøk med dyr og med mennesker har vist at læring ved betinging kan bidra til å forklare placeboeffekt. I en studie fikk katter et elektrisk støt på halen idet de gikk inn i et bur. Så fikk de TENS stimulering som reduserte smerteadferd samtidig som de hørte en lyd (samme prinsipp som i Pavlov's forsøk på 1920-tallet). Etter noen gjentakelser ble TENS-stimuleringen fjernet, men reduksjon av smerteadferden vedvarte likevel. Etter enda flere repetisjoner ble også lyden fjernet, og reduksjon i smerteadferd vedvarte (12). Tilsvarende har man vist at mennesker har fått smertelindrende effekt av en krem uten effektive virkestoffer (13).

Forventning til behandlingseffekt kan utvikles gjennom læring og tidligere erfaringer, men kan også utvikles her og nå for eksempel gjennom informasjon. Det har blant annet vist seg at farger og størrelse på tabletter kan ha betydning ved at fargede tabletter har vist seg å ha bedre effekt enn hvite, og store tabletter større effekt enn små (14). Et eksempel på at informasjon som skaper forventninger har betydning, er en norsk studie hvor paracetamol viste seg å ha mer smertedempende effekt på postpartum smerte enn naproxen. Da forskerne senere undersøkte forskjell i effekt mellom paracetamol og placebo-behandling, fant de at smertereduserende effekt av paracetamol var betydelig mindre denne gangen sammenlignet med i det første forsøket (15). Denne forskjellen ble forklart ved at i den første studien fikk deltagerne informasjon om at de kunne få to ulike former for smertestillende medikamenter, mens i det andre forsøket fikk deltagerne vite at de enten kunne få et virksomt eller ikke-virksomt medikament. Med andre ord ble det trolig forventet i det første forsøket at man fikk smertelindring uansett,



mens det kunne man være mer spørrende til i det neste forsøket.

Dette har også vist seg å gjelde ikke-medikamentelle behandlinger. I en studie ble collegestudenter invitert til å delta i et treningsopplegg for å bedre psykologisk velvære. Deltagerne ble randomisert til en gruppe som ble fortalt at trening bedret psykologisk velvære kun før treningsperioden startet, mens den andre gruppen fikk samme informasjon flere ganger i løpet av treningsperioden. Den sistnevnte gruppe skåret best på psykologisk velvære etter treningsperioden (16). Andre studier har vist at for eksempel relasjon mellom terapeut og pasient, atmosfære rundt terapien og ritualer som teknologiske undersøkelser kan ha innvirkning på behandlingseffekt og sågar forklare hele behandlingseffekten (11).

## Diskusjon

Man hører ofte i debatter at placebobegrepet noen ganger kan brukes i betydning behandling og andre ganger i betydning effekt. Dette kan være forvirrende og skape nødvendige misforståelser. Det er en vesentlig forskjell dersom en omtaler en uforståelig behandling i negative ordelag eller om en avfeier en pasients positive erfaring om bedring som innbilning. Jeg vil ikke på noen måte underkjenne at folk kan bli bedre og sågar kurert etter å ha gått til behandling. Men at noen er blitt bra, kan ikke uten videre tas til inntekt for at en behandlingsmetode har effekt.

Innen naturvitenskap er man opptatt av å utvikle kunnskap om lovmessigheter, for eksempel sammenheng mellom årsak og virkning. Man tenker seg at det er mulig å skille årsak (i denne sammenheng behandling) fra virkning (behandlingseffekt) og at det er mulig å isolere en årsak fra andre potensielle årsaker (for eksempel naturlig tilhelling, oppmerksomhet, læring). Det er dette placebokontrollerte forsøk hjelper en med. Placebobegrepet mener jeg hører hjemme innen forskning knyttet til effektstudier og forskningsdesign. Jeg vil ta til motmæle mot at placebobegrepet er et begrep som egner seg i klinisk bruk. For det første har vi andre begrep vi kan bruke, og for det andre er placebobegrepet så negativt ladet at det kan føre til at man reduserer betydning av viktige elementer i kliniske terapeutiske situasjoner.

Dersom en holder fast i at pasienters forventninger og betinget læring har betydning

for resultater av fysioterapi i klinisk praksis, vil det være viktig at fysioterapeuter forstår betydningen av det og tar tak i det. For eksempel kan det være viktig å få vite noe om pasienters tidligere erfaringer med fysioterapi for å danne seg et bilde om tidligere erfaringers betydning for aktuelle behandlingsperiode. Kanskje må en gjøre en aktiv innsats for å snu pasienters negative forventninger ved å se og påpeke små endringer underveis i løpet. Da helsearbeideres oppmerksomhet og berøring også hevdes å ha positive innvirkninger, hevder Stack (17) at fysioterapi må være den ultimate form for placebo; noe hun mener er positivt.

Innen psykologi er forventning knyttet til ulike teoretiske begrep. Ifølge teori om «health locus of control» vil personer som har overveiende intern kontroll mene at de selv kan gjøre en forskjell på sin helsetilstand, mens de med ekstern form for kontroll tror at bedring er avhengig av andre og i stor grad utenfor deres kontroll (18). Dette innebærer at pasienters grunnleggende måte å tenke på, kan ha betydning for hvorvidt en pasient vil følge opp behandling, for eksempel gjøre hjemmeøvelser på egen hånd (19). Forventning er også noe en kan påvirke som fysioterapeut. «Self-efficacy» eller tro på egen mestringsevne er et begrep som er utviklet med utgangspunkt i sosialkognitiv teori (20). Jo sterkere tro en pasient har på at en selv kan mestre ulike situasjoner, dess bedre helse og mer fornøyd er han/hun. Dette er relevant kunnskap for fysioterapeuter, da mye av fysioterapien innebærer å informere og lære folk hvordan de skal håndtere ulike hverdags situasjoner. Således kan en si at læringstiltak i fysioterapi kan være direkte rettet mot å påvirke pasienters forventning, som igjen kan ha betydning for utbytte av behandling (19, 21).

Man kan også anta at positive forventninger fremmes der det er en god og tillitsfull relasjon mellom pasient og fysioterapeut, og når behandlingen finner sted i en god og trygg atmosfære (22). Alt i alt synes jeg at placeboforskning på en tydelig måte viser oss at fysioterapeuter ikke kun kan forstå en kropp og behandle den som et biologisk system, men også innse at vi er og sanser verden gjennom en kropp (23). For meg innebærer det at placeboforskningen kan leses som å understøtte at mennesket har iboende krefter og ressurser som fysioterapeuter bør spille på lag med.

Oppsummeringsvis kan en si at placebo-

begrepet brukes i flere betydninger, men er mest entydig brukt innen kvantitativ forskning. Forskning hvor man har undersøkt hva som fremmer placeboeffekt, er relevant for klinisk praksis i fysioterapi, da studiene indikerer at god klinisk fysioterapi kan sies å handle om mer enn effektive behandlingsmetoder.

## Referanser

1. Hróbjartsson A. Placeboeffekten i lægevitenskap og klinikk. In: Andersen L, Claësson M, Hróbjartsson A, Sørensen A. Placebo. Historie, biologi og effekt. Danmark: Akademisk Forlag; 1997; 11-67.
2. Beecher HK. The powerful placebo. JAMA 1955; 159: 1602-1606.
3. Cleophas TJM, Van der Meulen J, Kalmansohn RB. Phase III trials: specific problems associated with the use of a placebo control group. Intern J Clin Pharm Ther 1997; 35:47-50.
4. Deyo RA, Walsh NE, Schoenfeld LS, Ramamurthy S. Can trials of physical treatments be blinded? Am J Phys Med Rehabil 1990; 69:6-11.
5. Barrett B, Muller D, Rakel D, Rabago D, Marchand L, Scheder J. Placebo, meaning, and health. Perspectives Biol Medicine 2006; 49:178-198.
6. Ekeland TJ. Placebofenomenet - hvordan kan det forstås? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:3017-3020.
7. Claësson MH, Sørensen AN. Psykoneuroimmunologi. I: Andersen LO, Claësson MH, Hróbjartsson A, Sørensen AN. Placebo. Historie, biologi og effekt. Danmark: Akademisk Forlag; 1997; 121-172.
8. Straus JL. Placebo effects. Issues for clinical practice in psychiatry and medicine. Psychosom 1996; 37: 315-326.
9. Turner JA, Deyo RA, Loeser JD, Von Korff M, Fordyce WE. The importance of placebo effects in pain treatment and research. JAMA 1994; 271: 1609-1614.
10. Sher L. The placebo effect on mood and behavior: the role of the endogenous opioid system. Med Hypothesis 1997;48: 347-349.
11. Koshi EB, Short CA. Placebo theory and its implications for research and clinical practice: A review of the recent literature. Pain Practice 2007; 7:4-20.
12. Montgomery GH, Kirsch I. Classical conditioning and the placebo effect. Pain 1997;72:107-113.
13. Voudouris NJ, Peck CL, Coleman G. The role of conditioning and verbal expectancy in the placebo response. Pain 1990;43: 121-128.
14. Buckalew LW, Coffield KE. An investigation of drug expectancy as a function of capsule colour, size and preparation form. J Clin Psychopharm 1982; 2:245-248.
15. Skovlund E. Should we tell trial patients that they might receive placebo? Lancet 1991; 337:1041.
16. Desharnais R, Jobin J, Côté C, Lévesque L, Godin G. Aerobic exercise and the placebo effect: A controlled study. Psychosom Med 1993;55:149-154.
17. Stack E. Editorial - Physiotherapy: the ultimate placebo. Physiother Res Internat 2006; 11:127-128.
18. Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the Health Locus of Control (HL-C) Scale. J Consult Clin Psychol 1976;44:580-585.
19. Barron CJ, Klaber Moffett JA, Potter M. Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. Physiother Theory Pract 2007; 23:37-46.
20. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Review 1977;84:191-215.
21. Mengshoel AM. Physiotherapy and the placebo effect. Phys Ther Rev 2000;5:161-165.
22. Carlino E, Pollo A, Benedetti F. The placebo in practice: how to use it in clinical routine. Curr Opin Support Palliat Care 2012; 6:220-225.
23. Nicholls DA, Gibson BE. The body and physiotherapy. Physiother Theory Pract 2010; 26:497-509.

# Doktorgrad: Sentrale prosesser for å leve et bedre liv tross langvarige helseproblemer

**Karen Therese Sulheim Haugstvedt**, fysioterapeut og Ph.D., Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin. Veiledere: Sidsel Graff-Iversen, Prof; Ulrika Hallberg Asklund, Assoc Prof; Ida Rashida Khan Bukholm, Prof.

Disputas fant sted 11. desember 2012 ved UiO. Arbeidet har mottatt støtte fra NHO og Extrastiftelsen Helse og rehabilitering.

Avhandlingens tittel: «From helplessness between «either – or» to confidence in «both – and» – Experiences of self-understanding among people living with long-lasting health problems».

Som fysioterapeut gjennom mange år har jeg fått møte mange engasjerende barn og deres familier. Tidlig ble jeg opptatt av foreldrenes rolle og betydningen av deres ulike måter å ta situasjonen på, og dermed deres muligheter og begrensninger. Foreldrene beskrev situasjonen som vond og slitsom, så «annerledes». Samtidig oppdaget de små gleder og hva som virkelig betydde noe. Var det mulig å bidra til en god måte å ta situasjonen på? Hvordan kunne de bli bedre kjent med seg selv og utnytte egne ressurser best mulig? Disse nære møtene sammen med kunnskap om helse og «personal construct theory», konfluent pedagogikk og den fenomenologiske kroppen ble grunnlag for min forståelse og utvikling av veiledningsprogram. Her var det deltakernes oppdagelser, ressurser og utvikling som sto i sentrum. Hvilke forhold kunne bidra til å styrke pasienters og pårørendes evne til å leve med langvarige helseproblemer, utfordringer som stadig flere opplever i dagens helsesituasjon?

Gjennom tre prosjekter med veiledningsgrupper for langtidssykmeldte (artikkel I), foreldre til barn med overvekt (artikkel II) og foreldre til barn med funksjonshemming (artikkel III), beskrev deltakerne sine forandringsprosesser og hva som påvirket disse

prosessene. Målet med forskningsarbeidet var å utvikle kunnskap om hvordan deltakerne erfarte egne prosesser mot det å leve et bedre liv. Ut fra problemstillingen brukte vi modifisert Grounded Theory som kvalitativt forskningsdesign og metode. Datainnsamlingen skjedde gjennom fokusgruppeintervjuer med deltakerne, gjennomført før (II) og etter (I og III) veiledningsprogrammet.

Deltakerne beskrev en utvikling fra å være hjelpeløs og ambivalent til å gjøre nye oppdagelser om seg selv og utvikle en bedre selvforståelse. I utgangspunktet følte de seg usikre på leting etter en løsning. De fant ikke ut hva som var best og ble fastlåst i ambivalens mellom «enten – eller»; var de syke eller kunne de gå på jobb; skulle de godta barnet med overvekt eller sette grenser; kunne de sørge over det friske barnet de ikke fikk eller nyte gleden over barnet de hadde?

To tema framsto som sentrale for bedre selvforståelse: å ta det som er viktig for seg selv på alvor, og orke å erkjenne egne følelser, tanker og reaksjoner. Ny oppdagelse og dypere erkjennelse ble stimulert av kontakt i trygge og anerkjennende gruppeprosesser, med frihet til å være aktiv og seg selv. Prosessene ble også fremmet ved at deltakerne fikk være på en nøytral arena, ha noe av de samme erfaringene som de andre og ikke minst: bli utfordret. De «hadde skoen på» og kjente «hvor den trykket», men visste ofte ikke hva de trengte. Når de reflekterte over konsekvensene av nye oppdagelser, bedret de sin selvforståelse og revurderte egne behov. Dermed oppdaget de nye muligheter og fant egne løsninger for å mestre hverdagen bedre.

Når deltakerne prøvde ut selvvalgte forandringer i hverdagen ut fra hva som var viktig for dem, ble de overrasket over nye ressurser, glede og selvspekt. De fikk også økt respekt fra andre når de respekterte seg selv. Gjennom å gå inn i de sterke følelsene

## Har du nylig avlagt doktorgrad?

■ Fysioterapeuten publiserer norske sammendrag av doktorgrader. Vi vil gjerne ha sammendragene sendt til fagredaktør; fagredaktor@fysio.no. Maksimal lengde er 3.000 tegn uten mellomrom.

sine, oppdaget de også hvordan følelsene hang sammen med egne tanker og reaksjoner. Ved å kjenne seg selv bedre kunne deltakerne også ta bedre vare på seg selv. De fikk gode erfaringer med å gjøre små forandringer, og også store forandringer ble mulige å gjennomføre, fordi de var verdiforankret. Forandringene ble varige fordi de i tillegg tok hensyn til egne følelser og ressurser. Virkeligheten ble et samtidig «både – og», idet deltakerne kunne være både sårbare og sterke. Resultatene gir aktuell kunnskap for å kunne utvikle tiltak som fremmer sårbare menneskers helse og verdighet.

### Artikler:

1. Haugstvedt, K. T. S., Hallberg, U., Graff-Iversen, S., Sorensen, M., & Haugli, L. (2011). Increased self-awareness in the process of returning to work. *Scand J Caring Sci*, 25(4), 762-770.
2. Haugstvedt, K. T. S., Graff-Iversen, S., Bechensteen, B., & Hallberg, U. (2011). Parenting an overweight or obese child: a process of ambivalence. *J Child Health Care*, 15(1), 71-80.
3. Haugstvedt, K. T. S., Graff-Iversen, S., Bukholm, I. R. K., Haugli, L., & Hallberg, U. (2012). Processes of enhanced self-understanding during a counselling programme for parents of children with disabilities. *Scand J Caring Sci*. In print. Accepted April 15, 2012.

# Startskudd for ny fagprosedyre

**Anne Christie**, Nasjonalt kompetansesenter for revmatologisk rehabilitering – NKRR.

**EN GRUPPE** fysioterapeuter fra sentrale revmatologiske miljøer arbeider i disse dager med å utvikle en kunnskapsbasert fagprosedyre om trening ved polymyositt og dermatomyositt. Hensikten med prosedyren er å gi evidensbaserte anbefalinger for muskulær og aerob trening av pasienter med disse sykdommene. Prosedyren skal gjelde for voksne pasienter og kunne benyttes ved sykehusinnleggelse, i kommunal og privat praksis samt i hjemmebasert trening.

Polymyositt og dermatomyositt er sjeldne sykdommer. Sykdommene er karakterisert ved proksimal muskelsvakhet og redusert muskulær utholdenhet. Til tross for at de fleste pasienter har positiv effekt av medikamentell behandling, utvikler mange varig muskelsvakhet og aktivitetsbegrensning. Vanskeligheter med å reise seg, gå i trapper og løfte armene over hodet er eksempler på dette. All tverrstripet muskulatur kan affiseres, og pasientene kan derfor også få problemer med svelging, tygging og respirasjon. Muskelsmerter og atrofi kan også forekomme.

Tidligere ble personer med dermatomyositt og polymyositt anbefalt å ikke trene da man trodde dette kunne øke muskelinflammasjonen, og derved forverre sykdomstilstanden. Nyere forskning viser at trening ikke påvirker sykdommen negativt. I tillegg til å forbedre muskelfunksjon og generell

utholdenhet, kan regelmessig fysisk aktivitet beskytte mot hjerte- og karsykdommer, samt forsinke kortisonrelatert osteoporoseutvikling.

Personer med disse to typene myositt kan ha ulik grad av muskelsvakhet (fra sengeliggende til lettere redusert funksjon). Treningsinnhold og treningsintensitet må derfor tilpasses den enkelte pasients sykdomsaktivitet og fysiske kapasitet. Fordi dermatomyositt og polymyositt er sjeldne sykdommer, får fysioterapeuter liten eller ingen erfaring med disse pasientgruppene. Det er derfor behov for en fagprosedyre som kan veilede fysioterapeuter i tilpassing av trening for personer med dermatomyositt og polymyositt.

Ferdig fagprosedyre vil bli publisert på Helsebibliotekets nettsider ([www.fagprosedyrer.no](http://www.fagprosedyrer.no)). Sammen med fagprosedyren publiseres metoderapport som dokumenterer og beskriver hvordan metodekravene er tilfredsstillende, søkehistorikk samt samleskjema og styrkeskjema for inkluderte artikler. Dette sikrer at utarbeidelsen av fagprosedyren blir dokumentert, og derved kan etterprøves. Publisering på Helsebibliotekets nettsider muliggjør at andre helseforetak kan ta fagprosedyren i bruk i eget foretak. Fagprosedyren vil også bli lagt ut på nettsidene til Nasjonalt Kompetansesenter for Revmatologisk Rehabilitering (NKRR). Publisering på Helsebibliotekets nettsider og NKRRs nettsider er søkbare f.eks. via Google.

Fond til etter- og videreutdanning av fy-

sioterapeuter har gitt midler til arbeidet med utvikling av fagprosedyren. I januar hadde gruppen et arbeidsmøte på Gardermoen for å vurdere og sammenstille litteratur, samt planlegge sammenskrivning av fagprosedyren. Det planlegges et nytt møte for å ferdigstille fagprosedyren.

Prosjektgruppen har medlemmer fra sentrale revmatologiske avdelinger og fra Nasjonalt kompetansesenter for revmatologisk rehabilitering – NKRR.

- Kirsten Jemtland Enger, fysioterapeut, St. Olavs Hospital HF
- Hilde Flaatten, bibliotekar, Diakonhjemmet sykehus
- Nina Jørgensen, bibliotekar, Diakonhjemmet sykehus
- Marianne Skattør, fysioterapeut, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- Britt-Elin Birkeland, fysioterapeut, Helse Bergen HF
- Aarid Liland Olsen, fysioterapeut, Helse Bergen HF
- Ragnhild Walle-Hansen, fysioterapeut, Oslo Universitetssykehus HF
- Anne Christie, Nasjonalt kompetansesenter for revmatologisk rehabilitering – NKRR

## 3-DELT «CLASSIC» BEHANDLINGSBENK

Med sin klassiske utforming, sentrallåsbare hjul og solide rammeverk

er benken stabil og enkel å forflytte. Den kan tilpasses en hvilken som helst terapeutisk behandling. Behandlingsbenken kan leveres med elektrisk løft, drenasjefunksjon og armsupport.



Norskprodusert og markedsledende  
i mer enn 30 år

[www.steens-physical.no](http://www.steens-physical.no)

Veiledende pris 15.940,- + mva



**Steens Physical**



# Kognitiv atferdsterapi kan hjelpe mot kroniske smerter og sykefravær

En ny kunnskapsoppsummering bekrefter at kognitiv atferdsterapi hjelper mennesker med kroniske smertetilstander. Samtidig viser en ny norsk doktorgradsavhandling at kognitiv atferdsterapi kan redusere sykefraværet.

**TEKST** John Henry Strupstad  
js@fysio.no

**FORFATTERNE** av en nylig oppdatert Cochrane-oppsummering (1) har sett på effekten av psykologiske tilnærminger på en rekke utfallsmål for kroniske smertepasienter; deriblant humør, uførhet, katastrofetanker og smerter/funksjon.

## Oppdatert kunnskap

Denne kunnskapsoppsummeringen hadde som mål å oppdatere en tidligere Cochrane-oppsummering (2009): Effekten av psykologiske tilnærminger for voksne med kroniske smertetilstander (med unntak av hodepine). Intervensjonene ble sammenlignet med «treatment as usual», ventelistekontroller og aktive placebokontroller på utfallsmålene smerte, funksjon, humør og katastrofetanker.

Forfatterne søkte etter randomiserte kontrollerte forsøk av psykologiske intervensjoner i CENTRAL, MEDLINE, EMBASE og Psychlit frem til september 2011. Artikler fra tilhørende referanselister og fra diskusjonsgrupper ble også lagt til i denne undersøkelsen. Kun fullstendige publikasjoner der en psykologisk tilnærming ble sammenlignet med enten en annen intervensjon, ventelistekontroll eller «treatment as usual» ble inkludert. Eksklusjonskriterier var studier der pasientene hadde hodepine eller ondartede tilstander, eller studier der  $N < 20$  i en av intervensjonsgruppene/-armene.

## CBT og atferdsterapi

Data fra 42 studier ble inkludert i undersøkelsen (4788 deltakere). To uavhengige forskere kvalitetsvurderte de inkluderte studiene. To hovedkategorier av behandling ble opprettet; Kognitiv atferdsterapi (CBT) og atferdsterapi, begge med to kontrollgrupper: «Treatment as usual» og aktiv kontroll (placebo), ved to ulike målepunkter. Disse målepunktene foregikk direkte etter intervensjon og seks måneder eller mer etter intervensjon. Dette gav åtte sammenlikningsmuligheter. For hver sammenlikning ble effekten av fire utfallsmål vurdert: Smerte, funksjon, humør (angst og depresjon) og katastrofetanker.

Både CBT og atferdsterapi fokuserer på å hjelpe mennesker, der målet er endring av atferd som er med på å vedlikeholde eller forverre smerte, funksjonssvikt som følge av smerte, og katastrofetanker. CBT går også direkte på å endre et uhensiktsmessig tankemønster og følelser som forsterkende faktorer.

## Fra små til moderate effekter

Denne kunnskapsoppsummeringen viser ingen eller svært små effekter for at atferdsterapi virker bedre enn de ulike aktive kontrollene. CBT viser noe effekt på funksjon og katastrofetanker, men ikke på smerte eller humør, sammenlignet med aktive kontroller. Videre har CBT små til moderate effekter direkte etter intervensjon på smerte, funksjon, humør og katastrofetanker direkte etter intervensjon, ved sammenlikning med «treatment as usual» og ventelistekontroller. Disse effektene, utenom en liten effekt på humør, ble visket ut ved langtidsoppfølging.

Forfatterne av denne kunnskapsoppsummeringen understreker at det foreligger mangelfull dokumentasjon når det gjelder innholdet av og kvaliteten på de forskjellige intervensjonene. Dette vanskeliggjør effektmålinger, selv om selve studiedesignene har blitt betydelig bedre sammenlignet med den forrige oppsummeringen i 2009.

## Hvilke delkomponenter virker?

Forfatterne understreker at det ikke er behov for flere randomiserte kontrollerte forsøk for å måle effekter av CBT på gruppenivå. Det bør i fremtidig forskning heller fokuseres på hvilke typer studier og analyser som er nødvendig for å identifisere hvilke ulike komponenter innenfor CBT som virker for ulike typer pasienter på ulike utfallsmål – og eventuelt hvorfor disse komponentene virker (eller ikke).

## Ny norsk forskning

PhD Magnus Odéen har i sin doktorgradsavhandling ved UiB systematisk gått igjennom publiserte studier av tiltak på arbeidsplassen som har som mål å redusere sykefraværet (2). Typiske tiltak er trening i arbeidstiden, undervisning og informasjon. Han konkluderer med at det er få tiltak som reduserer sykefraværet. Men kognitiv atferdsterapi, gradert fysisk aktivitet og tiltak hvor arbeidsgiver, arbeidstaker og helsevesenet samarbeider, er effektivt. En årsak til at få andre tiltak viser effekt, kan være at tiltakene ikke fanger opp de arbeidstakerne som har mest sykefravær, enten fordi de ansatte ikke er til stede eller fordi de føler seg for syke til å delta.

## Kilder:

1. Williams ACDC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD007407. DOI: 10.1002/14651858.CD007407.pub3

2. Odéen M, Magnussen LH, Mæland S, Larun L, Eriksen HR, Tveito TH. Systematic review of active worksite interventions to reduce sick leave. Occupational Medicine 2012; doi: 10.1093/occmed/kqs198

# Risikofaktorer for fall blant eldre

En flerdimensjonal fallintervensjon er å foretrekke ved vurdering av risiko for fall i hjemmet.

**TEKST** John Henry Strupstad  
js@fysio.no

**FALL** er et vanlig problem blant eldre mennesker. Omkring en av tre i den eldre delen av befolkningen opplever minimum ett mer eller mindre alvorlig fall i løpet av ett år. Derfor ønsket fysioterapeut og professor Astrid Bergland å undersøke risikofaktorer for fall blant hjemmeboende eldre i en studie som ble publisert i Norsk Epidemiologi i 2012.

Bergland gikk systematisk gjennom databasene Cinahl, Eric, ISI Web of Science, Cochrane Medline og Psycinfo for å identifisere aktuell litteratur.

Psykososiale og medisinske forhold, samt sansemotorikk, balanse og gange har tidligere blitt identifisert som viktige risikofak-



torer for fall blant eldre. Flere av disse faktorene har i tillegg vist seg å henge sammen. Berglands oversikt viser at en bedret

forståelse av risikofaktorer for fall oppnås ved å undersøke individ i sammenheng med miljømessige faktorer. Høy alder, tidligere fall, ADL begrensninger, svekket gange og bevegelighet, synshemming, redusert førlighet, muskelsvakhet, dårlig reaksjonstid, nedsatt kognisjon, sykdommer som hjerneslag, bruk av psykoaktive medikamenter og bruk av medikamenter, er risikofaktorer viser seg å være sterkt assosiert med fall. Dette betyr at en anbefaling av multifaktoriell fallrisikovurdering bør innlemmes i en rekke fysiologiske og mentale tester, i tillegg til en vurdering av balanse og gangmønster. Flere kroniske sykdommer og medisiner bør også tas i betraktning. Berglands funn understreker betydningen av at en flerdimensjonal fallintervensjon med spesielt fokus på modifiserbare risikofaktorer er å foretrekke ved vurdering av risiko for fall i hjemmet.

## Kilde

Astrid Bergland; Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22 (2): 151-164

# Helsekontroll gir ingen helsegevinst

Generelle helsekontroller fører ikke til redusert sykkelighet eller dødelighet for dem som blir kontrollert, ifølge ny metaanalyse.

**TEKST** John Henry Strupstad  
js@fysio.no

**GENERELLE** helsekontroller for friske mennesker er i noen land en vanlig del av helsevesenets oppgaver, selv om nytten av slike tiltak ikke er godt dokumentert. Krogsbøll og medarbeidere har nå gjort en systematisk gjennomgang og metaanalyse for å tallfeste fordeler og ulemper ved helsekontroller.

En generell helsekontroll ble definert som

en screening av den generelle befolkningen for mer enn én sykdom eller risikofaktor i mer enn ett organsystem. Til sammen 14 randomiserte forsøk som sammenliknet helsekontroll med ingen helsekontroll hos voksne opptil 65 år, ble inkludert, skriver tidsskriftet.no.

I ni av studiene oppga man effekt i totaldødelighet, med en risikorate for død hos kontrollerte versus ikke-kontrollerte i oppfølgingsperioden på 0,99 (95 % KI 0,95–1,03). Åtte studier rapporterte hjerte- og kardødelighet, med risikorate 1,03 (0,91–1,17), og åtte studier rapporterte kreftrelatert dødelighet, med risikorate 1,01 (0,92–1,12). I studiene rapporterte man ikke mål for sykkelighet på en enhetlig måte. Metaanalyser kunne derfor ikke gjennomføres, men ved en kvalitativ oppsummering av resultatene kom forskerne til at helsekon-

troller heller ikke ga noen positive effekter på sykkelighet, sykehusinnleggelses, bekymring, sykefravær eller uførhet.

– Det er ingen nyhet at generelle helsekontroller gir liten effekt til en høy pris, sier seniorforsker Signe Flottorp ved Kunnskapssenteret til tidsskriftet.no. Denne gjennomgangen viser på en solid måte at vi mangler dokumentasjon for slike kontroller. Riktignok var det ganske gamle studier som ble vurdert, men selv ved dagens helsekontroller vil jeg tro det er vanskelig å påvise mer enn en marginal effekt, sier Flottorp til nettstedet.

## Kilde

- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e7191.  
- www.tidsskriftet.no

## Praktisk håndbok i sportstaping

Bente Andersen, Christian Nergaard og Kristian Seest :

**Tape dig selv**

**Forlag:** Gyldendal Akademisk

**Språk:** Dansk

233 sider

**ISBN:** 978-87-628-1018-1

Forfatterne av boken er idrettsfysioterapeuter, alle med mastergrad innen idrettsfysioterapi. To av forfatterne har skrevet flere bøker innen sportsskader og en av medforfatterne er kursholder i kinesiotaping-metoden i Danmark.

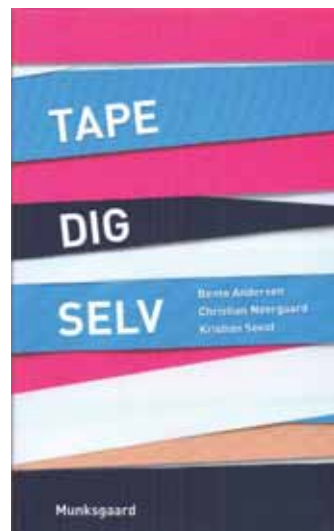
«Tape dig selv» er en håndbok i taping av ulike diagnoser, hovedsakelig akutte og belastningsrelaterte idrettsskader. Boken kan deles inn i 3 deler. Første del (kapittel 1 og 2) tar for seg forhåndsregler ved sportstaping. Anvendelse av tape i ulike faser av skade og en beskrivelse av klassisk sportstape (uelastisk tape) og kinesio-tape (elastisk tape). Del to (kapittel 3) består kun av tapeteknikker og er hoveddelen av denne boken. Det er over 50 tapeeksempler fordelt på hele kroppen. Teknikkene er delt inn i sju underkategorier: Fot, ankel og legg, kne og lår, rygg, skulder, albu og underarm, hånd og fingre. Tapeteknikkene forklares trinn for trinn, og er godt illustrert med detaljerte bilder og utdypende tekst. Hvert eksempel starter med en beskrivelse av vanskelighetsgraden på tapingen, kort om skaden, hvordan tapen skal deles og kuttet, formålet

og noen gode råd til selve gjennomføringen. Den siste delen (kapittel 4) tar for seg vitenskapelig forskning og teori som tapeteknikkene baserer seg på.

Målgruppen for boken er ifølge forfatterne alle med interesse for idrett, inkludert utøvere, trenere og helsepersonell. Den siste delen av boken er rettet mot fysioterapeuter spesielt. Tittelen på boken er i mine øyne ganske misvisende, da de fleste teknikkene krever at noen andre påfører tapen. Med unntak av dette er eksemplene gode og relevante, og dekker de vanligste idrettsskadene. Det jeg finner unikt med boken er kombinasjonen av elastisk og uelastisk sportstaping, og for flere skader vises både et elastisk og et uelastisk eksempel. Mange opplever elastisk og uelastisk sportstaping som to motpoler, noe denne boken motbeviser. Forfatterne klarer å kombinere metodene på en elegant måte, og viser at formålet med tapingen bestemmer om det skal benyttes elastisk eller uelastisk tape. Teknikkene utfyller hverandre.

Boken gir det den lover. Eksemplene er gode og mange. Dette er en praktisk håndbok for de som allerede taper og gir et detaljert bilde av ulike tapeteknikker. For de som har lite erfaring med taping, vil informasjonen kunne bli noe begrenset, men nok til å kunne komme i gang med taping.

I den siste delen av boken henvender forfatterne seg spesielt til personer som ønsker referanser til forskning og evidens. Det vises til



relevante studier, spesielt innen uelastisk taping. De reflekterer også rundt manglende evidens når det kommer til kinesiotaping, og samtidig understreker de viktigheten av å se på erfaringsbasert praksis ved bruk av kinesiotape.

Boken kan anbefales alle som har interesse av sportstaping eller ønsker påfyll eller tips til tapeteknikker. Det er en fin oppslagsbok med enkle steg for steg anvisninger og som lett kan medbringes behandlingsrommet eller idrettsbanen.

**Frank Tore Jacobsen**

Fysioterapeut og sertifisert kinesio taping instruktør i Norge (CKTI)  
Klinikk for Alle, Majorstuen

## Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling

**Forfatter:** Aksel Tjora (red.)

**Forlag:** Gyldendal Akademisk

**ISBN:** 978-82-05-42414-2

Helse er et viktig tema, både for individer og samfunn. Det har følgelig vokst frem som et betydelig sosiologisk interessefelt. I helsesosiologien forstås og analyseres helse, sykdom og behandling som samfunnmessige fenomener. Hvordan vi selv opplever egen helse, hvordan det medisinske faget utvikles, hvordan ulike forståelser av begrepet defineres og forvaltes og hvordan sykehusene som organisasjon fungerer, er alle eksempler på sentrale temaer.

I denne boken bidrar 27 forskere med nyanserte analyser knyttet til begrepene helse og sykdom. Boken henvender seg til studenter, forskere og praktikere innen samfunnsvitenskap, medisin og helsefag.



## Smittevern i helsetjenesten, 2. utgave

**Forfattere:** Per Espen Akselsen og Petter Elstrøm (red.)

**Forlag:** Gyldendal Akademisk

**ISBN:** 978-82-05-38067-7

En praktisk bok om hvordan de konkrete smitteverntiltakene kan tilpasses forholdene på den enkelte arena i helsetjenesten, enten det er sykehus, sykehjem eller hjemmebasert omsorg. Smittevern og hygiene drøftes ut fra konsekvenser for pasienter og samfunn.

Kapitlene er oppdaterte i henhold til gjeldende retningslinjer, lover og forskrifter. Boken fremstilles på en pedagogisk måte. Målgruppen er helsefagstudenter. I tillegg vil boken kunne fungere som et oppslagsverk i praksisfeltet i ulike deler av helsetjenesten.





# Hjelp til å klare seg

- Hverdagsrehabilitering er en vinn-vinn-vinn-situasjon. Både brukeren, kommunen og behandlerne tjener på den, sier fysioterapeut Aina Olaussen. Slagrammede Liv Kristiansen (78) er en av dem som får tilbudet i Bodø.

**TEKST** Hanne Løkås Veigård  
**FOTO** Erik Veigård  
fysioterapeuten@fysio.no

**HVERDAGSREHABILITERING** er relativt nytt i Norge. Bodø kommune var tidlig ute med å ta metoden i bruk.

Hverdagsrehabilitering går ut på at kom-

munene i en avgrenset periode setter inn forsterket, tverrfaglig innsats til hjemmeboende med pleiebehov, med fokus på rehabilitering og mestring. Ved å arbeide målrettet

mot brukerens egne mål for å gjøre brukeren mest mulig selvhjulpent, kan livskvaliteten heves, pleiebehovet reduseres og behovet for institusjonsplass utsettes.

Med en befolkning som lever stadig lengre, står norske kommuner foran et økende behov for pleie- og omsorgstjenester. Hverdagsrehabilitering er en alternativ måte å yte omsorg på. Det sammenfaller også godt med samhandlingsreformen, som gir kommunene større ansvar for habilitering og rehabilitering.

### Økonomi og livskvalitet

- Danmark og Sverige er kommet lengre, og



**ERGOTERAPEUT** Liv Sundseth hjelper Liv Kristiansen å legge til rette for mest mulig selvstendig morgenstell.

# selv

har gjort mye forskning for å dokumentere effekten av hverdagsrehabilitering. Hos oss startet det med en studietur til Fredericia i Danmark, som kan vise til svært gode resultater for både brukerne og kommuneøkonomien, sier Aina Olaussen, fysioterapeut i Bodø kommune.

Forskningen viser at pasientene klarer mer selv og dermed har redusert behov for tjenester fra det offentlige. Av de som deltok i Fredericias pilotprosjekt ble 45 prosent helt selvhjulpne, og 45 prosent fikk redusert sitt hjelpebehov betydelig.

– For kommunene er det selvsagt interessant at man kan redusere utgiftene til hjem-

metjenester, sier Olaussen, og fortsetter:

– Like viktig er det at hverdagsrehabilitering bedrer brukerens livskvalitet. Folk ønsker å klare seg selv; det er viktig både for mestring og egenverd, sier hun.

## Meningsfullt arbeid

På toppen av det hele viser det seg at hjembasert rehabilitering oppleves svært meningsfylt for de som skal gjøre jobben.

– Forskningen fra Danmark viser at personalet er mer motiverte og har mindre sykefravær. Det er en opptur å få være med på å sette pasientene i stand til å mestre mer selv, i stedet for bare å utføre oppgavene for

dem. Det er derfor det kalles en vinn-vinn-vinn-situasjon, forklarer Olaussen.

Hun etterlyser en holdningsendring i tradisjonell hjemmetjeneste.

– Hjemmetjenesten er god på omsorg, men har lite erfaring med å tenke rehabilitering. Når noen ikke klarer å dusje selv, drar man og dusjer dem, for eksempel. Det er i og for seg bra, men man bør alltid utrede muligheten for å øke brukerens funksjonsnivå. Kanskje vi kan bidra til at de klarer det på egen hånd igjen? Vi må huske at også hjelpeløshet kan læres, poengterer hun.

## Motivasjon og potensial



**TAKTIL** Stimulering og dagligaktiviteter i samme gjøremål - her i form av ansiktspleie. Å smøre krem i ansiktet representerer også tosidig samhandling og kryssing av midtlinje i en naturlig aktivitet.



**HVERDAGSREHABILITERINGEN** starter før slagrammede Liv Kristiansen er ute av senga. Hjemmetrener Linda Jakobsen hjelper Liv med gjennombevegelse før dagens aktiviteter.

Bodø kommune har siden mai 2012 drevet prosjektet «Hverdagsrehabilitering – Lengst mulig i eget liv, i eget hjem». I denne perioden har fire-fem brukere hatt tilbud til enhver tid. Fra mars 2013 utvides og videreføres prosjektet, og da vil flere få tilbud.

Liv Kristiansen (78) er en av dem. Hun har nedsatt funksjon i venstre side etter en hjerneblødning i pons i juni i fjor.

– En slagpasient er ikke den typiske deltakeren i hverdagsrehabilitering, men Liv har de to viktigste forutsetningene for å delta: Motivasjon og rehabiliteringspotensial, sier Aina Olaussen.

Hjemmetrenerne tropper opp på Liv

Kristiansens soverom før dagen kan ta til. Hjemmetrener Linda Jakobsen – utdannet omsorgsarbeider – bruker lang tid på å gjennombevege muskler og ledd, mens Liv enda ligger i senga, for å gjøre henne klar for dagens aktiviteter. De småprater om løst og fast, og Livs humor ligger hele tiden på lur.

### **Veiledning**

Etter at hjemmetreneren og Liv systematisk har arbeidet seg gjennom hele kroppen, er tiden kommet for å sette «prekestolen» i posisjon og gå ut på badet.

– Jeg er innom av og til for å veilede hjemmetrenerne, forklarer Aina Olaussen,

og demonstrerer hvilke grep hun og Liv benytter seg av mens de samarbeider om å få Liv opp i stående.

– I Livs tilfelle har vi også et godt samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeut Ellen Arntzen, spesialist i nevrologisk fysioterapi, som også har vært hjemme hos Liv og veiledet, forteller Olaussen.

Fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier kartlegger brukerens fysiske funksjon og behov for tilrettelegging – hele tiden ut fra brukerens egne mål.

– Vi tenker tverrfaglig for å komplettere hverandre. Det er hjemmetrenerne som gjør den daglige jobben. Vi bruker vår fag-





**CODE FORUTSETNINGER** - En slagpasient er ikke den typiske deltakeren i hverdagsrehabilitering, men Liv har de to viktigste forutsetningene for å delta: Motivasjon og rehabiliteringspotensial, sier fysioterapeut Aina Olaussen (nederst til høyre).

spesifikke kompetanse hovedsakelig i kartlegging av funksjon, utarbeiding av tiltak, veiledning av hjemmetrenerne og evaluering. Hjemmetrenerne gir også tilbakemeldinger, slik at tiltakene kan justeres underveis, sier hun.

### Livet snudd på hodet

Det spreke ekteparet Liv og Jarle Kristiansen hadde nettopp solgt sin enebolig i flere etasjer. De hadde rukket å bo i sin nye, lettstelte leilighet i tre uker, og var såre fornøyde med å ha fått bylivet på kloss hold. De friske pensjonistene fant stor glede i turliv, reiser og kultur. Fritiden tilbrakte de gjerne i sjø-

huset ei mil unna sentrum. Så også 12. juni 2012 – dagen da livene deres uten forvarsel ble snudd på hodet.

Liv holdt på å forberede en hyggelig venninnemiddag. Da mannen kom hjem fra butikken, klaget hun over å være svimmel.

– Jeg er så rar i hodet. Jeg tror jeg har hatt et drypp, sa hun.

Først trodde ektemannen at hun fleipet. Så oppdaget han at hun svaiet der hun stod. Da gikk alvorret opp for ham, og han fikk geleidet kona ned i første etasje og anbrakt henne i en stol.

– Da smalt det. Alt ble svart. Det føltes som å få hodet kappet av, sier Liv i dag.

Det skulle gå et halvt år før hun kom hjem til Jarle igjen. Blødningen hadde rammet hjernestammen, og operasjon var derfor ikke aktuelt.

– Det var bare å ta tiden og tålmodigheten til hjelp. Det er ikke lett. Jeg har alltid vært litt hurtig av meg. Jeg eier egentlig ikke tålmodighet, sier hun.

### Dette er alvor

Liv våknet opp etter hjerneblødningen med lammelser i hele venstre side.

– Jeg prøvde å klype meg selv i venstre arm og venstre bein, men kjente ingenting. Da skjønte jeg hvordan det stod til, sier hun.



**SELVHJULPEN** Med tilrettelegging kan Liv nå ta medisinene sine selv. Ektemannen Jarle er oppmerksom bisitter.

Hun ble værende på kommunal rehabiliteringsavdeling til tett oppunder jul. Da hun kom hjem 10. desember, startet hverdagsrehabiliteringen, godt hjulpet av ektemannen Jarle, som heldigvis er ved god helse og godt humør.

– Jeg har vakt 24 timer i døgnet og kan bare være hjemmefra små glimt av gangen. Men Liv og jeg er mye ute sammen. Vi har heis rett ned i garasjen, så det er lett å komme seg til bilen. Jeg forsøker å lære av ekspertene, sånn at jeg også kan bidra i Livs rehabilitering. Jeg må ikke hjelpe henne for mye. Daglige gjøremål gir verdifull trening, sier han.

### «Fremmede» i huset

Mens hjemmetrenerne hjelper Liv ut av senge, inn på badet og gjennom morgentoalettet, pusler Jarle ved kjøkkenbenken og gjør klar konas frokost.

– Jeg er jo selvfølgelig altfor sein med alt jeg skal gjøre på kjøkkenet. Dette har vært Livs domene. Men jeg lærer etter hvert.

Nå begynner jeg å bli dreven på havregrøt, humrer han.

– Både hverdagsrehabiliteringen og den ordinære hjemmetjenesten vanker her daglig. Hva synes du om å ha fremmede i huset på denne måten?

– Det går bare fint. Det er flotte personer, og jeg ser jo Livs framgang. Og Liv selv, hun liker litt oppmerksomhet, sier han og ler.

Hovedpersonen selv småkjekler godmodig med ergoterapeuten. De diskuterer hvorvidt 78-åringen er sterk nok til å gjennomføre tannpussen stående – for aller første gang siden slaget. Pågangsmotet vinner, og Liv kan trille inn til frokost med en stor seier innabords.

– Kjente du hvor mye lettere det var å få spyttest ordentlig når du står og pusser? sier ergoterapeut Liv Sundseth, tydelig oppglødd på brukernes vegne.

### Livs egne mål

Liv Kristiansen var i toppform før slaget rammet.

– Jeg gikk daglige turer på en time eller to, og legen sa jeg hadde blodtrykk som en ungdom. Verken jeg selv eller omgivelsene hadde forestilt seg at noe slikt skulle ramme meg, sier hun.

Ekteparet har måttet bygge om deler av leiligheten, og utvider gradvis sin aksjonsradius.

– Vi går i kulturhuset, har besøk av venner og drar i butikker sammen. Etter hvert vil vi gjerne reise litt igjen. Det er jo mange som reiser med rullestol, sier Liv.

I tillegg til hverdagsrehabiliteringen fra Bodø kommune, spur hun på med logoped og daglig trening hos en privatpraktiserende fysioterapeut. Disse har tett dialog med det kommunale teamet.

– Det første store målet er å kunne gå på do alene. Og så vil jeg lære meg å gå med rullator. Fysioterapeuten har sagt at jeg kommer til å klare det! sier Liv Kristiansen optimistisk. ■

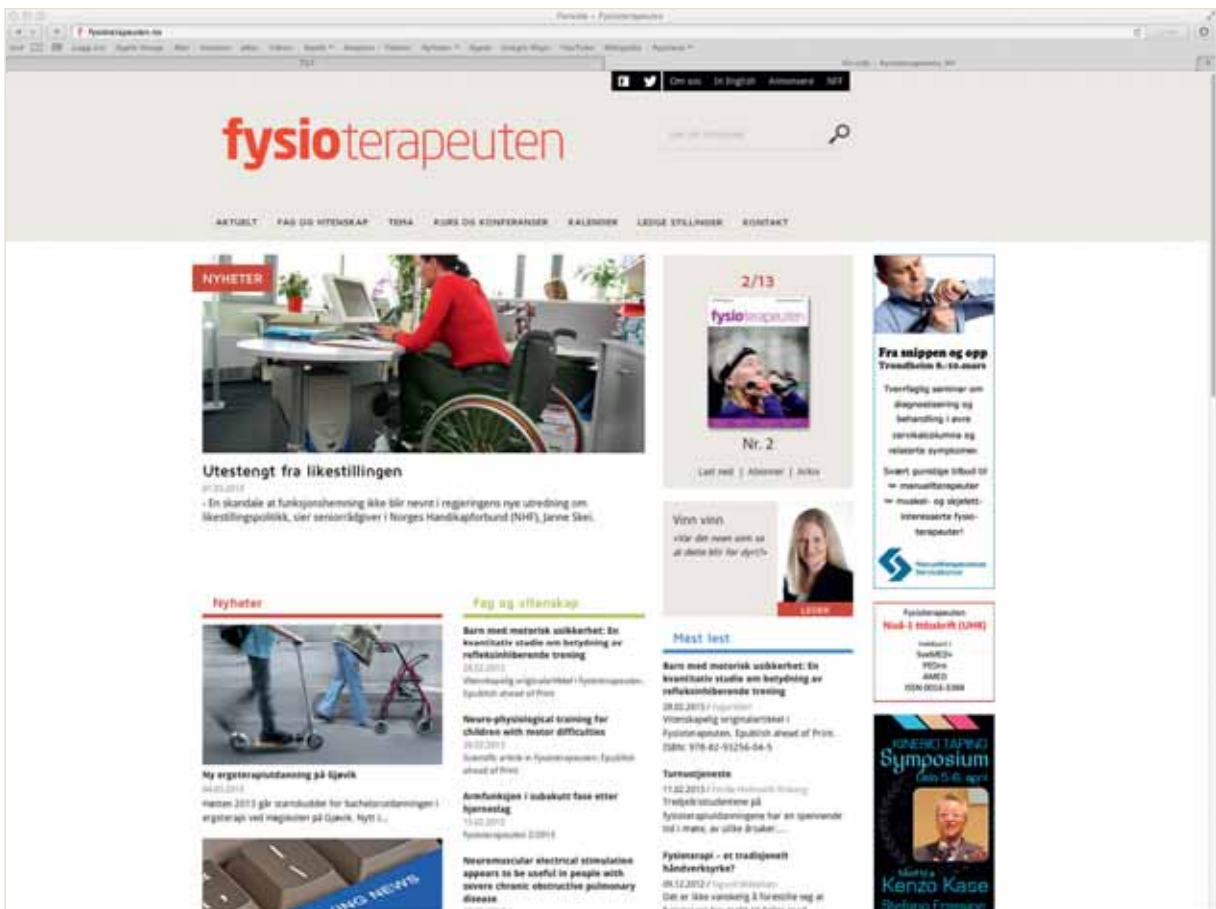




**MESTRING** Også den affiserte hånden må brukes i daglige gjøremål, og ergoterapeut Liv Sundseth guider 78-åringens venstrehånd for å stimulere til mestring.



# www.fysioterapeuten.no



Fysioterapeutens nettsider har mye å by på for deg som er interessert i nyheter, forskning og fagutvikling, og oppdateres nesten daglig. Vårt mål er å spre mest mulig kunnskap som er relevant for fysioterapeuter.

På fysioterapeuten.no finner du alle fagartikler som publiseres i tidsskriftet, retningslinjer for artikkelforfattere og en egen bloggside. I tillegg har vi en mye brukt annonseside for Stilling ledig.

**Fysioterapeuten er også til stede på Facebook og Twitter.**

**Lik oss gjerne!**





## Ja til smartere oppgavedeling

**HELSEMINISTEREN** har presentert ti grep han vil ta i spesialisthelsetjenesten. Ett av disse er bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene. Det er et klokt grep.

Fysioterapeuter har en spesiell og bred kompetanse til å vurdere funksjon hos pasienter med ulike former for helseplager. Vi har i tillegg et sett med virkemidler for å sette inn riktige tiltak overfor disse pasientene. Andre helseprofesjoner har annen spesialkompetanse til å avhjelpe pasientenes utfordringer. Sammen skal vi utgjøre en god helsetjeneste. Til grunn for vår yrkesutøvelse har vi en autorisasjonsordning som pålegger oss å yte en faglig forsvarlig tjeneste. Dette innebærer også å ikke utføre oppgaver vi ikke har kompetanse til.

Når helseministeren snakker om bedre og smartere oppgaveløsning, må kompetanse være utgangspunktet. Det innebærer å bruke fysioterapeutenes og andre helseprofesjoners kompetanse slik at tjenestene til enhver tid ytes av de som har best kompetanse innen det aktuelle området. En fysioterapeut har ikke kompetanse til å foreskrive medisiner eller ta blodprøver. Vi er heller ikke de som har best kompetanse på omsorgsfullt stell og pleie. Men – vi er eksperter på å vurdere funksjon.

Med denne kompetansen vil vi ha en sentral rolle på en ortopedisk avdeling. Vi bør være selvfølgelig aktører for å ta etterkontroller etter ortopediske inngrep. Vi kan vurdere om operasjonen av skulderen, kneet eller hofta til en pasient har hatt den tilsktede virkningen, og ikke minst hva som skal til av ytterligere opptrening og andre tiltak for å få igjen optimal funksjon. Vi kan også vurdere om operasjon er nødvendig, og det beste tiltaket for pasienter som fastlegene ber om en vurdering av.

En stor andel av pasientene på en skadelegevakt har skader i muskel- og skjelettapparatet, og dermed innenfor fysioterapeutenes kjernekompetanse. En klinisk førsteundersøkelse med tanke på leddbåndskader, dislokasjon eller undersøkelse med tanke på brudd-utredning, er noe en fysioterapeut kan gjøre. Fysioterapeuten kan også gi nødvendig førstehjelp og råd i påvente av videre utredning.

Nevrologer er mangelvare i norsk helsevesen, og mange sykehus strever med å oppfylle kravet om tre måneders kontroll/oppfølging av pasienter med hjerneslag. Disse kontrollene kan med fordel utføres av fysioterapeut. Innen psykisk helsevern har fysioterapeuter en kompetanse som er unik til å se pasienters kroppslige og psykiske funksjon i sammenheng og sette inn tiltak deretter.

Dette er bare noen eksempler på hvordan fysioterapeuter kan bidra til smartere oppgavedeling. Det meste av dette er allerede utprøvd og satt i system enkelte steder, men det er fortsatt mye å hente på å utnytte dette potensialet systematisk i helsetjenesten i Norge.

Målsettingen må være å bruke hver enkelt helseutøver og hver enkelt helseprofesjon til det de er best på, i et tverrfaglig team. Da vil brukeren få høy kvalitet på tjenestene samtidig som vi bruker ressursene optimalt.

Dette har NFF spilt inn til helseministeren, og vil følge opp videre.

# ”

Vi er eksperter på å vurdere funksjon.



*Eilin Ekeland*

**Eilin Ekeland**  
forbundsleder



## Lunt mot lunefullt

**MARS** kan være både kald og lunefull, men det finnes enkle mottiltak for den hjemlige påsketuristen. NFFs nettbutikk har fremdeles et restlager av fleecesett med pannebånd og hansker i «standard» herrestørrelse. I 2011 introduserte vi dessuten en trepakning multiplagg i ulike NFF-farger (bildet). Bestiller du raskt fra nettbutikken, kan vi rekke å få ekspedert varene slik at du får dem før påske. ■

## Sekretariatet har gått mobilt!

**FASTTELEFONENS** dager er under rask nedtelling, mobiltelefonen er blitt et uunnværlig multiverktøy for de fleste organisasjoner, og «dobbel telefonhusholdning» gir unødige høye utgifter. NFF har tatt konsekvensen av dette, og tidlig i mars gikk nesten alle fasttelefonnumrene i sekretariatet over i historien.

Vil du ta direkte kontakt med en person i sekretariatet, er det nå bare mobilnummeret til vedkommende som gjelder. Du finner alle mobilnumrene i kontaktlista på forbundets sider i hvert nummer av Fysioterapeuten, og på NFFs nettsider under «ORGANISASJON/Ansatte».

**Sentralbordet som før**  
Ring alltid sentralbordet dersom du er usikker på hvem som er rette vedkommende for forespørselen din. Nummeret dit er som før: 22 93 30 50. Merk også at NFF beholder sin telefaks inntil videre: 22 56 58 25. ■



## Retningslinjer for turnus-venteliste

**VI VISER** til artikkelen som ble publisert 19. februar på NFFs nettsider, der du også kan lese hva NFF har ment og gjort i denne saken. Utdrag fra Helseledningsdirektoratets nettsider:

«(...) I mars 2012 ble det foretatt en endring som blant annet innebærer at det er innført en bestemmelse om at kandidater som ikke har fått turnusplass blir overført til venteliste. Fylkesmannen i Troms administrerer ventelisteordningen.

Helseledningsdirektoratet har utarbeidet retningslinjer for administrering av en ventelisteordning. Retningslinjene er et supplement til gjeldende retningslinjer for praktisk tjeneste (turnustjeneste) for fysioterapeuter gitt i rundskriv IS-4/2010.

Rundskrivet gir blant annet retningslinjer for hvordan trekning og valg av turnusplasser skal foregå. (...)» ■

## Fysioterapiplakaten

**HVA ER FYSIOTERAPI?** Svaret finnes i en kortversjon og en utdypende fremstilling på NFFs nettsider under hovedmenypunktet «FAG». Nå tilbyr vi også kortversjonen i A4-format i vår nettbutikk, med samme papirkvalitet som for våre andre A4-plakater. Fysioterapiplakaten er designet for oppslag, men kan selvsagt også brukes som et løst faktaark sammen med NFFs pasientbrosjyrer o.a. i venterom og andre publikumsarealer. ■







# Mer om Fagdager 2013

Fysioterapeuter i bevegelse – forebygging, rehabilitering, samhandling 6.–7. juni 2013.

**PROGRAMMET** for NFFs fagdager ble offentliggjort i midten av februar. Som tidligere år er det flere hundrelapper å spare ved å melde seg på innen en viss frist. I år er fristen 7. april.

Fagdagens program består av parallelle sesjoner med interessante forelesninger og praktiske aktivitetstimer som er matnyttige for fysioterapeuters hverdag, både i forebygging og rehabilitering. I tillegg står følgende plenums-sesjoner på programmet:

- Adrian Bauman, professor i folkehelse ved Sydney University, svarer på spørsmålet: «What is sedentary behaviour and how does it fit with physical activity, and what are the messages?»
- Yngvar Andersen fra Puls snakker om hvordan

vi kan motivere mennesker til å ta ansvar for egen helse og gir oss inspirasjon til enkel, men tøff og overkommelig trening for folks hverdag.

- Halvannet år med samhandlingsreformen – hva har skjedd med helsetjenestene – hvor er vi nå? Samtale mellom Tor Åm, samhandlingsdirektør ved St. Olavs Hospital og leder av det nasjonale nettverket for innføring av samhandlingsreformen i Helse- og omsorgsdepartementet, Eilin Ekeland, forbundsleder i NFF, og deltakerne.
- Birgit Skarstein fra «Ingen grenser» snakker om at det er mulighetene som teller. Hun har MYE å si til fysioterapeuter!

Se [www.fysio.no/fagdager](http://www.fysio.no/fagdager) for ytterligere informasjon. ■

## Avtalegiro er enklere

**NFFs** halvårlige kontingentfakturaer kommer som julekvelden på kjerringa for enkelte. Slik trenger det ikke være! Med avtalegiro fordeler du innbetalingen av medlemskontingent over hele året, og det blir slutt på overraskelser i postkassen. Oppretter du avtalegiro nå, gjelder ordningen fra neste kontingenthalvår, altså fra 1. juli 2013.

For å opprette avtalegiro kontakter du din bank. Oppgi NFFs kontonummer 1602.40.51467 og KID-nummer. KID-nummer finner du ved å logge deg inn på medlems-sidene («Min side») på [www.fysio.no](http://www.fysio.no) eller ved å henvende deg til NFF på tlf. 22 93 30 50 eller [krs@fysio.no](mailto:krs@fysio.no). ■



## Nytt på kurskalenderen

**SELVSTENDIG** næringsdrivende fysioterapeut? Husk påmeldingsfristen 22. mars hvis du vil delta på kortkursene 17. og 18. april i Oslo om utarbeidelse av ligningspapirer og årsregnskap for hholdsvis aksjeselskap og enkeltpersonsforetak.

### Fagkurs

- Fordypningskurs i kropporientert psykologi, november 2013, Oslo.
- Grunnkurs i treningslære for fysioterapeuter, november 2013 og januar 2014, Trondheim.
- Understand and explain pain, 19. –20. september. Foreleser: Lorimer Moseley, Oslo.

## NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Stensberggata 27

Postboks 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo

Tlf. 22 93 30 50, faks: 22 56 58 25

Hjemmeside: [www.fysio.no](http://www.fysio.no) E-post: [nff@fysio.no](mailto:nff@fysio.no)

### SENTRALSTYRET

**Forbundsleder:** Eilin Ekeland

Fossilveien 13B, 3034 Drammen.

Tlf. 415 59 030

[eilin.ekeland@fysio.no](mailto:eilin.ekeland@fysio.no)

**Nestleder:** Elin Engeseth

Granheimtunet 15, 1406 Ski.

Tlf. 905 29 033

[ee@fysio.no](mailto:ee@fysio.no)

### SEKRETARIATET: STAB

**Generalsekretær:** Tor Tvethaug, 992 44 815

**Informasjonsleder:** Vidar Rekve, 957 08 990

**Seniorrådgiver:** Elin Robøle Bjør, 901 47 513

### ADMINISTRASJONS- OG ØKONOMISEKSJONEN

**Seksjonsleder:** Sunniva Borgen, 901 46 523

**Regnskapsansvarlig:** Rune Tørrlenn, 932 56 955

**Økonomikonsulent:** Haldis Edvardsen, 969 03 108

**Rådgiver:** Eivind Trædal, 930 52 226

**Rådgiver:** Maren Helene Berntsen, 915 83 781

**Konsulent:** Kristin Stormo, 969 03 109

**Sekretær:** Nina Solvang, 22 93 30 50

### FAGSEKSJONEN

**Seksjonsleder:** Malene Haneborg, 908 83 213

**Seniorrådgiver:** Eline Rygh, 415 47 298

**Seniorrådgiver:** Jorunn Lunde, 952 21 005

**Seniorrådgiver:** Bente Øfjord, 482 61 726

**Seniorrådgiver:** Marianne Aars, 934 12 066

**Kurssekretær:** Monica Haugen, 943 24 777

**Seniorkonsulent, kurs:** Micheline Viktil, 924 28 247

**Rådgiver, kurs:** Áslaug Skúladóttir, 402 38 662

### FORHANDLINGSEKSJONEN

**Forhandlingssjef:** 22 93 30 50

**Advokat:** Lena Fagervold, 416 17 649

**Seniorrådgiver:** Bente Eide, 907 30 901

**Seniorrådgiver:** Kirsti Glad, 908 52 024

**Seniorrådgiver:** Henriëtta Richter, 990 30 661

**Seniorrådgiver:** Thea W. Jørgensen, 913 45 224

**Advokat:** Else-Margrethe Husby, 900 99 021

**Seniorkonsulent:** Else Jørgensen, 926 53 470

### FONDET

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

**Sekretariatsleder:** Birthe C. Hansson

Tlf. 22 93 30 90 (ikke fredag)



## Annonsering av NFFs etterutdanningskurs

NFFs kurs annonseres i Fysioterapeuten ved hjelp av en kursoversikt som viser kursdatoer, kurssted og påmeldingsfrister.

Beskrivelse av kursene og påmeldingsskjema finner du i kurskalenderen på nettet, [www.fysio.no/kurs](http://www.fysio.no/kurs). Der annonseres også nyheter og ledige plasser på kurs fortløpende.

Kurskalenderen på nettet er til enhver tid oppdatert.

NFFs etterutdanningskurs er overveiende kliniske behandlingskurs, og målgruppen er den praktiserende fysioterapeut. Kursene er primært tilrettelagt slik at kunnskapen kan føres direkte inn i den praktiske hverdagen.

Oversikt over kurs vil til enhver tid være oppdatert på [www.fysio.no/kurs](http://www.fysio.no/kurs)

Etterutdanningsvirksomheten i NFF får hvert år betydelige midler fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter. Rammebevilgningen omfatter tilskudd til alt arbeidet i NFFs fagseksjon: Utvikling og gjennomføring av etterutdanningskurs, faglig oppdatering av kursledere, kurslederseminar, spesialistordningen, NFFs kollegaveiledning, utviklingsprosjekter og drift av fagseksjonen.

For deltakere på NFFs kurs gir dette en vesentlig reduksjon av kursavgiften.

Til virksomheten 2012 er det tildelt 6 millioner kroner som også omfatter ekstra midler for å holde kursavgiften på 2009-nivå.

For nærmere informasjon om Fondet, se [www.fysio.no/fondet](http://www.fysio.no/fondet)

**Regler for opptak og avmelding:**  
se [www.fysio.no/kurs](http://www.fysio.no/kurs)

## Fysioterapeuter i bevegelse

– forebygging, rehabilitering, samhandling

**6. – 7. juni 2013**

**Stjørdalshallen, Stjørdal**

(kun 6 minutter fra Trondheim lufthavn, Værnes)

[www.fysio.no/fagdager](http://www.fysio.no/fagdager)



## KURSOVERSIKT 2013

Det tas forbehold om endringer

8.-10. april og 26.-27. august	Fortsatt ledige plasser!	Grunnkurs i fysioterapi og psykisk helse	Oslo
15.-19. april	Fullt	Onkologi - teoretisk grunnkurs	Trondheim
15.-19. april	Fullt	Fysioterapi for barn med funksjonsnedsettelse 0-6 år del 1	Trondheim
15.-19. april	Fullt	Bevegelsesutvikling del 1	Oslo
22.-25. april	Fullt	Bekkenrelaterte plager 1	Oslo
22.-24. april	Fortsatt ledige plasser!	BK - BARS SEMINAR	Svarstad
25.-27. april og 3.-4. juni	Fullt	Smertebehandling for fysioterapeuter, teoretisk forståelse og praktisk anvendelse	Oslo
6.-8. mai og 14.-15. juni	Fortsatt ledige plasser!	MT Basiskurs i undersøkelse og behandling av lumbal, bekken og hofta	Tromsø
27.-30. mai	Fortsatt ledige plasser!	Praktisk kurs NPMF	Lillehammer
6.-7. juni		<b>NFFs fagdager:</b> Fysioterapeuter i bevegelse - forebygging, rehabilitering, samhandling	Stjørdal
23.-27. september	9. juni	Bevegelsesutvikling del 1	Trondheim
2.-4. september og 25.-26. oktober	9. juni	MT Basiskurs i undersøkelse og behandling av cervical, kjeve, thoracal og skulder	Sogn og Fjordane
2.-4. september og 14.-15. november	9. juni	Fysioterapi for voksne med nevrologiske lidelser	Oslo
9.-13. september, 7.-11. oktober og 2.-6. desember	9. juni	Undersøkelse og behandling av voksne med nevrologiske tilstander - Bobath-konseptet	Oslo
16.-20. september	22. juni	Basal Kroppskjennskap I (BK I)	Svarstad
16.-20. september	22. juni	Basal Kroppskjennskap II (BK II)	Svarstad
19.-20. september	22. juni	Onkologi for fysioterapeuter - kreft og fysisk aktivitet	Oslo
19.-20. september	22. juni	Understand and explain pain (Lorimer Moseley)	Oslo
7.-9. oktober og 22.-23. november	22. juni	MT Basiskurs i undersøkelse og behandling av lumbal, bekken og hofta	Oslo
7.-9. oktober	22. juni	Fysioterapi i geriatrien - ortogeriatri/osteoporose	Bergen
7.-11. oktober	22. juni	Terapiridning trinn I	Oslo
14.-18. oktober	5. august	Helhetlig hjerterehabilitering - med trening som middel og mål	Stavanger
21.-24. oktober og to dager i februar 2014	28. august	Behandling av barn med psykiatriske og psykosomatiske vansker	Oslo
21.-25. oktober	5. august	Helse- og miljøarbeid - i et arbeidsmiljøperspektiv (HM 1)	Tromsø
24.-28. oktober	5. august	Medisinsk Treningsterapi (MTT)	Oslo
4.-7. november	30. august	Treningsfysiologi - trening for helse og prestasjon (tidligere treningslære)	Stavanger
4.-8. november	20. august	Fysioterapi for barn med lungesykdommer	Oslo
4.-8. november	5. august	Elektiv ortopedi	Oslo
4.-11. november og tre dager i 2014	18. august	Fysioterapi til intensivpasienter	Oslo
7.-8. november	30. august	Bevegelsesgrupper basert på psykomotoriske prinsipper I	Oslo
11.-14. november	20. august	Bekkenrelaterte plager II	Oslo
21.-22. november og 30.-31. januar	20. august	Grunnkurs i treningslære for fysioterapeuter	Trondheim

### KOMMER ...

- Fysioterapi for barn med funksjonsnedsettelse 0-6 år - BERGEN
  - Fordypningskurs i kropporientert psykologi - OSLO
  - Kurs i inflammatoriske revmatiske sykdommer - fokus på revmatoid artritt, ankyloserende spondylitt og bindevevssykdommer - OSLO
- Se [www.fysio.no/kurs](http://www.fysio.no/kurs), kurskalender 2013 for mer informasjon og påmelding.



# KURSOVERSIKT 2013 - ETTER FAGOMRÅDER

Det tas forbehold om endringer

## BARNE- OG UNGDOMSFYSIOTERAPI

15.-19. april	Fullt	Fysioterapi for barn med funksjonsnedsettelse 0-6 år del 1	Trondheim
15.-19. april	Fullt	Bevegelsesutvikling del 1	Oslo
23.-27. september	9. juni	Bevegelsesutvikling del 1	Trondheim
4.-8. november	20. august	Fysioterapi for barn med lungesykdommer	Oslo

## HELSE OG MILJØ

21.-25. oktober	11. august	Helse- og miljøarbeid - et arbeidsmiljøperspektiv (HM1)	Tromsø
-----------------	------------	---	--------

## FYSISK AKTIVITET

14.-18. oktober	11. august	Helhetlig hjerterehabilitering	Stavanger
24.-28. oktober	11. august	Medisinsk Treningsterapi (MTT)	Oslo
4.-7. november	30. august	Treningsfysiologi - trening for helse og prestasjon (tidligere treningslære)	Stavanger
7.-8. november	18. august	Bevegelsesgrupper basert på psykomotoriske prinsipper 1	Oslo
21.-22. november og 30.-31. jan.	22. august	Grunnkurs i treningslære for fysioterapeuter	Trondheim

## MANUELLTERAPI

6.-8. mai og 14.-15. juni	Få ledige plasser!	MT Basiskurs i undersøkelse og behandling av lumbal, bekken og hofter	Tromsø
2.-4. september og 25.-26. oktober	9. juni	MT Basiskurs i undersøkelse og behandling av cervical, kjeve, thoracal og skulder	Sogn og Fjordane
7.-9. oktober og 22.-23. november	22. juni	MT Basiskurs i undersøkelse og behandling av lumbal, bekken og hofter	Oslo

## ONKOLOGI

15.-19. april	Fullt	Onkologi - teoretisk grunnkurs	Trondheim
19.-20. september	22. juni	Kreft og fysisk aktivitet	Oslo

## GERIATRI

7.-9. oktober	22. juni	Fysioterapi i geriatrien - ortogeriatri/osteoporose	Bergen
---------------	----------	---	--------

## KVINNEHELSE

22.-25. april	Fullt	Bekkenrelaterte plager 1	Oslo
11.-14. november	20. august	Bekkenrelaterte plager 2	Oslo

## NEVROLOGI OG ORTOPEDI

25.-27. april og 3.-4. juni	Fullt	Smertebehandling for fysioterapeuter, teoretisk forståelse og praktisk anvendelse	Oslo
2.-4. sept. og 14.-15. november	9. juni	Fysioterapi for voksne med nevrologiske lidelser	Oslo
9.-13. sept., 7.-11. okt. og 2.-6. desember	9. juni	Undersøkelse og behandling av voksne med nevrologiske tilstander - Bobath-konseptet	Oslo
19.-20. september	22. juni	Understand and explain pain (Lorimer Moseley)	Oslo
4.-8. november	18. august	Eektiv ortopedi	Oslo

## PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

8.-10. april og 26.-27. august	Fortsatt ledige plasser!	Grunnkurs i fysioterapi og psykisk helse	Oslo
22.-24. april	Fortsatt ledige plasser!	BK - BARS SEMINAR	Svarstad
27.-30. mai	Fortsatt ledige plasser!	Praktisk kurs NPMF	Lillehammer
16.-20. september	22. juni	Basal Kroppskjennskap I (BK I)	Svarstad
16.-20. september	22. juni	Basal Kroppskjennskap II (BK II)	Svarstad
7.-8. november	30. august	Bevegelsesgrupper basert på psykomotoriske prinsipper 1	Oslo

## ULIKE FAGOMRÅDER

7.-11. oktober	11. august	Terapiridning trinn I	Oslo
----------------	------------	-----------------------	------

## HJERTE- OG LUNGEFYSIOTERAPI

14.-18. oktober	5. august	Helhetlig hjerterehabilitering - med trening som middel og mål	Stavanger
-----------------	-----------	--	-----------

## NYE KOLLEGAVEILEDNINGSGRUPPER

Vi setter i gang grupper i hele landet, avhengig av etterspørsel. Det må være minimum 5 deltakere i en region for å starte opp en gruppe. NFF har veiledere som kan lede kollegaveiledningsgrupper i nesten alle fylker. Hvis du ønsker gruppe der du bor, få med deg minimum fire kolleger og ta kontakt med oss.

Gruppene går over 17 timer, vanligvis fordelt på 6-8 samlinger på ettermiddagstid over en 6-9 mnd periode. Annen organisering er også aktuell dersom det er nødvendig for å få til grupper lokalt. Ta kontakt med Monica Haugen, mh@fysio.no, tlf 22 93 30 66 for nærmere info.

Målet er at alle som ønsker å delta i gruppe, skal kunne få et tilbud innen rimelig tid. Se her hvilke grupper som er tilgjengelige akkurat nå:

### Grupper som vil gå på ettermiddag/kveld:

Stavanger, Bergen, Kongsvinger, Kristiansand, Lillehammer og Trondheim.

### Grupper som vil gå på dagtid (2 X 2 ganger):

Narvik og Tromsø.



## ANDRE KURS OG MØTER

For søknader om forhåndsgodkjenning av kurs til spesialistordningen, se: [www.fysio.no/spesialistordningen](http://www.fysio.no/spesialistordningen)

### Kurs om Hovudpine

Stad: Fosnavåg på Sunnmøre, 19.04.2013

08.00 - 08.30	Registrering
08.30 - 09.30	Diagnose kriterier - Linde
09.30 - 10.00	Kaffe/ frukt
10.00 - 11.00	Klinisk bilde - Linde & Varkey
11.00 - 11.30	Farleg sekundær hovudverk/Raude flagg - Linde
11.30 - 12.00	Hovudverk av medikament overforbruk - Linde
12.00 - 13.00	Lunsj
13.00 - 14.00	Forskning: Fysisk trening og hovudverk - Varkey Akupunktur og hovudverk - Linde
14.00 - 14.15	Kaffe og kaker
14.15 - 15.00	Adferdsterapi i behandling av hovudverk - Varkey
15.00 - 15.45	Ikkje medikamentell behandling som massasje, manipulasjon, mobilisering m.m

**Forelesarar:** Lege Mattias Linde, Fysioterapeut Emma Varkey

**Arrangør:** Fysioterapeutane og ergoterapeut i Herøy

**PÅMELDING:** Tlf. 700 88 227

**E-post:** myrvaagfysioterapi@tussa.com

**Påmeldingsfrist:** 30.03.13

Bindande påmelding ved betaling innan 30.03.13.

**Kontonummer:** 3910.14.06222, Asbjørn Myklebust.

**Pris:** 1600 kr inkl lunsj, kaffi, kaker og frukt.

### GRUNNKURS I PERIFERE NERVELIDELSER

**Tema:** Gjennomgang av perifere nervelidelser som vi kan møte i vår fysioterapi-praksis. Anatomi. Diagnoser. Kliniske funn. Kasuistikker. Diff.diagnoser

**Bakgrunn:** Tidl.diagnosekurs/ Cyriax, 4de sem medisinstudiet (m.skj.sem), pas.materiale siste 33 år, hospitant dr Cyriax

**Sted:** Majorstuen Fysikalske Inst.og Akupunktur

**Tid:** lørd 09-15. Oppstart sept.-13 (evt minikurs annet sted/tidspunkt i Oslo-region etter avtale)

**Forordningskurs:** oppstart jan./febr.-14

**Pris:** 1200 (inkl kurskomp, lett servering)

**Henv./påmelding:** Jan Zernichow (tidl kursleder i diagnosekurs), 918 07 108 / 22 06 86 40, jzernich@online.no

### BERGEN

- Kommunikasjon og fysisk aktivitet som smertebehandling 18.-19. april
- Medisinsk Trenings Terapi (MTT) for NAKKE og ØVRE EKSTREMITET 20.-21. april



**Full kursplan:** [www.holteninstitute.com](http://www.holteninstitute.com)

**Kontakt:** Tom Arild Torstensen (+46 70 734 41 02)

**e-mail:** [info@holteninstitute.com](mailto:info@holteninstitute.com)



studio  
**PILATES**  
NORDISK INSTITUTT FOR FYSIO-PILATES

#### Kurs i Fysio-Pilates

Kursserie i tre deler som gir sertifisering som Fysio-Pilatesinstruktør.

**Målgruppe:** Fysioterapeuter og studenter fra 6.semester

**Kursledere:** Åse Torunn Bergem Odland og en erfaren instruktør fra instituttet.

**Tid:** 19.-21. April 2013, 20.-22. September 2013, 24.-26. Januar 2014

**Sted:** Studio Pilates, Møllendalsveien 61a, 5009 Bergen.

**Kursavgift:** kr 5900,- per helg, samt eksamensavgift kr 500,-

**Påmeldingsfrist:** først til mølla

**Påmelding:** tlf:55203360 eller e-post: [post@studiopilates.no](mailto:post@studiopilates.no)

## What is PEDro?

PEDro, the Physiotherapy Evidence Database, is a web-based database of evidence relevant to physiotherapy. PEDro provides rapid access to bibliographic details and abstracts of over 21,000 published reports of research including randomised controlled trials, systematic reviews and evidence-based clinical practice guidelines relevant to physiotherapy. Where possible, links to full-text versions of the reports are also provided.

The randomised controlled trials on PEDro are rated for quality to help you discriminate quickly between trials that are likely to be valid and interpretable and those that are not. These ratings help you to judge the quality and usefulness of trials to inform clinical decision making.

**PEDro is freely available at**

[www.pedro.org.au](http://www.pedro.org.au)



## UiO : Universitetet i Oslo

Studentopptak høst 2013

### Master i helsefagvitenskap

Avdeling for helsefag tilbyr Masterprogram i helsefagvitenskap (120 sp). Programmet sikter mot å utdanne kandidater med akademisk og tverrfaglig kompetanse innenfor et bredt helsefaglig felt. Denne kompetansen kjennetegnes både av faglig breddeorientering og en forskningsmessig spesialisering. Programmet vektlegger kritisk refleksjon og forskningsetisk bevissthet knyttet til utvikling og bruk av kunnskap. Programmet kvalifiserer for videre forskning og fagutvikling innenfor ulike kliniske og vitenskapelige arenaer.

#### Programmet kjennetegnes ved:

- forskningsbasert undervisning
- tverrfaglig studiemiljø
- tilknytning til et sterkt forskningsmiljø
- karrieremuligheter innen kliniske stillinger, leder-, utdannings- eller fagutviklingsstillinger og forskning

**Målgruppe:** Sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og andre med helse- og samfunnsfaglig bakgrunn.



**Organisering:** Heltid 2 år/deltid 3 år.  
Studiestart august 2013.

**Søknadsfrist: 15. april 2013**

**Mer informasjon:**

[www.uio.no/studier/program/helsefagvitenskap-master/](http://www.uio.no/studier/program/helsefagvitenskap-master/)

*"Kunnskapsdepartementets utdanningskvalitetspris i 2011"*

## Bli sertifisert Neurac-behandler!



**Bli med i det internasjonale, kvalitetssikrede nettverket av "Certified Neurac Providers"**

#### Sertifiseringen gir deg:

- Offisiell tittel som kan brukes i markedsføring
- Trygghet på at du er helt oppdatert på det siste av studier og klinisk erfaring innen Neurac
- Oppføring på liste over anbefalte behandlere
- Tilgang til forum med faglig informasjon, debatt og oppfølging

**Informasjon om kurskalender, påmelding og betingelser for sertifisering finner du på:**

[www.redcord.no/kurs](http://www.redcord.no/kurs)

#### Kontaktinfo:

Tlf: 37 05 97 70

E-post: [redcord@redcord.com](mailto:redcord@redcord.com)

[www.redcord.no](http://www.redcord.no)





# arbeidsmarkedet

Det er viktig å stille krav om lønn før man takker ja til en stilling. Lønn fastsettes på bakgrunn av arbeidstakerens kompetanse, erfaring og personlig egnethet, i tillegg til markedssituasjonen. Flere stillinger enn før har nå kun en sentralt fastsatt minstelønn, noe som gjør dette enda viktigere. NFFs tillitsvalgte på arbeidsplassen eller lokalavdelingen kan være behjelpelig med relevant informasjon til NFFs medlemmer. Priser og tidsfrister står på nest siste side. Annonser bestilles på [fysioterapeuten@fysio.no](mailto:fysioterapeuten@fysio.no)



## Steinkjer kommune

### 50% ledig avtalehjemmel i fysioterapi

Fra og med mars 2013 blir det ledig 50% driftsavtale ved Tessem fysioterapi i Steinkjer.

Overdragelse samt vederlag (50%) av fysioterapivirksomheten må avtales mellom overdragende og overtagende fysioterapeut, jfr ASA 4313.

Fysioterapiressursene er viktig i det forebyggende arbeidet i kommunen. Steinkjer kommune har i dag lange ventelister så det er behov for fysioterapeut som kan gi allmenn fysioterapi, samtidig som et sterkt fokus på rehabilitering er nødvendig. Samarbeid med fysioterapitjenester som har fokus på gruppebehandling og eldre gjennom trening skal prioriteres.

Faglig kompetanse, personlig egnethet, erfaring og samarbeidsevner vil bli vektlagt samt kjennskap til og evne til å drive privat praksis.

Opplysninger om driftsavtalen kan rettes til tjenesteenhetsleder Marit Strugstad, tlf. 74 16 88 51 / 906 910 38.

Søknad med CV sendes til tjenesteenhetsleder Marit Strugstad, Tjenesteenhet Dag- og døgnerhabilitering, Egge Helsetun, 7715 Steinkjer.

**Søknadsfrist: 5. april 2013.**

## ROMERIKE FYSIOTERAPI

Vi er et stort institutt som holder til i nye, moderne lokaler i Romerike Helsebygg, sentralt i Lillestrøm.

**Vi søker en fysioterapeut som kan jobbe 100% stilling.**

**Oppstart 1. juni.**

Her har du mulighet til å jobbe tverrfaglig med bl.a. leger, kiropraktor, legevakt, helsestasjon osv. Se [www.helserom.org](http://www.helserom.org) og [www.romerike-fysioterapi.no](http://www.romerike-fysioterapi.no).

**Søknader sendes:** [anita@romerike-fysioterapi.no](mailto:anita@romerike-fysioterapi.no). Snarest. Mobil 901 37 725.



## Lyngdal kommune

### Fysioterapeut

Lyngdal kommune har ledig 50% driftstilskudd.

Se [www.lyngdal.kommune.no](http://www.lyngdal.kommune.no) for fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema. **Søknadsfrist: 05.04.13.**



## Sarpsborg kommune

### • Driftstilskudd 100% - fysioterapi

– Enhet Forebyggende tjenester

Se annonsetekst på [www.sarpsborg.com](http://www.sarpsborg.com) med elektronisk søkeradministrasjon.



## Alta kommune

[www.alta.kommune.no](http://www.alta.kommune.no)

### Fysioterapeut avtalehjemler

Alta kommune har ledig 2 avtalehjemler for privatpraktiserende fysioterapeut. Avtalene er knyttet til Fysikalsk terapi AS og Elvebakken fysioterapi og akupunktur.

Det er god pasienttilgang i alle aldersgrupper. Begge institutt vektlegger trening og aktiv behandling.

Nærmere opplysninger om avtalehjemlene fås ved henv. til Karin Holm Olaussen, tlf. 977 68 502 eller Jørn Tore Johansen, tlf. 957 74 925 (Fysikalsk terapi) og Gunn Britt Mikkelsen, tlf. 905 97 101 / 78 44 53 99 (Elvebakken fysioterapi).

**Søknad sendes elektronisk via Alta kommunes hjemmeside [www.alta.kommune.no/jobb](http://www.alta.kommune.no/jobb) her finner du også fullstendig utlysningstekst.**

**Søknadsfrist: 08.04.13.**

Jobbnorge.no



## Asker kommune

### Ledig driftstilskudd

Ledig driftstilskudd fysioterapi 30t/uke fra 01.08.13.

Fullstendig utlysningstekst finner du på [www.asket.kommune.no](http://www.asket.kommune.no) under ledige stillinger.

## Fysioterapeuten nr. 4

Frist for stillingsannonser: 20. mars  
Utgivelse: 19. april

Bestilling sendes til [fysioterapeuten@fysio.no](mailto:fysioterapeuten@fysio.no)

# bransjeregisteret



• Vektavlastet gangtrening og annet rehabiliteringsutstyr  
• Bevegelsesanalyse  
• Woodway tredemøller  
• Ergospirometri/laktat



LiteGait

AkuMed AS | T 22 07 52 20 | [www.akumed.no](http://www.akumed.no) | [post@akumed.no](mailto:post@akumed.no)



Behandlingsutstyr og forbruksmateriell til din klinikk

[www.akupunkturbutikken.no](http://www.akupunkturbutikken.no)  
69 16 97 11 / 996 99 780  
[post@akupunkturbutikken.no](mailto:post@akupunkturbutikken.no)



Alt innen idrettsmedisinsk materiell, treningsartikler, ortoser, behandlingsbenker, sårer etc. Vi arrangerer en rekke kurs innen Kinesio Taping, Formthotics sålekonsept, trening etc. Forhandlerpriser til institutt, kommuner og institusjoner.

AlfaCare AS, 3676 Notodden, Tlf: 35 02 95 95, [post@alfacare.no](mailto:post@alfacare.no), [www.alfacare.no](http://www.alfacare.no)



– din totalleverandør av fysikalsk utstyr



Alere AS, Pb. 93 Kjelsås, N-0411 OSLO  
Tlf: 24 05 66 00. Fax: 24 05 67 80. [alere.no](http://alere.no)



“Behandlingsutstyr og forbruksmateriell”

Trykkbølge  
Super pulsert laser  
Biofreeze  
3DRX  
Behandlingsbenker

Elektroterapi  
Kinesiotape  
Ortoser  
Treningsutstyr  
Sirex treningsmatter

[www.altiusgruppen.no](http://www.altiusgruppen.no)



Du har kompetansen –vi har redskapene!

E-butikk  
[www.fysioett.no](http://www.fysioett.no)



Norsk produsent av medisinsk forbruksmateriell

Tlf. 67 17 74 40 Fax 67 17 74 74

**DIN TOTALLEVERANDØR**

## DORCAS

Førsteklasses produkter innen:  
Varme- og kuldebehandling - Ultralydgel  
Behandlingsbenker og -stoler  
Massasjeoljer - Kremer - Hygiene produkter

Dorcas AS - Åsa, 3512 Hønefoss  
Tlf. 32 16 17 90 - Faks 32 16 17 91 - E-post: [post@dorcas.no](mailto:post@dorcas.no)  
[www.dorcas.no](http://www.dorcas.no)

TUSENVIS AV FORNØYDE BRUKERE OVER HELE LANDET



**E-S Otto Preiss AS**  
Mailandveien 26 • 1473 Lørenskog  
Mail: [mail@otopreiss.no](mailto:mail@otopreiss.no)  
Web: [www.elektro-stim.no](http://www.elektro-stim.no)  
Tlf.: 67 92 76 00  
Størst utvalg – lengst erfaring!



**Ergonomiske produkter på arbeidsplassen**

[www.ergo-line.com](http://www.ergo-line.com)



how to move!

[exorlive.com](http://exorlive.com)  
Tlf: 22 54 08 70

For deg som lager treningsprogram til andre!

Vi gjør dagen din bedre



**FOLLO FUTURA**  
T: 64 94 21 65 F: 64 94 21 31  
[info@follo-futura.no](mailto:info@follo-futura.no) [www.follo-futura.no](http://www.follo-futura.no)

Din totalleverandør innen fysioterapi og trening!



**fysioPartner**

Tlf: 800 FYSIO / 23 05 11 60 Fax: 23 05 11 70  
[salg@fysiopartner.com](mailto:salg@fysiopartner.com) [www.fysiopartner.no](http://www.fysiopartner.no)

**Irradia**

Boks 65 Strømmen,  
2010 Strømmen  
Tlf. 928 31 651

**MID-Laser**  
Medical Intelligent Diode Laser

**Kurs Kristiansand**  
12.-13. januar  
[www.saits.no](http://www.saits.no)

Internett: [www.irradia.no](http://www.irradia.no) Epost: [info@irradia.no](mailto:info@irradia.no)

**Medictinedic**  
Behandlingsutstyr og forbruksmateriell til din klinikk

[www.medictinedic.no](http://www.medictinedic.no) – [post@medictinedic.no](mailto:post@medictinedic.no)  
Tlf. 69 16 97 11 / 99 69 97 80



**REHBAND**

BY OTTO BOCK

Tlf. 23 14 26 00 • Fax 23 14 26 56  
[info@ottobock.no](mailto:info@ottobock.no) • [www.rehband.com](http://www.rehband.com)



**combimed a.s**  
Ganske enkelt kvalitet

Telefon: 32 72 24 11  
Telefax: 32 72 24 15  
e-post: [post@combimed.no](mailto:post@combimed.no)

[www.combimed.no](http://www.combimed.no)

Fra pasient til medlem

[www.qicraft.no/helse](http://www.qicraft.no/helse)

## Qicraft

training · equipment · solutions



hjelpemidler




- Bekkenbelte
- Treningsutstyr
- Gåstol – barn 9 mnd og opp til voksne

Tlf. 51 58 87 81 [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

**Komplett lasersortiment**



**Skanlab Laser™**  
808nm 100-500mW



**Photonics 500**  
638nm/150mW + 810nm/500mW

Tlf. 69 35 20 80. Fax. 69 35 20 81. E-post: [info@skanlab.no](mailto:info@skanlab.no)  
[www.skanlab.no](http://www.skanlab.no) [www.enraf-nonus.com](http://www.enraf-nonus.com) [www.rj-laser.com](http://www.rj-laser.com)

## Bli med i bransjeregisteret!

Mange fysioterapeuter sitter sentralt plassert i offentlige institusjoner og i private fysikalske institutt. De har stor innflytelse på hva som skal kjøpes inn av hjelpemidler, treningsapparater, inventar og annet spesialtilpasset utstyr. I tillegg er fysioterapeuter viktige formidlere av informasjon om det å leve et aktivt liv, med sport- og friluftaktiviteter. Ved å registrere deg i vårt bransjeregister sikrer du deg oppmerksomhet på ditt firma og dets produkter.

**Din leverandør**



Pulsert korbølge  
**Curapuls 670**



**Manumed Optimal**  
5-delt elektrisk benk (225)

Tlf. 69 35 20 80. Fax. 69 35 20 81. E-post: info@skanlab.no  
www.skanlab.no www.enraf-nonusius.com



EXTENSOR  
HELSEFELIG PASIENTADMINISTRASJON

**extensor.no**  
Leverandør av journalsystem



kima med  
ortoser og hjelpemidler

Tlf. 75 50 74 30 www.kima.no

**Alltid oppdatert**



SKANLAB AS

Tlf. 69 35 20 80. Fax. 69 35 20 81. E-post: info@skanlab.no  
www.skanlab.no



PHYSICA  
ONLINE JOURNALSISTEM

35 05 79 10

**WWW.PHYSICA.NO**



www.KKTape.no

**Din Trykkbølge Partner**



1-4Bar  
1-15Hz  
Menystyrt  
Touch screen  
Kun 7 kg og bærbar

Tlf. 69 35 20 80. Fax. 69 35 20 81. E-post: info@skanlab.no  
www.skanlab.no www.shockwavetherapy.eu



ProMed  
for Windows



PVF  
Programvare  
forlaget AS

- ▶ Elektronisk oppgjør
- ▶ NHH - Partner
- ▶ Online Booking og SMS

Norges mest brukte journal- og administrasjonssystem

Kontakt oss på: 22 62 72 40 - www.pvf.no

**PEARSON** ALWAYS LEARNING

Instrumenter for vurdering av fin- og grov-motoriske ferdigheter hos barn og ungdom

[www.pearsonassessment.no](http://www.pearsonassessment.no)



**Solid og prisgunstig utstyr**



sportsmaster.no

post@sportsmaster.no – www.sportsmaster.no  
Tlf. 66 85 04 60

### TEST-, TRENINGUTSTYR/HJELPEMIDLER

Leverandør av hjelpemidler for barn og voksne



Bamse Produkter

www.bamseprodukter.no 69 30 01 05



MERIDA FITNESS

Leverandør av trimprodukter til:

- hjemmetrening
- restitusjon
- treningsstudioer
- fysioterapeuter
- kiropraktorer

WWW.MERIDA.NO

Importør: Stians Sport AS Tlf. 22 51 55 10



OTTO PREISS

Støtteprodukter og treningsutstyr



Lojer

Mail: mail@ottopreiss.no  
Web: www.elektro-stim.no  
Tlf.: 67 92 76 00



Sissell

Størst utvalg – lengst erfaring!

**Ledig plass!**



FOLLO FUTURA

Norges største produsent av fysikalske behandlingsbenker, MTT og rehabiliteringsutstyr

Tlf. 64 94 21 65 - Fax 64 94 21 31  
info@follo-futura.no - www.follo-futura.no

### DATAPRODUKTER



ARKO Therapeut  
- For din effektivitet -

Fornøyde kunder 57 72 70 20

Lettlært  
Oversiktlig  
Brukervennlig

www.arko.no  
firmapost@arko.no

**30 år som totalleverandør av TRENINGUTSTYR**

Gymline AS | Tlf: 69 34 36 20 | post@gymline.no | www.gymline.no



GYM Live



LifeFitness



HAMMER STRENGTH



TRX

## bransjeregisteret

■ Tidsskriftet Fysioterapeuten er landets største og beste annonseorgan for fysioterapeuter, både når det gjelder produktannonser, stillingsannonser og annonser for møter, kurs og konferanser.

### Liten modul, 57x20

11 utgaver: kr. 5.700

### Medium modul, 57x30

11 utgaver: kr. 7.400

### Stor modul, 57x40

11 utgaver: kr. 9.600

■ Ta kontakt med Randi Oppegård i HS Media, tlf. 62 94 69 76, mail: ro@hsmedia.no



# kalender

## MARS

**20.-21. Oslo**

Unios konferanse for høyere utdanning og forskning.

Arr: Unio

Info: [www.unio.no](http://www.unio.no)

**22.-23. Oslo**

Shoulder rehabilitation

Arr.: Smertebehandling as

Info: [www.smertebehandling.info](http://www.smertebehandling.info)

## APRIL

**8.-9. Oslo**

Frisklivskonferanse 2013

Arr.: Helsedirektoratet

Info: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

**11.-12. Oslo**

CFS/ME-konferanse.

Arr: Norsk sykehus- og

helsetjenesteforening

Info: [www.nsh.no](http://www.nsh.no)

## MAI

**23. Bergen**

Kunnskapssenterets

årskonferanse. «Fra databasene til klinisk praksis»

Arr: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Info: [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

**27.-31. Tjøme**

Forskning i fjæra – workshop i kunnskapsbasert praksis og helsetjeneste.

Arr: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



Info: [kari.haavelsrud@kunnskapssenteret.no](mailto:kari.haavelsrud@kunnskapssenteret.no)

**28.-31. London**

European Stroke Centence

Info: [www.eurostroke.eu/](http://www.eurostroke.eu/)

**30.5 - 1.6. Amsterdam**

1<sup>st</sup> World Congress on Pelvic Pain.

Info: [www.pelvicpain-meeting.com](http://www.pelvicpain-meeting.com)

## JUNI

**5. Tromsø**

CP-Konferansen 2013

Info: [www.cp.no](http://www.cp.no)

**6.-7. Oslo**

NFFs fagdager

Info: [www.fysio.no/fagdager](http://www.fysio.no/fagdager)

**18.-20. Oslo**

38th World Hospital Congress:

Future Healthcare

Info: [www.oslo2013.no](http://www.oslo2013.no)

## OKTOBER

**24. Oslo**

Fagdag for fysioterapeuter som arbeider med pasienter med revmatiske sykdommer

Info: [camilla.fongen@diakonsyk.no](mailto:camilla.fongen@diakonsyk.no)

**27.-31. Dubai**

8th Interdisciplinary World Congress on Low Back & Pelvic Pain. Advances in multidisciplinary research for better spinal/pelvic care.

Info: [info@worldcongresslbp.com](mailto:info@worldcongresslbp.com), [www.worldcongresslbp.com](http://www.worldcongresslbp.com)

## NOVEMBER

**27.-29. Hamar**

NFFs landsmøte 2013

### Årsabonnement 2013:

Norge: 1.100 kroner. Utland: 1.150 kroner.

Offentlige institusjoner: 950 kroner.

For medlemmer av NFF inngår årsabonnementet i medlemskontingenten. Årsabonnementet løper til det blir skriftlig oppsagt.

### ANNONSEPRISER - 2013

For bestilling av stillings- og kursannonser, kontakt [fysioterapeuten@fysio.no](mailto:fysioterapeuten@fysio.no)

### Stillingsannonser:

Per sp. mm.: Kr. 42.

Spaltebredde: 88 og 180 mm.

10 % rabatt ved 2. gangs innrykk av samme annonse i påfølgende nummer ved samlet bestilling. Byråprovisjon: 3,5 prosent.

### Møter og kurs:

Møter og kurs hvor NFFs interessegrupper, avdelinger, faggrupper (ikke enkeltmedlemmer) står som arrangør: gratis.

Møter og kurs hvor andre utenom NFF står som arrangør:

Per sp. mm.: Kr. 30.

Spaltebredde: 88 og 180 mm.

### Internett:

Stillingsannonser kun på nett: Kr. 4.000.

Kursannonser kun på nett: kr. 3.000.

Alle priser er ekskl. moms.

### FRISTER 2013

Nr.	Frist kursann./debatinnlegg	Annonsefrist stilling ledig	Utgiv. dato
4	18/3	20/3	19/4
5	15/4	19/4	10/5

Fristene som er angitt, gjelder mottatt i redaksjonen. Merk forskjellige frister for kurs- og stillingsannonser. Bestillingsfrist, materiellfrist og annulleringsfrist er samme dato. Reklamasjonsretten bortfaller hvis materiellfrist ikke overholdes.

### PRODUKTANNONSER

Randi Oppegård, HS Media as, Postboks 80, 2260 Kirkenær Tlf. 62 94 69 76, e-post: [ro@hsmedia.no](mailto:ro@hsmedia.no)

### ANDRE ANNONSER

Kirsten Stiansen

Tlf. 22 93 30 60, e-post: [ks@fysio.no](mailto:ks@fysio.no)

### ANNONSEMATERIELL

Elektronisk. Tilleggsomkostninger for annet materiell belastes kunden.

Tekniske data:

Format: 210 x 280 mm.

Satsflate: 180 x 247 mm.

### OPPLAG

8.800

### TRYKK

Mercur-Trykk AS



## Vi trenger tips til kalenderen

Fysioterapeuten trenger informasjon om seminarer, konferanser og andre begivenheter som er av interesse for norske fysioterapeuter.

Bidrag til kalenderen sendes: [fysioterapeuten@fysio.no](mailto:fysioterapeuten@fysio.no)

En leverandør - Ett kontaktpunkt

**PHYSICA**  
ONLINE JOURNALSYSTEM

Glem CD'er! Oppgjør til HELFO som elektronisk melding uten krav om helsenett.

VEDLIKEHOLDSFRITT

ALLTID OPPDATERT

SIKKERT



☎ 35 05 79 10

WWW.PHYSICA.NO

## UFO ANKELORTOSER

- alle størrelser, også for barn



ORTHOMERICA  
PRODUCTS, INC.



UFO™

Universal Plantar Fasciit ortose

Orthomericas nattortose for effektiv behandling av Plantar Fasciit, spissfot og achillestendinit.

**kima med**  
ortoser og hjelpemidler

Tlf. 75 50 74 30 Fax 75 50 74 31  
post@kima.no www.kima.no

© www.vdesign.no 2011

# Kjøp treningsutstyret hos fagfolk!

## Kondisjon, Crossfit og basistrening

- Tredemøller
- Spinningsykler
- Ellipsemaskiner
- Romaskiner
- Kettlebells
- Slynger
- Tau
- Bumperplates
- Matter
- Trimgulv
- Pulsklokker



**Tredemøller**  
Kr 5.950 – 39.500.-



**Kettlebells**  
4-32 kg



**Lifeline slyngesystem**

**sportsmaster.no**  
TRENINGSAPPARATER

Nettbutikk: [www.sportsmaster.no](http://www.sportsmaster.no)  
Butikk: Nesbruseret • Telefon: 66 85 04 60

NOISSN 0016-3384  
Returadresse:  
Norsk Fysioterapeutforbund  
Postboks 2704, St. Hanshaugen  
N – 0131 Oslo

Foto: NTB Scampix



## – RIKTIG UTSTYR ER EN VIKTIG SUKSESSFaktor.

Aksel Lund Svindal

**Skiforbundet benytter trykkbølge-  
behandlingsutstyr fra Enimed for å  
finslepe formen i sesongen 2013.**

**Trykkbølgebehandling (ESWT) er en effektiv metode for behandling av kroniske senelidelser. Musearm, akillessmerter, kalkskulder, jumpers knee og plantar fasciitis behandles uten operasjon, kortison eller medisinbruk (1–8). Nyere erfaringer og studier viser også gode resultater av trykkbølgebehandling på stimulering av vekst og tilhelning av benvev (9).**

### **Det eneste trykkbølgeutstyret i Norge med dokumentasjon på klinisk effekt**

SWISS DOLOR CLAST fra den sveitsiske kvalitetsprodusenten EMS er det eneste utstyret og metoden på det norske markedet som kan dokumentere resultater fra en rekke vitenskapelige, randomiserte, uavhengige og kontrollerte kliniske undersøkelser. Det vises til «evidence class 1»-dokumentasjon fra studier i flere land. Utstyret er blant annet godkjent av det meget strenge amerikanske godkjenningsorganet FDA – Federal Food and Drug Administration. Referanser og utfyllende dokumentasjon, finnes på nettsiden [enimed.no](http://enimed.no)

### **Det komplette behandlingsutstyret**

Behandlingsutstyret består av ulike moduler og modeller med spesialiserte egenskaper for å oppnå best resultat og effekt. Med en kombinasjon av klassisk/bred penetrasjon og

dyptvirkende/fokusert penetrasjon inn i behandlingsområdet, gjøres behandlingen optimal.

### **Enimed er importør og distributør**

Enimed sørger for opplæring i bruk og metode, kalibrering av utstyr, service og reservedeler ved behov. En rekke klinikker over hele Norge innen fysisk medisin og rehabilitering tilbyr nå trykkbølgebehandling med vårt utstyr.

**For mer informasjon, dokumentasjon og oversikt over alle klinikker som tilbyr behandling med vårt utstyr, se [enimed.no](http://enimed.no) eller [trykkbølgebehandling.no](http://trykkbølgebehandling.no)**



Benyttes av  
Norges Skiforbund



**Swiss Smart®**  
Komplett trykkbølgeutstyr  
fra Swiss Dolor Clast®

**Litteratur:** 1. Am J Sports Med 2008;36:2100-2109 - Gerdesmeyer L, Frey C, Vester J. m.fl. 2. Am J Sports Med 2009;37:463-470 - Rompe JD, Furia J, Maffulli N. 3. J Bone Joint Surg Am 2008;90:52-61 - Rompe JD, Furia J, Maffulli N. 4. Am J Sports Med 2007;35:374-383 - Rompe JD, Nafe B, Furia JP, Maffulli N. 5. Am J Sports Med 2009 Sep 23 [Epub ahead of print] - Rompe JD, Caccio A, Furia JP, m.fl. 6. Am J Sports Med 2009;37 1981-1990 - Rompe JD, Segal NA, Cacchio A, m.fl. 7. Am J Sports Med 2009;37:1806-1813 - Furia JP, Rompe JD, Maffulli N. 8. Brit Med J 2009;339:b3360. doi: 10.1136/bmj.b3360. - Engebretsen K, Grotle M, Bautz-Holter m.fl. 9. Arch Orthop Trauma Surg. 2011 Mar;131(3):303-9. Epub 2010 Aug 22. Hausdorf J, Sievers B, m.fl.

Importør / distributør:

**enimed.no**