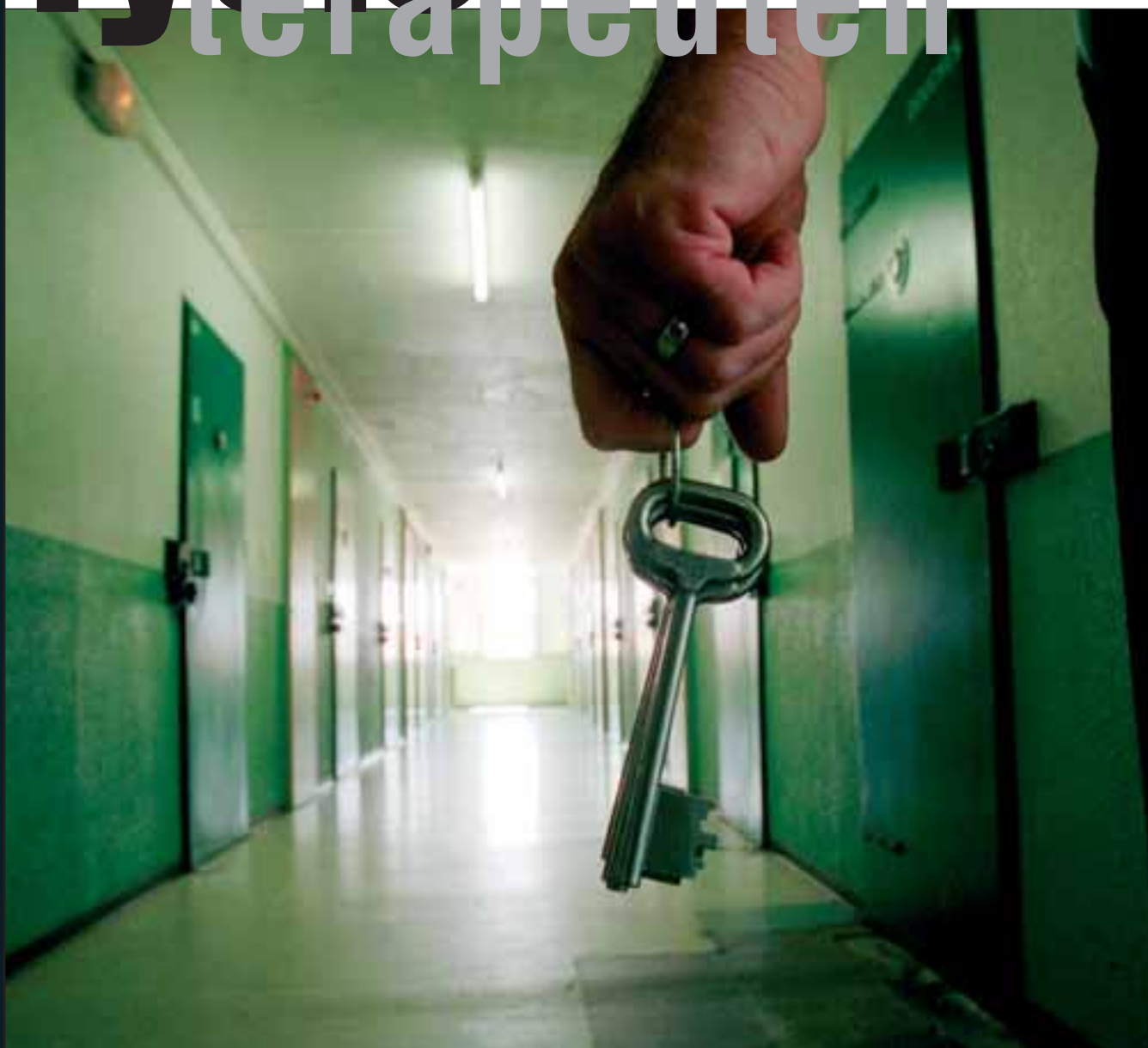


fysio terapeuten



Fysioterapeut bak lås og slå, side 26

Vil kontrollere akupunktur og refusjon, side 5

Rehabilitering ved rift i acetabulær labrum, side 14

Redcord® Stimula



Kjøpe eller lease, valget er ditt!

Pris kr 29.000,-

Alternativ: leasing fra kr 639,- pr mnd

Prisene er eks. mva.

Oppsiktsvekkende gode resultater

'Klinisk erfaring har vist at Redcord Stimula er en enda mer effektiv og viktig del av Neurac behandling enn vi antok på forhånd.

Vi får behandlingsresultater vi aldri har vært i nærheten av tidligere. I mange tilfeller oppleves raskere resultat enn man skulle tro var mulig. Spesielt gjelder dette spontaneffekt på funksjon, samt i smerte-behandling.'

*Gitle Kirkesola
Manuellterapeut, Redcord Clinic Lysaker*

Redcord Stimula muliggjør kontrollert vibrasjon (frekvens, tilført energinivå / vibrasjonsmønster og tid) som kan tilføres lokalt i lukket kinetisk kjede. Dette skjer via spesielle teknikker og stillinger der man benytter Redcord workstation som helt nødvendig verktøy. Redcord Stimula er et resultat av flere års utvikling, systematisk klinisk testing, innsamling av erfaringer og re-testing.

Benytt anledningen!
Tilby denne behandlingen til dine pasienter og kunder.
Les mer om Redcord Stimula på www.redcord.no/stimula

* Behandlingsresultatene bygger på kliniske erfaringer og data. Vitenskaplig dokumentasjon av effekt og virkningsmekanismer foreligger ikke. Forskningsprosjekter er i gang for å fremskaffe slik dokumentasjon.

Aktuelt

- 5** NAV vil kontrollere bruk av akupunktur og refusjon
- 6** Skjebnedager for MT-studiet
- 7** Ny fysioutdanning tidligst i 2011
- 8** – En fri og uavhengig bedriftshelsetjeneste
- 10** Tar ansattes problemer til topps i bedriften
- 12** Nytt om opptrening etter hjerneslag

Fag

- 14** Rehabilitering etter atroskopi av rift i acetabulær labrum
- 22** Blikk på forskning
- 23** Fagdebatt
- 24** Fagaktuelt

Reportasje

- 26** Fysioterapeut bak lås og slå

Fra leserne

- 32** Om identitet
- 33** Studentspalten

Faste spalter

- 34** Arbeidsmarkedet
- 37** Møter og kurs
- 45** Bransjeregisteret
- 47** Informasjon fra NFF



6

Usikkert. Masterstudiet i manuellterapi ved Universitetet i Bergen (UiB) går en usikker framtid i møte. Det medisinsk-odontologiske fakultetet skal innen 1. juni bestemme om studiet får fortsette. Det står om skarve 1,65 millioner kroner. UiB har siden fakultetet overtok studiet i 2004 betalt dette beløpet, men har nå gitt fakultetet beskjed om å dekke beløpet innenfor eget budsjett.



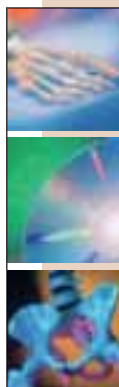
10

Mer synlig. Faggruppen for ergonomi blir beskyldt for å være lite synlig i NFF. Faggruppeleder Katarina Schiller Langaard sier de er mer synlig ute i felten. Der står utfordringene i kø. Blant annet skal faggruppen sammen med NFF skrive høringsuttalelse til de nye bransjeforskriftene.
– Vårt hovedfokus er forebyggende og helsefremmende arbeid og vi jobber derfor lite kurativt, sier faggruppelederen.



12

Disputerte. Torunn Askim disputerte nylig for doktorgraden med avhandlingen «Recovery after stroke – assessment and treatment; with focus on motor function». Den viser blant annet god effekt av trening med begrenset bruk av frisk side. Slagenheten ved St. Olavs Hospital har sterkt fokus på tidlig mobilisering av slagpasienter i akuttfasen.



24

Kunnskapsoversikt. Pasienter med kronisk tretthetssyndrom føler sin identitet truet når legen stiller spørsmål om sykdommens legitimitet. Legene er på sin side tilbakeholdne med diagnosen og strever med sin profesjonelle autoritet. Dette går fram av en norsk kunnskapsoversikt i tidsskriftet Patient Education and Counseling.



Fysioterapeuten nr. 6 • 2008

Redaksjonen avsluttet 16. mai 2008

ISSN 0016-3384

Forside: Sylvie Dervaux



Trykkeri: Stens trykkeri as
Opplag: 7.900

Fysioterapeuten på nett:
www.fysioterapeuten.no

En skikkelig skvis

Dette er gammelt nytt, men det dukker stadig opp nye problemstillinger som minner oss om konsekvensene. Vi snakker om den sterke norske troen på at det meste løses best lokalt; kommunalt selvstyre. Dette er et helt sentralt aspekt ved norsk politikk som har mye positivt ved seg. Baksiden av medaljen er at sentrale myndigheter har gitt fra seg mye av muligheten til å styre pengestrømmen akkurat dit de vil.

Flere politiske satsingsområder kommer i en skikkelig skvis i et slikt system. Det gjelder blant annet forebygging, rehabilitering, skolehelsetjeneste og andre områder der fysioterapeuter er engasjert. Alt som ikke er akutt og/eller lovpålagt kommer fort både i andre og tredje rekke når vanskelige prioriteringer skal gjøres.

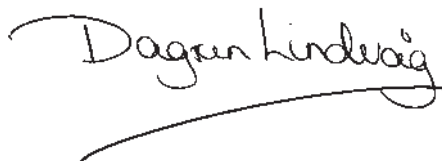
Samtidig ser vi at bevilgningene til spesialisthelsetjenesten, i all hovedsak helseforetakene, øker sterkt år for år. Her er det også en parallell til kommunene. Både kommuner og helseforetak får store rammeoverføringer, men det følger sjelden med detaljerte krav til hvordan pengene skal brukes. I helseforetakene fører det ofte til at for eksempel rehabilitering og opptrening taper kampen om kronene, selv om «alle» er enige i at dette er viktig.

Pilen peker bare oppover når det gjelder overføringer til sykehusene. I revidert nasjonalbudsjett som ble lagt fram 15. mai kom det en ekstraordinær økning til det mye omtalte sykehotellet på Radiumhospitalet. Denne bevilgningen vil ganske sikkert utløse nye krav om ekstra bevilgninger også fra de andre helseforetakene.

Et annet eksempel i revidert nasjonalbudsjett er ordningen «Raskere tilbake», som gjennom helse- og rehabiliteringstiltak skal sørge for at sykmeldte kommer raskest mulig tilbake på jobb. Forbundsleder Eilin Ekeland uttalte i en kommentar at regjeringen ikke gjør annet enn å omtale «flaskehalsproblematikken» i «Raskere tilbake». Det foreslås ingen konkrete tiltak som kan styrke fysioterapitilbudet, til tross for at det mange steder er lang ventetid på behandling. Arbeids- og inkluderingsdepartementet påpeker bare at «det oppstår flaskehals i kjeden av helse- og rehabiliteringstiltak». Ja vel, men hvem skal gjøre noe med det?

Fysioterapi, som sjelden handler om «liv og død», er en type tjeneste som taper en del på dette systemet. Fysioterapeutene havner i en skikkelig skvis, mellom fagre ord om viktige satsingsområder og politikernes vilje til å øremerke midler til konkrete tiltak. I et slikt system må man rope høyt for å bli hørt.

Men for å bli hørt må man syns. Fysioterapeuter må derfor kaste seg frampå der viktige beslutninger tas.



Stensberggt. 27
P.B. 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo.
Tlf. 22 93 30 50. Telefaks: 22 56 58 25.
E-post: fysioterapeuten@fysio.no
www.fysioterapeuten.no

UTGIVER
Norsk Fysioterapeutforbund

REDAKSJON

Redaktør: Dagrun Lindvåg, tlf. 22 93 30 59,
dl@fysio.no
Journalist: Heidi Johnsen, tlf. 22 93 30 58,
hj@fysio.no
Fagredaktør: Fysioterapeut Kjartan Vårbakken,
tlf. 22 93 30 85, fagredaktor@fysio.no
Layout: Kirsten Stiansen, tlf. 22 93 30 60,
ks@fysio.no

REDAKSJONSUTVALG

Wenche S. Bjorbækmo, Universitetet i Oslo.
Tlf. 22 85 84 10
w.s.bjorbakmo@medisin.uio.no
Helge Hæstad, Universitetssykehuset i Nord-Norge
Fysioterapiavdelingen. Tlf. 77 62 64 10
Helge.Haestad@unn.no
Liv Inger Strand, Universitetet i Bergen
Tlf. 55 58 61 23, Liv.Strand@isf.uib.no
Jan Harry Størksen, Høgskolen i Sør-Trøndelag
Tlf. 73 55 92 75, Jan.Harry.Storksen@hist.no

PRODUKTANNONSER

Ronny Grenberg, tlf. 62 94 10 37,
e-post: ronny.grenberg@hsmedia.no

ANDRE ANNONSER

Kirsten Stiansen, tlf. 22 93 30 60,
e-post: ks@fysio.no

TRYKK

Stens trykkeri as

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). Tidsskriftet følger pressens Vær varsom-plakat og Redaktørplakaten.

NAV vil kontrollere bruk av akupunktur og refusjon

NAV skal kontrollere i hvilken grad privatpraktiserende fysioterapeuter krever refusjon for akupunktur. Bakgrunnen er mistanke om urettmessig bruk av refusjonsordningen.

Av Heidi Johnsen
hj@fysio.no

– På bakgrunn av pasientopplysninger har vi mistanke om at det er fysioterapeuter som bruker refusjonsordningen når de behandler med akupunktur, sier Helga Rudjord, rådgiver i Arbeids- og velferdsdirektoratet, til Fysioterapeuten. Hun understreker at akupunktur er alternativ behandling som ikke kan utløse refusjon.

– Fysioterapeuter som får driftstilskudd kan inngå en avtale om direkte oppgjør med NAV. Denne avtalen gir fysioterapeuten rett til å kreve refusjon fra trygden. Gjennom avtalen får de informasjon om hvilke plikter og rettigheter de har i forhold til NAV. Det fremgår av Folketrygdloven § 5-8 hva fysioterapeuten kan kreve refusjon for, sier Rudjord.

– Kan dere avsløre bruken av akupunktur via oppgjøret?

– Vi kan ikke slå dette fast ved bare å se på regningene NAV får fra fysioterapeuten. Årsaken til at dette har kommet opp er tilbakemeldinger fra pasienter, sier rådgiveren.

Rudjord vil ikke gå inn på hvordan kontrollen skal gjennomføres, men siden NAV har identifisert et problem, må dette undersøkes nærmere.

– Hva vil dere gjøre hvis problemet viser seg å være reelt?

– Valg av tiltak vil være avhengig av feilbrukens alvorlighetsgrad. Aktuelle reaksjonsformer kan for eksempel være informasjon, pålegg om å endre praksis eller krav om tilbakebetaling av refusjon som er utbetalt på feil grunnlag. Vår oppgave er å sikre at det NAV betaler ut er i tråd med lover og



forskrifter, sier hun.

NAV har blant annet fått spørsmål om takst for elektroterapi kan brukes ved behandling med strømførende nåler. Svaret fra Rudjord er helt klart: Nålebehandling er ikke refusjonsberettiget fysioterapi. ■

Kontroll. NAV har mistanke om at fysioterapeuter bruker refusjonsordningen når de behandler med akupunktur. Det er ikke tillatt.

Foto: Heidi Johnsen

– Behov for opplæring

– Det er fint at NAV ønsker å rydde opp, og at de vil gjerne ha oss med. Men det er litt bakvendt å starte med kontroll og ikke med opplæring i et vanskelig lovverk, sier Jorunn Lunde, seniorrådgiver i NFFs fagseksjon, til Fysioterapeuten.

En fysioterapeut som driver privat praksis med driftstilskudd plikter å forholde seg til Folketrygdloven. Lunde understreker at akupunktur ikke dekkes av Folketrygden.

– Forskriften i Folketrygdloven § 5-8 Fysioterapi sier hva du kan gi av behandling i forhold til hva du kan motta av ytelser. I det øyeblikket du skriver avtale med NAV, skriver du under på at du kjenner dette lovverket. Vi er usikre på om alle fysioterapeuter kjenner dette godt nok, sier Lunde

– Men er det ikke fysioterapeuters plikt å holde seg oppdatert om det regelverket de

skal forholde seg til?

– Jo, men jeg kan godt forstå at dette er vanskelig. Derfor synes jeg kanskje at NAV skulle ta mer ansvar for å gi fysioterapeuter generelt opplæring eller orientering i dette lovverket. Fysioterapeuter kjenner takstplakaten som NFF lager for at systemet skal bli bedre å forstå, sier Lunde.

– Vet NFF at fysioterapeuter tar betalt over trygden for akupunkturbehandling?

– Vi kan ikke være sikre på om noen hever refusjon for dette, men vi er klar over at fysioterapeuter bruker nålebehandling/akupunktur, og at det har kommet for å bli. Dette er en metode som integreres i fysioterapifaget i de fleste vestlige land og er den delen av akupunktur som følger forskningsmodeller fra vestlig medisin. Det generelle problemet er trolig at ikke alle kjenner forskriftene godt nok, sier Lunde.

– Kommer NFF til å foreta seg noe i denne saken?

– NFF er i gang med et arbeid hvor de skal definere akupunktrens plass i fysioterapien. Sverige og Danmark har gjort dette innenfor «klare» grenser. Arbeidet, som skal være ferdig i løpet av høsten, skal kunne ut i en utredning som skal behandles i NFFs politiske organer, sier Jorunn Lunde. ■

Skjebnedager for MT-studiet

1. juni er D-dag for MT-masteren ved UiB. Da må Det medisinsk-odontologiske fakultet ta den endelige avgjørelsen om studiet får fortsette. Det står om skarve 1,65 millioner kroner. Kunnskapsminister Bård Vegar Solhjell regner med at UiB finner en løsning begge parter vil være tjent med innenfor de gitte budsjetttrammene.

Av Heidi Johnsen
hj@fysio.no

Solhjells uttalelse var et svar til stortingsrepresentant Laila Dāvøy som i en interpellasjon stilte spørsmål om statsråden kunne sikre at masterstudiet i manuellterapi ikke blir lagt ned. I revidert nasjonalbudsjett fikk Universitetet i Bergen 15.8 millioner kroner i ekstra bevilgninger for 2008, men det er uvisst hvordan det vil påvirke fakultetets prioriteringer. NFFs hovedorganisasjon Unio har også engasjert seg i saken og sendt brev til universitetet.

Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter ble vedtatt opprettet som et permanent studietilbud av universitetsstyret 3. juni 2004. Vedtaket innebar at studiet etter en oppstartperiode på to år skulle finansieres innenfor Det medisinsk-odontologiske fakultets budsjetttramme. Regningen er hittil betalt av UiB, men fra 2009 skal fakultetet overta. Fakultetet avslår og skylder på manglende midler til rammefinansieringen. Ballen kastes tilbake til UiB, som har sendt brev til Kunnskapsdepartementet om problemet. Departementet har gitt beskjed om at de avventer universitetsstyrets behandling av saken.

Ber om hjelp

8. mai sendte studieleder Alice Kvåle en direkte henvendelse til Kunnskapsdepartementet (KD), der hun ber om hjelp til å få på plass en permanent løsning for masterstudiet. Hun begrunner henvendelsen med at studiet står i umiddelbar fare for å bli ned-



D-dag. Det er fortsatt uklart om masterstudiet i manuellterapi får fortsette. Fristen er 1. juni. Arkivfoto

lagt etter vel sju år med vellykket drift. Hun synes det er beklagelig at KD har signalisert at de avventer behandling av saken i Universitetsstyret og derfor ikke har kommet med noen tilbakemelding på henvendelsen.

– Dette blir fra flere hold oppfattet som en manglende interesse for og støtte til vårt utdanningstilbud, skriver Kvåle.

I brevet formidler hun også signalene fra fakultetet om at en eventuell nedleggelse av masterstudiet i manuellterapi kun handler om økonomi og ikke kvalitet. Slik saken har utviklet seg er den blitt en kasteball mellom universitetet og fakultetet.

Stort engasjement

Fysioterapeuten har forelagt problemet for stortingsrepresentant Harald T. Nesvik (FrP), leder i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Som helsepolitiker synes han forslaget høres sprøtt ut og vil ta dette opp med kolleger i utdanningskomiteen.

Fakultetets prioritering vil veie tungt

– Universitetets ledelse og styre vil legge stor vekt på fakultetets prioriteringer i spørsmålet om masterstudiet i manuellterapi. Når fakultetet har fattet sitt endelige vedtak, vil vi ta en gjennomgang av beslutningen, sier Sigmund Grønmo, rektor og styreleder ved Universitetet i Bergen, til Fysioterapeuten.

Det siste som har skjedd er ifølge Grønmo at universitetet har fått en e-post fra Kunnskapsdepartementet med beskjed om at de ikke går inn i slike saker. Også styrelederen påpeker at problemet med MT-studiet er at det aldri har vært inne i den ordinære rammen. Utfordringen for universitetsstyret blir derfor å se om det er rom for en permanent finansiering.

– Problemet er at universitetene i 2007 fikk det såkalte hvileskjærskuttet. For UiB utgjorde dette 30 millioner kroner, som også ble videreført til 2008. Vi jobber nå sammen med andre universiteter for å få dette tilbake, sier Grønmo.

Stortingsrepresentant Gunnar Gundersen (Høyre), medlem i Stortingets utdanningskomité, sier at han i første rekke ser det som et akutt problem når det gjelder basisbevilgninger. Han vil sette seg inn i den aktuelle problemstillingen og ta det opp med andre involverte på Stortinget. Høyre-politikeren mener at studiet er viktig, og han er positiv til resultatene manuellterapeutene kan vise til.

Meningsløst

Både Peter Chr. Lehne og Fred Hatlebrekke jobbet i sin tid i NFFs faggruppe for manuellterapi med å få etablert MT-masteren. Hatlebrekke, leder i NFFs faggruppe for manuellterapi, mener ansvaret per i dag ligger hos universitetet. I likhet med Kvåle mener han at dette er blitt en kamp mellom fakultetsstyret og universitetsledelsen, som skyver ansvaret over på hverandre.

– Jeg håper fakultetsledelsen ser at de ikke kan legge ned dette studiet, spesielt i forhold til at myndighetene har gitt manuellterapeutene sykmeldings- og henvisningsrett, som en av tre helsepersonellgrupper, sier Hatlebrekke.

Peter Chr. Lehne, leder i Norsk Manuellterapiforening, sier til Fysioterapeuten at det er meningsløst å legge ned den eneste manuellterapiutdanningen i landet, og at det vil være et alvorlig tap for pasienter med muskel- og skjelettlidelser.

Det vil også være et tilbakeslag for arbeidet med å redusere sykefraværet, sier Lehne og trekker fram evalueringen av henvisningsordningen som viser at pasientene kommer seg raskere til behandling og blir raskere friske. ■

Ny fysioutdanning tidligst i 2011

– Høgskolen i Hedmark ønsker en bachelorutdanning i fysioterapi og regner med oppstart høsten 2011. Vi har et forslag til fagplan som skal ut på høring, men et nytt bygg må på plass før utdanningen kan bli en realitet, sier Trygve Hermansen, dekanus ved Høgskolen i Hedmark.

**Av Heidi Johnsen
hj@fysio.no**

Ifølge Hermansen jobber de nå opp mot Inkluderings- og fornyingsdepartementet for å få frigjort høgskolens kontrakt fra Statsbygg. Når dette er klart, starter byggingen av Terningen arena. Planen er å starte allerede til høsten.

– Dette er et studium vi vil ha. NOKUT har også uttalt at vi må ha flere helsefaglige bein å stå på. Vi har derfor satset på bachelorutdanninger i fysioterapi og tannpleie, sier Hermansen.

Mye motvilje

Fysioterapeut Astrid Noreng Sjølie var engasjert i ett år for å utarbeide fagplan for studiet. Til Fysioterapeuten sier hun at fagplanen følger rammeplanen for grunnutdanninger i fysioterapi. Da hun startet arbeidet tok hun kontakt med de fire fysioterapeututdanningene i Norge, i håp om samarbeid. Det ga dårlige resultater. Og det er ingen grunn til å legge skjul på motvilje og skepsis til etablering av en fysioterapeututdanning i Elverum hos flere av fagmiljøene i Norge, inkludert Norsk Fysioterapeutforbund.

Folkehelseprofil

– Jeg fikk hjelp fra en person ved en av høgskolene, men det samarbeidet ble stoppet av ledelsen. Jeg har imidlertid fått god hjelp fra kolleger både i Sverige, Danmark, England og USA. Et av ankepunktene mot en fysioterapeututdanning ved Høgskolen i Hedmark var anatomiundervisningen, som ikke er på stedet. Jeg har vært på studiebesøk i Esbjerg i Danmark. Der bruker de gode og smarte

Forsker på trening for gravide

Fysioterapeut Marit Horst Eggen i Elverum har sammen med to jordmødre satt i gang et forskningsprosjekt som over tid vil inkludere over 200 gravide i Elverum og Hamar. Målet er å finne ut om enkel trening kan forebygge bekken- og ryggplager hos gravide. Prosjektet har fått lokal oppmerksomhet i et stort oppslag i avisen Østlendingen.

Jordmødrene som Eggen skal samarbeide med er Åse Rommetveit og Vigdis Jensen. De ønsker å se på hvilken helseeffekt gravide kan ha av å trene på å stabilisere bekken og rygg fra uke 18 i svangerskapet. Deltakerne i prosjektet vil også få informasjon om hvordan de kan redusere belastning og ellers leve best mulig med barn i magen.

– Vi håper og tror at dette skal gi god effekt. Men det er hittil gjort svært lite forskning på bekkenplager før fødselen, så dette er ting vi vet lite om, sier Horst Eggen til Østlendingen.

Hun peker også på at en tredel av alle gravide blir sykemeldt på grunn av bekkenløsning, og at det samfunnsøkonomisk er mye å tjene på å forebygge slike plager. Halvparten av kvinnene som deltar i forskningsprosjektet skal være med på gruppetrening én gang i uka fram til fødselen. I tillegg skal de gjennomføre en trenings- og tøyingsøvelse daglig. Den andre halvparten skal fortsette å leve akkurat som før. Etter et drøyt år vil fagfolkene ha data nok til å konkludere om treningen har effekt.

Marit Horst Eggen har i flere år behandlet kvinner som plages med smerter i rygg og bekken i forbindelse med svangerskap.

– Jeg har hele tiden tenkt at vi burde forebygge mer, heller enn å behandle, sier hun, og gleder seg over å være i gang med en studie som kan bidra til bedre helse for mange kvinner.

– Jeg synes det er kjempemorsomt og veldig spennende, sier Marit Horst Eggen.

løsninger for anatomiundervisningen, som suppleres med studiebesøk ved anatomisk institutt i Odense. Mitt forslag til fagplan følger rammeplanen i fysioterapi og har folkehelseprofil, sier Noreng Sjølie, som har avsluttet arbeidet for Høgskolen i Hedmark.

Nå er hun spent på det videre arbeidet med planen og hvilke justeringer som blir



Gravide. Fysioterapeut Marit Horst Eggen i Elverum har sammen med to jordmødre satt i gang et forskningsprosjekt som over tid vil inkludere over 200 gravide i Elverum og Hamar. Foto: Merete N. Netteland, Østlendingen

gjort. Hun håper fysioterapeututdanningen ved Høgskolen i Hedmark blir realitet, og mener at det er behov for den. Hun viser til prognoser fra Statistisk sentralbyrå (rapport 38/2005) og en rapport fra Helsedirektoratet (SHdir 2/2007) om det framtidige behovet for fysioterapeuter. ■

– En fri og uavhengig bedriftshelsetjeneste

– Bedriftshelsetjenesten opererer i konfliktområdet mellom eierinteresser og arbeidstakerinteresser. Her spiller fysioterapeuter en viktig rolle, men de må ikke bistå ledelsen med å få vekk uønsket arbeidskraft, sier Ebba Wergeland, forsker og spesialist i arbeidsmedisin.

Av Heidi Johnsen
hj@fysio.no

Wergeland var innleder da NFFs faggruppe for ergonomi hadde sitt årsseminar tidligere i vår. Temaet var «Økt fokus på ansvar for egen helse i dagens arbeidsliv. Et nødvendig eller unødvendig sidespor?» Dette er et tema Wergeland liker dårlig. Hun begrunner det med at det handler om å privatisere et ansvar som i utgangspunktet er arbeidsgivers ansvar.

Wergeland mener forøvrig at fysioterapeuter må fortsette sitt forebyggende arbeid og bruke sine kunnskaper om ergonomi i bedriftshelsetjenesten.

– Sammen med yrkeshygienikerne har de den beste kompetansen til å skape et inkluderende arbeidsliv. Får fysioterapeutene slippe til, er det mye de kan rette på, sier Wergeland.

Det Ebba Wergeland ikke vet om sykefravær og tilpasset arbeidsliv, er det kanskje ikke så mange andre som vet heller. Hun har i mange år jobbet i Arbeidstilsynet og ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Helsefarlig arbeid, kjønn og helse, arbeidstid, trygd og pensjon er områder hun har utmerket seg på. Nesten hele sitt yrkesaktive liv har hun viet til forskning på arbeidsmiljø. En kunnskap hun har delt med andre via artikler, bøker, foredrag og som samfunnsdebattant.

Bedriftshelsetjenesten

Et tilbakeblikk viser at det var arbeidsgiv-



Arbeidernes kjempe. Ebba Wergeland vil ha en fri og uavhengig bedriftshelsetjeneste. Foto: Heidi Johnsen

verne som tok initiativet til å få helsepersonell inn i bedriftene. Hovedmålet var å øke produktiviteten.

– Gruveeierne var først ute. De ansatte leger som sørget for at skader ble raskt reparert. Legene kunne også kontrollere om sykefraværet var fravær som bedriften kunne godkjenne. Helsepersonell valgte også ut A-laget blant arbeiderne. I 1919 streiket amerikanske stålarbeidere. Et hovedkrav var å få slutt på bedriftslegenes helsekontroller, fordi de så det som et redskap for sortering av arbeidskraften. Helt fram til i dag kan man i arbeidsreglement lese at ansatte «plikter å møte til kontroll hos bedriftshelsetjenesten». Slik skal ikke en bedriftshelsetjeneste fungere, sier hun.

Bedriftshelsetjenesten skulle ifølge Arbeidsmiljøloven ha en fri og uavhengig stilling og ikke være et redskap for en av partene, som oftest bedriftsledelsen.

– En bedriftshelsetjeneste er nødt til å komme i konflikt med hensynet til avkastning. Iblant er det ingen konflikt mellom hensynet til helse og hensynet til avkastning, men når for eksempel produksjonstempoet i manuelt arbeid økes utover det bevegelsesapparatet har godt av, er konflikten åpenbar, sier Wergeland.

Helsepersonell

På begynnelsen av 90-tallet ble bedriftshelsetjenesten mer og mer preget av markedsstyring. Bedriftene måtte ut og «shoppe» det de mente de trengte av helsetjenester.

– Her var det lite kvalitetskontroll, og bedriftene kjøpte ofte katta i sekken fordi de manglet bestillerkompetanse. Det førte også til at mange gode bedriftshelsetjenester ble utkonkurrert. De var ikke flinke nok til å markedsføre sine tjenester. Det ble vanlig å legge bedriftshelsetjenesten under perso-

Det enkleste er pistol.



- En ny, alternativ behandlingsmåte
- Erstatter kirurgi eller bruk av kortison og medikamenter
- Ingen bivirkninger
- 3-5 behandlinger er ofte nok
- Oppsiktsvekkende gode resultater
- Kort behandlingstid og færre sykemeldinger

En effektiv behandling av kroniske senelidelser. Musearm, akillessmerter, kalkskulder, jumpers knee eller plantar fasciitis behandles uten operasjon, kortison eller medisinbruk.

Sveitsisk kvalitetsteknologi har utviklet det nye våpenet SWISS DOLORCLAST® til behandling av kroniske lidelser i sener og leddbånd. I Norge kaller vi metoden "Trykkbølgebehandling". Internasjonalt omtales metoden med forkortelse ESWT og anses som et alternativ til kirurgi. Behandlingen genererer kun mekaniske sjokkbølger inn i kroppen, og kan derfor gis av terapeuter med medisinsk faglig bakgrunn. Behandlingen stimulerer og igangsetter en rekke virkningsmekanismer med både umiddelbar og langtidsvirkende effekt.

En rekke vitenskapelige undersøkelser viser at med anvendelse av SWISS DOLORCLAST® har metoden god klinisk effekt.

Importør / distributør:

enimed.no 

En vanlig prosedyre er at en pasient med kronisk lidelse ferdigbehandles ved 2-5 behandlinger med en ukes intervaller. Metoden har på kort tid fått god utbredelse i Norge. Årsakene til dette er at både klinikkene og pasientene er tilfredse med resultatene av behandlingen.

En rekke fysioterapiklinikker over hele Norge tilbyr nå trykkbølgebehandling med SWISS DOLORCLAST® -utstyr. På nettstedet www.ergomove.no finner du oversikt over noen av dem.



Benyttes av Norges Skiforbund

Postadresse: Boks 62, 1488 Hakadal.
Besøksadresse: Rauerskauveien 518, Nittedal.
Telefon, (+47) 41 68 48 48
www.enimed.no

Tar ansattes problemer til topps i bedriften

– Faggruppen for ergonomi er lite synlig i NFF. Vi er mer synlige ute i felten, der vi har mange utfordringer. Vårt hovedfokus er forebyggende og helsefremmende arbeid, og vi jobber derfor lite kurativt, sier faggruppeleder Katarina Schiller Langaard.

**Av Heidi Johnsen
hj@fysio.no**

Hun understreker at de samarbeider mye med sykepleiere og arbeidsmedisinere. Fysioterapeuten treffer Langaard ute på jobb i en bedrift i Oslo, der hun holder kurs for renholdere. Samtlige deltakere har uten-

landsk bakgrunn. Hun forteller om kroppen, viser hvordan ryggraden ser ut når vi står oppreist, hva som skjer ved belastning og hvordan man kan gjøre arbeidet riktig og belaste kroppen minst mulig. Knepene er enkle.

– Hold moppen kortest mulig ut fra kroppen. Når du bærer, fordel vekten på begge armene, ryggen eller foran på magen, sier hun og demonstrerer. Hun tegner opp kneleddet og viser forskjellen på å gå ned i riktig stilling når vi skal løfte og hva som skjer med kneleddet når vi bruker feil stilling ved løfting. Over tid vil det oppstå slitasje på brusken som ligger mellom leddene, som igjen gir forkalking.

Mange spørsmål

Langaard spør hele tiden hvordan de utfører jobbene sine. Bruker dere maskin når dere vasker gulvene? Hva slags mopper bruker dere? Frakter dere søppel på traller osv.

Maskinen brukes lite, på grunn av møbler

og bord. Søplet må bæres ned trapper og løftes opp i containere. Hun spør om det er lenge siden gulvet i undervisningsrommet ble bonet. Det er det ingen som husker.

– Med bonede gulv er det mye lettere for dere å vaske, sier hun. Deltakerne nikker og sier det er tungt å vaske slik gulvene er nå. De må bruke mye krefter på å få bort skitten som setter seg fast i slitte gulv. Dette er forhold Langaard vil ta opp med ledelsen på slutten av kartleggingsarbeidet. Hun anbefaler fysisk aktivitet og viser fram NFF-trøyen med «Min medisin er fysisk aktivitet».

– Dokumentasjon viser at fysisk aktivitet virker. Kroppen blir sterkere og tåler mer. Er dere mye aktive? Gå litt fort, så du kjenner det. Du behøver ikke skifte til treningstøy.

Ta med barna. Det er veldig viktig at de også er aktive. Dette trenger ikke ta så mye tid, og dere bidrar dermed til å forebygge sykdommer som diabetes, hjerte-karsykdommer og kreft, sier hun.

nalkontoret, og det finnes eksempler på at bedriftslegene ble personalsjefer i samme bedrift. Det var svært uheldig, for da satt plutselig personalsjefen med helseopplysninger om de ansatte som ledelsen ikke skulle hatt tilgang til, sier Wergeland. Hvem kunne nå stole på at ikke andre fra bedriftshelsetjenesten også lot seg rekruttere til bedriftsledelsen?

HMS – et ledelsesverktøy

Så kom HMS – helse, miljø og sikkerhet – som Wergeland definerer som et rasjonelt ledelsesverktøy for å hindre utslipp, ulykker og erstatningsaker. HMS er ikke en erstatning for «frie og uavhengige» bedriftshelsestjenester.

– Noen steder blandes HMS-systemet inn i bedriftshelsetjenesten, som da ikke lenger er fri og uavhengig. En HMS-sjef erstatter ikke bedriftslegen, og en arbeidsmiljøseksjon under personalkontoret erstatter ikke bedriftshelsetjenesten. Om HMS-sjefen er lege eller ikke, skal han eller hun ikke ha

tilgang på opplysninger fra de ansattes helsejournal. Hvis bedriftslegen blir HMS-sjef i samme bedrift, får vi samme uheldige situasjon som når bedriftslegen ble personalsjef i egen bedrift. De tar med seg kunnskaper om de ansatte som ledelsen ikke skal ha. Bedriftsleger, fysioterapeuter og andre som jobber som helsepersonell har full taushetsplikt, også overfor ledelsen. Det er en forutsetning for å oppnå tillit hos de ansatte, og det er også nedfelt i Helsepersonelloven. Fysioterapeuter som skifter navn til HMS-rådgivere, gjør mer enn å skifte navn. Som HMS-rådgivere er de rådgivere i et lederstyrt system, og kan ikke forventes å få tillit fra ansatte eller bli oppfattet som frie og uavhengige. Anser de seg som bedriftshelsepersonell, og mener de er «frie og uavhengige», må de holde på den gamle betegnelsen «bedriftsfysioterapeut», sier Wergeland.

Håper på AID

Wergeland sier forvirringen som nå råder gjør henne bekymret for de ansattes person-

vern, spesielt i forhold til sykefraværsoppfølging. Der samarbeider en effektiviseringsivrig ledelse, bedriftshelsetjenester som markedsfører seg som sykefraværsbekjempere og NAV som tror redusert fravær i en bedrift er et suksesskriterium.

– Det kan fort ende med at folk mister jobben «av hensyn til deres egen helse». Eller fordi de etter fylte 55 år ikke lenger passer inn i bedriftens konsept, som det heter. Denne mangelen på atferingsinnsats bringer bedriftens fravær og produksjonstap ned, men en slik praktisering av IA-avtalen øker paradoksalt nok utstøtingen fra arbeidslivet.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet gjennomgår nå bedriftshelsetjenestens rolle og mulighetene for kvalitetskontroll. Jeg håper dette arbeidet vil føre til bedring, og at det vil hjelpe de tjenestene som fortsatt driver faglig forsvarlig forebyggende helsearbeid og de bedriftene som ønsker seg slike tjenester, sier Wergeland. ■



Utfordringer. Katarina Schiller Langaard, leder i NFFs faggruppe for ergonomi, sier faggruppen har store utfordringer foran seg. Blant annet skal de bidra til høringsuttalelse for nye bransjeforskrifter. Foto: Heidi Johnsen

Bruker informasjonen

Dette var hennes første møte med renholdsgruppen og flere står på programmet. Det som kommer opp på møtene vil Langaard ta opp med bedriftsledelsen. Hun skal også gjennomgå renholdernes rutiner og finne ut hvordan de kan bli bedre. Et annet spørsmål er om de har de riktige redskaper, slik at de slipper belastningsskader.

– Det er ofte små justeringer som skal til, men jeg forstår renholdernes frustrasjon. De kommer ofte i siste rekke og har problemer med å ta dette opp med sine overordnede.

Renholderne opplever at ledelsen ikke tar deres problemer på alvor. En viktig oppgave er derfor å bevisstgjøre ledelsen. Fysioterapeuter jobber dessuten mye på det organisatoriske plan og prøver å se helheten. Det er en utfordring å se samhandling på individnivå, gruppenivå og systemnivå. Problemer knyttet til arbeidsmiljø har ofte sitt utspring i dårlig samhandling. Vår oppgave er å gå systematisk inn i en bedrift og bidra til å etablere prosedyrer og rutiner i fellesskap med ansatte og ledelse, sier Langaard.

Store utfordringer

Ved nyttår begynte Langaard som selvstendig næringsdrivende, etter noen år som ansvarlig for NIMIs bedriftshelsetjeneste. Hun tar nå oppdrag for bedriftshelsetjenester, bedrifter, NAV og andre som ønsker forebyggende tjenester innen fagområdet.

Faggruppen for ergonomi står overfor en del utfordringer. Sammen med NFF skal de lage en høringsuttalelse til bransjeforskriftene. Bransjeforskriftene skal nå utvides til å gjelde de ansatte i helse- og sosialsektoren og undervisningssektoren.

– Dette kommer til å kreve mye, både av HMS- og bedriftshelsetjenesten. I tillegg kommer krav om sertifisering for bedriftshelsetjenesten, som betyr at tjenesten skal drives innenfor lovverkets intensjoner, sikre faglig kvalitet og luke ut de aktørene i markedet som driver useriøst. Det er mye penger å tjene, og bedrifter kjøper i en del tilfeller tjenester som ikke har noe med bedriftshelsetjeneste å gjøre. Dette vil være et løft for bedriftshelsetjenesten. Et viktig poeng er at tjenesten, for å bli godkjent, må være tverrfaglig sammensatt, påpeker faggrupplederen.

Foruten arbeidet med denne høringen skal faggruppen rekruttere nye medlemmer og gjøre fagområdet kjent også i de andre faggruppene i NFF.

– Vi er også opptatte av å få en offentlig godkjent spesialistgodkjenning og et masterstudium. Her samarbeider vi med Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Akershus, men om og når dette vil skje, vet vi ikke. Vi jobber også for å utvide spesialiteten Helse- og miljøarbeid til søkere som jobber med helsefremmende og forebyggende arbeid, sier Langaard. ■

Siste fra faggruppen

Faggruppen for ergonomi jobber aktivt med å utvide fagspesialiteten til også å gjelde de som jobber med helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. Et forslag fra faggruppen skal behandles i Fag- og spesialistrådet 16. juni. Faggruppleder Katarina Schiller Langaard sier til Fysioterapeuten at utvidelsen vil innebære navneendring av faggruppen. En navneendring kan tidligst tas opp på faggruppens generalforsamling neste år. Mer om dette på www.fysioterapeuten.no

Nytt om opptrening etter hjerneslag

Torunn Askim entret i april rekken av fysioterapeuter med doktorgrad. Hun har forsket bredt på slagrehabilitering. Resultatene viser god effekt av trening med begrenset bruk av frisk side – på kort sikt.

**Av Anne Kristiansen Rønning
fysioterapeuten@fysio.no**

Askim disputerte nylig for graden PhD i klinisk medisin ved NTNU. Hennes avhandling «Recovery after stroke – assessment and treatment; with focus on motor function» viser blant annet god effekt av trening med begrenset bruk av frisk side. I studien fikk en gruppe pasienter med subakutt og kronisk hjerneslag ti dagers trening av den affiserte hånden, mens de hadde en vott på den friske hånden. Samtidig fikk en kontrollgruppe standard rehabilitering. Studien viser at de som trente med vott fikk større bedring i den affiserte armen enn kontrollgruppen.

– Dette var tydelig å se umiddelbart etter at behandlingen var avsluttet. Men da vi kontrollerte pasientene igjen seks måneder senere, var det ingen forskjell mellom de to gruppene. Resultatet tyder på at denne typen trening har god effekt på kort sikt, men at tradisjonell fysioterapi kanskje er like bra i det lange løp, sier Askim.

Den intensive treningen var lagt opp som stasjonstrening med funksjonelle oppgaver med stadig større vanskelighetsgrad. Oppgavene ble valgt ut fra en oppgavebank med om lag 150 ulike øvelser innen ti ulike områder, som for eksempel personlig pleie, kjøkkenaktiviteter og kontorarbeid.

Lærer som friske

Slagenheten ved St Olavs Hospital har et sterkt fokus på tidlig mobilisering av slagpasientene i akutfasen. Sykehuset er i verdenstoppen når det gjelder behandling av

slagpasienter, og det kommer stadig vekk helsepersonell fra andre land innom for å lære. Askim har i sitt doktorgradsarbeid også undersøkt hva som skjer inne i hjernen hos slagpasienter som får behandling i en slik kunnskapsbasert slagenhet.

12 pasienter med hjerneslag ble undersøkt med funksjonell MRI og funksjonelle tester fire til sju dager etter symptomdebut – samt tre måneder senere. Resultatene viste at hjerneaktiviteten allerede i tidlig fase var i ferd med å normaliseres, selv om pasientene fortsatt hadde lammelser på dette tidspunktet. Askim så også at de områdene i hjernen som ble aktivert i opptreningen var de samme som blir aktivert hos friske voksne som skal lære nye motoriske oppgaver. I tillegg viste studien at pasientene tok i bruk tilleggsområder i den friske hjernehalvdelen for å få tilbake en god håndfunksjon.

– Studien støtter opp om at det er nyttig å bruke metoder for å stimulere motorisk læring når man skal trene opp slagpasienter, sier Askim.

Tidlig mobilisering

Bent Indredavik, avdelingsoverlege ved sykehusets slagenhet og førsteamanuensis ved institutt for nevromedisin, NTNU, har tidligere dokumentert at tidlig mobilisering er av stor betydning i behandling av slagpasienter. Hans arbeid har vist at behandling av hjerneslag i egne enheter ved sykehusene bedrer overlevelsen for pasientene på både kort og lang sikt, og internasjonale retningslinjer anbefaler nå at alle pasienter med akutt hjerneslag behandles i en slagenhet.

Askims nye funn; at det ved intensiv trening i en slagenhet skjer en endring i hjernen som ligner det som skjer i hjernen hos friske voksne ved motorisk læring, er med på å understøtte Indredaviks arbeid. Torunn Askim forteller videre at det pågår en diskusjon om hva som ligger i begrepet tidlig mobilisering.

– Enkelte steder i Europa betegnes mobilisering innen tre dager etter slaget som tidlig mobilisering, mens det ved slagenheten ved St. Olavs Hospital er standard prosedyre å mobilisere pasienten ut av seng i løpet av de første 24 timene etter slaget, sier hun.

Bestemor inspirerte

Ved St. Olavs Hospital satser man også mye på at slagpasientene skal være så aktive som mulig.

– Den australske fysioterapeuten Julie Bernhardt fant i en studie at pasientene ved slagenheten her i Trondheim hadde et høyt aktivitetsnivå 23 prosent av dagen, mens man på lignende enheter i Australia er tilsvarende like aktive 12 prosent av dagen, sier Askim. Hun tenker seg at mange slagpasienter kan ha nytte av perioder med intensiv opptrening, men sier at det ofte er en utfordring å få til dette i praksis.

– Den gode, effektive treningen bør integreres inn i dagliglivet. Ved slagenheten ved St. Olavs hospital jobber man mye med å få overført kunnskap til kommunehelsetjenesten, slik at pasientene kan få treningen inn som en naturlig del av sin hverdag, fortsetter Askim.

Tidlig utskrivning

Den tredje og siste delen av hennes doktorgrad handler blant annet om dette. Askim utførte en randomisert kontrollert studie for å evaluere effekten av tidlig utskrivning med oppfølging av et tverrfaglig koordinerende team for slagpasienter bosatt i noen av Trondheims nabokommuner. 62 personer ble inkludert og randomisert enten til utskrivning med oppfølging av teamet eller til standard rehabilitering. Resultatene viste ingen særlig forskjell mellom gruppene i forhold til selvhjelpenhet, balanse eller ganghastighet.

– Vi fant altså ingen positiv effekt, og ble litt skuffet over det, siden dette tiltaket tidligere har vist god effekt for pasienter som er bosatt i Trondheim kommune, sier Askim, som nå er post doktor ved institutt for nevromedisin, NTNU, og ser frem til videre forskning. Askim har for øvrig fått erfaring konsekvensene av hjerneslag i nær familie. Bestemoren hennes fikk slag da Askim var ti år.

– Farmor fikk en alvorlig hjerneblødning, men var veldig ivrig på å trene og kom seg veldig godt igjen. Slik opplevde jeg på nært hold at trening hjelper, forteller Askim. ■



Motorisk læring. – Studien støtter opp om at det er nyttig å bruke metoder for å stimulere motorisk læring når man skal trene opp slagpasienter, sier Torunn Askim. Foto: Anne Kristiansen Rønning

Fem råd om slagbehandling

Kom i gang så tidlig som mulig. Pasienter med akutt hjerneslag bør få akutt behandling i en slagenhet som har fokus på tidlig mobilisering og fysioterapi.

Bruk prinsipper fra motorisk læring. Ha fokus på funksjonell trening i en funksjonell setting. Tren på oppgaver som pasienten synes er motiverende. Stimuler problemløsningsevnen. Mange repetisjoner er sannsynligvis nødvendig.

Tren også styrke. Tradisjonelt har man sett på spastisitet som et problem og ikke anbefalt styrketrening fordi man har vært redd for at det vil øke spastisitet. Ny forskning viser at spastisitet ikke er et omfattende problem, og styrketrening er sannsynligvis ikke med på å øke spasmer.

Prioriter trening. Det er vanskelig å si noe generelt om hvor mye en slagpasient bør trene. Men det er grunnlag for å si at mange bør øke doseringen i forhold til det som er vanlig praksis i dag. En treningsøkt i uka er sannsynligvis alt for lite til å oppnå noen betydningsfull effekt.

Jobb sammen med andre faggrupper. At du samarbeider godt med ergoterapeut og sykepleier er nyttig både for deg selv og pasienten. Særlig der målet er å øke mengden trening, er det nyttig å få med andre faggrupper.

Kilde: Torunn Askim

Norges største Administrasjonssystem for Fysioterapeuter blir enda større og bedre!



ProMed® for Windows

- Nå kan alle klinikkens pasienter endelig bestille timer online

Forbedret pasientservice - 24-timersservice via nettet. Forenklet og effektivisert administrasjon. Bedre muligheter ovenfor bedriftskunder. Fleksibilitet og kontroll. Færre glemte timer ved hjelp av SMS. Markedsføring på internett

ProMed Online Booking

PVF Programvare forlaget AS

Boks 150 Oppsal 0619 Oslo
Telefon: 22 62 72 40
Telefaks: 22 62 73 66

www.pvf.no info@pvf.no

Denne amerikanske kliniske kommentaren gir anbefalinger for fysioterapi etter operasjon av hoftens leddleppe. Tilnærmingen kan ha overføringsverdi for flere pasientgrupper med hoftesmerter.

Rehabilitering etter artroskopi av rift i acetabulær labrum

J. Craig Garrison, PT, PhD, SCS, ATC
School of Physical Therapy & Rehabilitation
Sciences College of Medicine Tampa, FL
University of South Florida, 12901 Bruce B.
Downs Blvd. MDC 77, Tampa, FL 33612, USA
E-post: jgarriso@health.usf.edu

Michael T. Osler, PT, DPT, CSCSb
Proaxis Therapy Greenville, SC

Steven B. Singleton, MD, FACSc
Steadman Hawkins Clinic of the Carolinas
Orthopaedic Surgeon Spartanburg, SC

We thank The North American Journal of Sports Physical Therapy (NAJSPT) for permission to reprint a translated version of their original article: Garrison JC, Osler MT, Singleton SB. Rehabilitation after arthroscopy of an acetabular labral tear. NAJSPT; 2007; 2(4): 241-50. The NAJSP is located at www.najspt.org

Innledning

Artroskopi av hoftelrådet er blitt en vanlig teknikk de siste årene, brukt såvel i diagnostikk som i behandling av hoftesmerter (1-7). En av de hyppigste diagnosene for smerter i hofte og lyske er rift i acetabulær labrum. Den vanligste årsaken til mekaniske hoftesyntomer hos pasienter er rift i labrum (8,9) og kan ha sammenheng med intra-artikulært klikkende hoftesyndrom i opptil 80 % av tilfellene (7). Hos 59 pasienter som fikk hofteartroskopi hadde 59 % rift i acetabulær labrum (8). På samme måte eksisterer det en signifikant korrelasjon (sammenheng) mellom rift og klager på klikking og svikt. I en idrettspopulasjon ble det blant atten pasienter som klaget på smerter i lyskere regionen funnet fire (22 %) med rift i acetabulær labrum (10). Alle pasientene med rift rapporterte smerter med klikking i hoften, men hadde ingen forutgående smertehistorie. I tillegg hadde alle av de 45 profesjonelle idrettsutøverne med femoroacetabulær innklemming også acetabulære rifter (4). Tilstedeværelsen av labrumrift i hoften er også høy i den generelle befolkningen. Av 100 pasienter (middelverdi 39 og standardavvik 13 år gamle) med me-

kaniske symptomer på smerter, klikking og låsing i hoften, hadde 66 % rift i labrum (9).

Skademekanismen bak en rift i acetabulær labrum omfatter ofte gjentatte vridende, skjærende og dreierende bevegelser, i tillegg til gjentatt fleksjon av hoften (11). Historien til mekanismen bak skaden er likevel ikke alltid åpenbar for pasienten. Isteden vil pasientene framføre hentydende klager om lyskesmerter og mekaniske symptomer på klikking, låsing og svikt (9-12). Ytterligere årsaker til rift i acetabulær labrum kan omfatte femoroacetabulær innklemming, kapselslakhhet eller hypermobilitet i leddet, hoftedysplasi og ledd-degenerasjon (1). Mekanismen bak femoral-acetabulær innklemming er at fremre øvre del av acetabulær labrum klemmes inn mot kanten på hofteskåla og fremre lårbenhals (1,6). Denne typen mekanisme beskrives enten som kam (engelsk Cam) eller tang (Pincher) (13). Ved en kam-skade blir en abnormal (en ikke-rund) caput femoris klemt opp mot hofteskåla i bevegelser som for eksempel tvunget eller overdreven fleksjon. Femoral-acetabulær tang-skade er på sin side resultatet av et irregulært framspring av hofteskål-kanten som kommer i unormal

Sammendrag

De siste årene er artroskopi av hoftelrådet blitt en vanligere teknikk såvel i diagnostikk som i behandlingen av hoftesmerter. En hyppig årsak til hofte- og lyskesmerter er rift i acetabulære labrum. Pasienter med slike rifter klager på smerter i lyskere regionen og smerter med klikkelyder i hoften uten forutgående smertehistorie. Når en pasient har tegn og symptomer på hoftesmerter med varighet over fire uker i forbindelse med funn som indik-

erer labrumrift på MRI (magnetiske resonansbilder), kan vedkommende betraktes som en god kandidat for artroskopi av hoftelrådet. Det er lite dokumentasjon for rehabiliteringsprosedyrer etter artroskopisk behandling av acetabulære labrum. Formålet med denne kliniske kommentaren er å foreslå to rehabiliteringsprotokoller, en etter vevsfjerning og en etter reparasjon av acetabulære labrum.

kontakt med caput femoris under bevegelse (13).

Ved undersøkelse vil de kliniske karakteristikk variere hos de med rift i acetabulær labrum. Hos 66 pasienter med labrumrift bekreftet ved artroskopi som ble undersøkt på en tilbakeskuende måte, hadde 61 % henrydning til begynnende symptomer, mens 86 % rapporterte at symptomene var fra moderate til alvorlige. Det vanligste symptomstedet var likeledes i lysken, med enten stikkende eller svak smerte som var aktivitetsrelatert og omfattet smertefull mekanisk låsing (11).

Diagnose

Fordi smerter i hoften kan komme fra en mengde ulike kilder, kan identifisering av rift i labrum være utfordrende og ofte bli feildiagnostisert. Bruk av vanlig røntgen er sjeldent tilstrekkelig for å identifisere labrumrift. Strukturelle avvik i hoften slik som retrovert hofteskål (bakovervridd) eller coxa valga er imidlertid blitt funnet hos en høy andel (87 %) av pasientene med rift i labrum (14). Når disse avvikene blir nærmere undersøkt, kan det være mulig å oppdage rift tidligere.

Rift i acetabulær labrum blir sikrest diagnostisert med artroskopi. Med utviklingen av muskelskjelettbilder er det imidlertid blitt lettere å gi riktig diagnose av slike rifter. MRI (Magnetic Resonance Imaging) (15) og MRA (MR Artrografic) blir jevnlig brukt til å evaluere og diagnostisere patologi i acetabulær labrum (9,16,17). Det er blitt vist at MRI påviser nøyaktig tilstedeværelsen av skader i både acetabulær labrum og hofteleddbrusk (15). Ved bruk av MRI ble patologi i labrum identifisert riktig i henholdsvis 94 % og 95 % av tilfellene av to radiologer. På samme måte eksisterer det en høy grad av samsvar mellom MRI og artroskopi i identifiseringen av bruskskade. MRA kan gi mer informasjon enn MRI ved å tillate et in vivo-bilde av hofteleddet som ellers ofte kan være vanskelig å se på grunn av leddets dybde (9). Det er påvist en signifikant korrelasjon mellom graden av brusktap og graden av rift i labrum, og dette får forfatterne over til å foreslå at MRA kan indikeres dersom tilstedeværelsen av beinmargssødem oppdages ved rutinemessig MRI.

Kirurgisk inngrep

Når en pasient oppviser tegn og symptomer på hoftesmerter med lengre varighet enn fire uker i forbindelse med funn som indikerer rift i acetabulær labrum på MRI eller MRA, kan vedkommende betraktes som en god kandidat for hofteleddsartroskopi (14). Artroskopiteknikker for behandling av patologi i acetabulær labrum blir stadig mer rutinemessig

og både hos voksne (1,7,29,30), ungdommer og barn (20). I tilfelle lesjon i acetabulær labrum kan kirurgisk inngrep omfatte vevsfjerning eller reparasjon. Vær imidlertid oppmerksom på at forhold slik som acetabulær dysplasi, femero-acetabulær inneklemming, degenerative forhold i leddet, brudd, artrofibrose eller manglende pasientoppfølging av rehabiliteringsprogrammet kan utelukke kirurgisk inngrep.

Både vevsfjerning og reparasjon av riften i acetabulær labrum kan utføres enten i rygg- eller sideleie. I ryggeleie brukes et standard bruddbord sammen med en overdimensjonert perineal post for å applisere traksjon. Hoften det gjelder blir plassert i lett ekstensjon og adduksjon for at kirurgen skal kunne komme til leddet. Det passes på å minimalisere trykket i mellomkjøttområdet og omhyggelig å overvåke varigheten av traksjonen. Dette for å unngå neurologiske komplikasjoner. Prosedyren utføres under fluoroskopisk veiledning. Etter at en passende separasjon er oppnådd, føres en 14- eller 16-kaliber spinalnål inn i leddet for å bryte vakuumsforseglingen og tillate ytterligere dis-traksjon. Det blir vanligvis brukt tre portaler, den anterolaterale (som opprettes først), den anteriore og den distal-laterale hjelpende eller paratrochantære portalen.

Etter fullstendig evaluering av leddet, medregnet leddbruskoverflatene på hofteskåla og caput femoris, leddbåndsrift og vurdering av den bakre fordyppingen, kan eventuelle avvik i acetabulær labrum undersøkes. Labrumrifter forekommer mest i fremre øvre del av hofteskåla. Akutte, longitudinale og perifere rifter er lettest å reparere. For reparasjon av en løsnet labrumring blir kantene av riften avtegnet og sammenføyningsankre plassert på toppen av hofteskålkanten i løsningsområdet (1). Har derimot riften i labrum en sikker ytre kant og fremdeles er festet til hofteskåla, kan en sammenføyning i midten av riften brukes til å sikre vevet. Radielle kløyvninger, nedslitt eller degenerert labrumsvev, eller bruskringsvev som ikke synes levedyktig, bør fjernes. Ikke uvanlig kan bruskskade sees i nærheten av labrumpatologien som også kan kreve enten vevsfjerning, vanlig mikrobrudd eller andre bruskhelings-teknikker (4,21).

Det naturlige forløpet for ubehandlet labrumrift er ukjent. Nylig har noen forfattere (9,21,22) forsøkt å korrelere labrumriften med utviklingen av coxartrose. Selv om denne korrelasjonen forblir uklar, antyder visse observasjoner at labrumlesjoner kan være en bidragende faktor i utviklingen og framvekst av coxartrose (21). Selv om vevsfjerning kan være vellykket med tanke på smertelette,

kan kirurgien potensielt føre til belastningsendring i leddet og bruskenringer (23). I tillegg kan endringer i strukturen av acetabulær labrum eller overrivning av labrum-beinforbindelsen føre til tap av væskefilmlaget som er under trykk inne i leddet samt gi ujevn kraftfordeling over leddbruskoverflatene på hofteskåla og caput femoris (24).

Rehabilitering

Det eksisterer lite dokumentasjon som støtter bestemte rehabiliteringsprosedyrer utført etter artroskopi av acetabulær labrum. Siden nye kirurgiske prosedyrer stadig utvikles, er det likeledes ansvaret til fysioterapeuten å holde seg oppdatert med de siste teknikkene, i tillegg til å opprette og opprettholde god kommunikasjon med den ortopediske kirurgen.

Kirurgiske teknikker og resultater er rapportert i litteraturen med liten eller ingen oppmerksomhet på rehabilitering etter operasjon (25-27). For tiden er den beste dokumentasjonen for rehabilitering etter operasjon basert på erfaringer fra kirurger og fysioterapeuter. Ved reparasjon av acetabulær labrum, bør plasseringen og størrelsen av riften legges merke til (28). De fleste av disse riftene er plassert i fremre eller fremre øvre del av acetabulær labrum (9,29) og derfor bør bevegelser som stresser dette området unngås. Kommunikasjon med kirurgen om plasseringen av riften og den kirurgiske teknikken som brukes er imidlertid avgjørende for behandlende fysioterapeut.

Rehabiliteringsprotokoller som følger etter fjerning av dødt/sykt labrumvev (tabell 1) eller labrumreparasjon (tabell 2) kan deles i fire faser. Framdriften ved begge prosedyrer likner hverandre med unntak av forskjeller som bemerkes i protokollen. Ved for tøff trening, særlig styrke, kan framdriften i tilhelningen av acetabulær labrum forsinkes med noen uker, alt avhengig av basalfarten på vevstilhelningen. Tidsskalaen for hver fase er basert på kliniske funn og presentasjoner av aktive, ellers friske individer. Dersom den kliniske presentasjonen møter de objektive testene, kan en idrettsutøver gå raskere gjennom fasene, alltid med tanke på grunnleggende vevstilhelningfysiologi.

Fase I – startøvelser (uke 1–4)

Hovedmålene umiddelbart etter både vevsfjerning og reparasjon av acetabulær labrum er å minimalisere smerter og inflammasjon, beskytte kirurgisk reparert vev og initiere tidlige mosjonsøvelser. For pasienter etter opprensning eller vevsfjerning av labrumvev anbefales typisk 50 % vektbæring i 7 til 10 dager med framgang til full vektbæring etter toleranse (tabell 1). For rehabilitering etter

Tabell 1. Rehabilitering etter kirurgisk opprensning i eller fjerning av acetabulære labrum.

Pasient-sjekkliste:	Labral vevsfjerning	Proaxis Therapy												
VEKTBÆRING Vevfjerning 50 % x 7 til 10 dager ROM-begrensninger: Vevfjerning Flex: 90° x 10 dager til 2 uker Ext: ingen begrensning Abd: ingen begrensning Utrot (UR): ingen begrensning Innrot (IR): ingen begrensning	Fase I – begynnerøvelser (uke 1–4)	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	25	
	Sittende tåhev m motstand på knær	●	●											
	Gluteal og quadriceps fra høysittende m isometri mage/rygg	●	●											
	Ergometersykling med ingen til lav motstand	●	●	●	●									
	Passiv ROM (vekt på IR, sirkumduksjon og ligge på magen)	●	●	●	●									
	Ryggliggende hælgliding	●	●	●	●									
	Piriformis-tøyning	●	●	●	●									
	Passiv rygliggende IR	●	●											
	Vanngange med flytehjelpemiddel	●	●											
	Kontraksjon-relaksasjonstøyning (KR-tøyning) i IR/UR	●	●	●	●									
	Forsiktig hofteleddsmobilisering	●	●	●	●									
	Manuell traksjon	●	●	●	●									
	Hofteabd, isometrisk	●	●											
	Ikke-affisert sides kne til bryst	●	●											
	3-veis liggende beinløft (abd, add, ext) (abd i figur 1)		●	●	●									
	Vannjogging med flytehjelpemiddel		●	●	●									
	Beinpress eller skyve rullelede (begrenset vekt)		●	●	●									
	Fase II – mellomøvelser (uke 5–7)	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	25	
	Doble 1/3-ROM knebøy					●	●							
	Vegg-glidende knebøy m abduksjonsmotstandsbånd (figur 4)					●	●	●						
	Ergometersykling med motstand					●	●	●						
	Ikke-konkurrerende fristil-svømming					●	●	●						
	Manuell anteroposterior mobilisering					●	●	●						
	Knelende tøyning av hofteflexorer (figur 2)					●	●	●						
	Affisert sides kne til bryst					●	●	●						
	Sittende IR mot motstand (figur 3)					●	●	●						
	Sittende UR mot motstand					●	●	●						
	Sidesteg med abduksjonsmotstandsbånd					●	●	●						
	Tobeins ryggbro					●	●	●						
	Ettbeins ryggbro (figur 5)					●	●	●						
	Elliptisk/trappeklatrer					●	●	●						
	Fase III – avanserte øvelser (uke 8–12)	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	25	
	Stående UR mot motstand (figur 6)							●	●					
	Utfall og utfall med trunkusrotasjoner							●	●					
	Vannhopping/plyometri							●	●					
	Kjerne-stabilisering på ball m progresjon							●	●					
	Gange fram-/bak-/sidelengs mot motstandsbånd							●	●					
	Golfprogresjon							●	●					
	Løpsprogresjon								●					
	Begynnende hurtighetsdrill – i enkeltplan								●					
	Fase IV – idrettsspesifikk trening (uke 12+)	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	25	
	Z-kuttings løp/W-kuttings løp								●	●	●	●	●	●
	Cariocas/Ghirardellis løype								●	●	●	●	●	●
	Idrettsspesifikk drill								●	●	●	●	●	●
	Funksjonell testing – sportsbåndstesten											●	●	●

Takk til Proaxis Therapy, Spartanburg/Grenville, SC. Brukt med tillatelse.

Tabell 2. Rehabilitering etter kirurgisk reparasjon av acetabulære labrum.

Pasient-sjekkliste:	Reparert labrum	Proaxis Therapy												
VEKTBÆRING Reparasjon Ingen vektbæring eller på tåspissene x 3 til 6 uker ROM-begrensning: Reparasjon Flex: 90° x 10 dager til 2 uker Ext: 10° x 10 dager til 2 uker Abd: 25° x 10 dager til 2 uker Utrot (UR): forsiktig i 3 uker Innrot (IR): forsiktig i 3 uker Forsiktighetsregler: Progresjon av øvelser mot motstand og vektbæring avhenger av vektbæringsstatus	Fase I – begynnerøvelser (uke 1–4)	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	25	
	Sittende tåhev m motstand på knær	●	●											
	Gluteal og quadriceps fra høysittende m isometri mage/rygg	●	●	●	●									
	Ergometersykling med ingen til lav motstand	●	●	●	●									
	Passiv ROM (vekt på IR, sirkumduksjon og mageleie)	●	●	●	●									
	Ryggliggende hælglidning	●	●	●	●									
	Piriformis-tøyning	●	●	●	●	●	●							
	Passiv ryggliggende IR	●	●											
	Vanngange med flytehjelpemiddel		●	●	●	●	●							
	Kontraksjons-relaksasjonstøyning (K-R-tøyning) i IR/UR		●	●	●	●	●							
	Forsiktig hofteleddsmobilisering	●	●	●	●									
	Manuell traksjon		●	●	●	●	●							
	Hofteabd, isometrisk	●	●											
	Ikke-affisert sides kne til bryst	●	●	●	●									
	3-veis liggende beinløft (abd, add, ext) (abd. i figur 1)			●	●	●	●							
	Vannjogging med flytehjelpemiddel			●	●	●	●							
	Fase II – mellomøvelser (uke 5–7)	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	25	
	Doble 1/3-ROM knebøy					●	●							
	Vegg-glidende knebøy m abduksjonsmotstandsbånd (figur 4)						●	●						
	Ergometersykling med motstand					●	●	●						
	Ikke-konkurrerende fristil-svømming					●	●	●						
	Manuell anteroposterior mobilisering					●	●	●						
	Knælende tøyning av hofteflexorer (figur 2)					●	●	●						
	Affisert sides kne til bryst, adduktor tøyning					●	●	●						
	Sittende IR/UR mot motstand					●	●	●						
	Beinpress eller skyve rullelede					●	●	●	●					
	Sidesteg med abduksjonsmotstandsbånd							●	●					
	Tobeins ryggbro					●	●	●						
	Ettbeins ryggbro (figur 5)					●	●	●	●					
	Elliptisk/trappeklatrer						●	●	●					
	Fase III – avanserte øvelser (uke 8–12)	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	25	
	Stående UR mot motstand (figur 6)							●	●					
	Utfall og utfall med trunkusrotasjoner							●	●					
	Vannhopping/plyometri							●	●					
	Kjerne-stabilisering på ball m progresjon							●	●					
	Gange fram-/bak-/sidelengs mot motstandsbånd							●	●					
	Golfprogresjon							●	●					
	Løpsprogresjon								●					
	Begynnende hurtighetsdrill – i enkeltplan								●					
	Fase IV – idrettsspesifikk trening (uke 12+)	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	25	
	Z-kuttings løp/W-kuttings løp								●	●	●	●	●	
	Cariocas/Ghirardellis løype								●	●	●	●	●	
	Idrettsspesifikk drill								●	●	●	●	●	
Funksjonell testing – sportsbåndstesten											●	●		

Takk til Proaxis Therapy, Spartanburg/Greenville, SC. Brukt med tillatelse.

reparasjon av acetabulær labrum omfatter vektbæringsrestriksjonene først vektbæring på tåspissene i 3 uker, men kan vare opptil 6 uker avhengig av framgangen i tilhelning og smertenivået hos pasienten. Dersom kirurgien innbefatter ytterligere hofteprosedyrer slik som mikrobrudd, kan vektbæringsrestriksjonene øke med seks uker til. Fokus for denne artikkelen vil imidlertid være på rehabilitering etter vevsfjerning og etter reparasjon av acetabulær labrum.

Det er viktig, uansett type inngrep, å opprettholde et symmetrisk ganglag for å forhindre ledsagende økt stress gjennom hele underekstremiteten og ryggraden. Får en ikke til det normale ganglaget, kan det utvikle seg en muskulær ubalanse av stramme hofteflexorer og ryggstrekkere som inhiberer sete- og bukmusklene (nedre kryss-syndrom) (30). Mulige følger omfatter økt vektbæring gjennom fossa acetabulum ved normalbelastning som gir økt stress på labrumvev sekundært til stramhet i hoftens fleksorer (31). Fortsatt krykkebruk kan da være nødvendig som forebyggende tiltak. Pasienten må også instrueres til å kontrollere hoften i alle tre bevegelsesplan. Redusert truncuskjerne- og hoftestyrke gir endringer i innretningen av underekstremitetene under funksjonsaktiviteter (32-34). Det er også vist at styrken i hofteabduktorenene predikerer frontalplanbevegelse i kneet, mens svake hofteekstensorer kan føre til overbruk av quadriceps og økt kompresjons- og skjærstress i kneet (32). Det er påvist sammenheng mellom svakhet i hofte- og kjernemusklene (dype lokale trunkusmusklene) og skader i nedre ekstremiteter (35). Når vi ser samlet på disse studiene (32,34-36), antydes det at rehabilitering av hoften bør omfatte komponenter av hofte- og kjernestyrking i hver fase.

Vannterapi er et utmerket hjelpemiddel, om tilgjengelig når de kirurgiske hudsnittene er godt leget. Bevegelser i vann åpner for forbedringer av ganglaget ved å tillate passende belastning på leddet samtidig som unødvendig belastning på det tilhørende vevet minimaliseres (19,28). Lett jogging i vannet ved bruk av et flytehjelpemiddel kan begynne så tidlig som 2-3 uker etter operasjon dersom smertene tillater det. Forsiktighetsregler for bevegelsesutslag (ROM) kan variere, men omfatter vanligvis begrenset fleksjon ut over 90° i 10 dager for å unngå uønsket grad av sammenpressing av fremre labrum. Ved behandling av reparasjon av labrum vil pasienten i tillegg til bøyning til 90° være begrenset til 25° abduksjon og 10° ekstensjon ifra 10 dager til 2 uker. Det må legges vekt på manuell terapi for smertereduksjon og for-



Figur 1. Sideliggende strakt beinløft. Øvelsen kan gjøres lettere med slynge, strikk eller trekkapparat. Lettest er øvelsen i ryggliggende med beinet i en slynge.



Figur 2. Knelende utfall med tøyning av hofteflexorer. La eldre pasienter holde i møblene.

bedringer i leddmobilitet og proprioepsjon (31). En bør vurdere forsiktig hofteleddmobilisering, kontraksjons-relaksasjonstøyning (K-R-tøyning) for innad- og utadrotasjon, traksjon i hvilestilling og en bør påse normal lumbosakralmobilitet. Særlig vekt må legges på posterolateralt bløtvev og lumbosakralcolumna, dette siden begge områder kan bidra til smerter, samt at unødvendig hypomobilitet vil kunne begrense framgangen i framtidige faser.

Fysiske virkemidler for smertekontroll er også viktige. For eksempel kan øyeblikkelig postoperativ transkutan elektrisk nervestimulering (TENS) brukes i oppvåkingsrommet (basert på forfatterens kliniske erfaring).

Kryoterapi og riktig smertehåndtering gjennom medisiner er også viktig. Forsiktig strekking av hoftemuskelgrupper, som inkluderer piriformis, psoas, quadriceps og hamstringer bør i starten begrense seg til passive bevegelser som respekterer pasientens smertegrense. Risikoen for vevskade må tas hensyn til (37), og pasienten bør gi muntlig

tilbakemelding til terapeuten etter mobilisering og ROM-øvelser. Å ligge på magen i 1 til 2 timer daglig og å utføre passive ROM-øvelser med vekt på innadrotasjon, er fordelaktig med tanke på å unngå adheranser (19). Begynn med ergometersykling uten motstand, med en gradvis økning av motstanden de 4 første ukene. Setehøyden må begrense hoftefleksjonen til under 90°.

Styrking i fase I består til å begynne med av isometriske kontraksjoner for add-, ab- og ekstensjonsmusklene, samt de dype lokale magemusklene (kjernen), men progredieres til å innfatte rette beinløft i ab-, add- og ekstensjon (figur 1). For å hindre irritasjon av psoas (19), skal det i starten ikke utføres hoftefleksjon liggende på rygg med strakt bein. Hoftefleksjon i sittende stilling med kort vektarm kan derimot være et alternativ. Etter vevsfjerning av acetabulær labrum kan aktiviteter i lukket kjede som beinpress eller skyving av en rullende slede startes med begrenset motstand og ROM. Denne typen øvelser tillater vektbæring gjennom de nedre

ekstremitetsleddene med avpasset vevsbelastning (38).

Kriterier for å gå fra fase I til fase II omfatter ROM større enn eller lik 75 % av den siden som ikke er involvert (28) og evnen til å utføre sideliggende rett beinløft (figur 1) ved bruk av den midtre setemuskelen. Øvelsen skal utføres uten kompensasjon fra tensor fascia lata og quadratus lumborum.

Fase II – mellomøvelser (uke 5–7)

Hovedfokus for andre fase er å fortsette framgangen i ROM og bløtdelsbevegelighet, under begynnende overgang til styrketrening. Manuell terapi bør fortsette med at mobiliseringen blir mer aggressiv, ettersom det passer. Var kapselslakkhet en mulig bidragende faktor til utviklingen av labrumpatologien, bør man oppnå normal mobilitet (men ikke hypermobilitet). Pasienten bør fortsette med tøyningssøvelser som omfatter piriformis, adduktorgruppen og psoas/rectus femoris. Knelende tøyning av hoftefleksorene (figur 2) kan være spesielt fordelaktig for psoas og rectus femoris så snart det tolereres i denne fasen av rehabiliteringen. Passive ROM-øvelser bør bli mer aggressive for utad- og innadrotasjon, men bare ved behov.

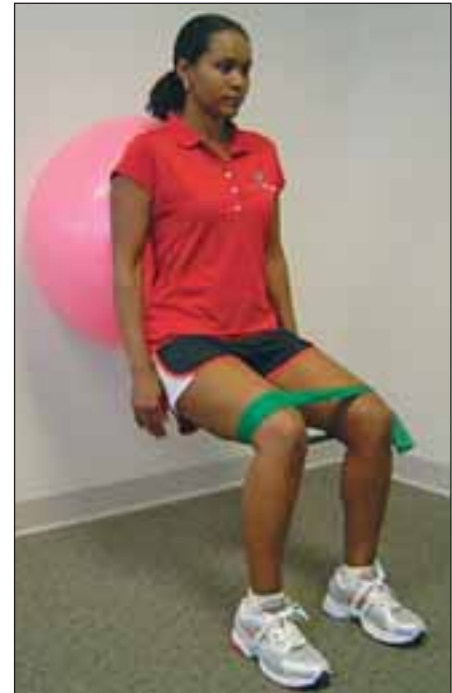
Styrking av hofte- og kjernemuskulaturen fortsetter med forsikring om at pasienten kan skille bekkenbevegelser fra hoftebevegelser og unngå kompenserende aktivitet i ytre trunkusmuskler. Styrkemålet er å bygge en utholdenhetsbasis før en går videre til mer avanserte øvelser. Pasienter kan begynne å legge til gradvis motstand på ergometersykkelen og bruke ellipsemaskinen, i den grad de tåler det. Dette for kardiovaskulær utholdenhet. Andre eksempler på fase II-øvelser omfatter sittende innad- (figur 3) og utadrotasjon mot motstand, 1/3-ROM knebøy som går videre til vegg-glidende knebøy med abduksjonsmotstandsband (figur 4), sidesteg med abduksjonsmotstandsband og kjernestyrking slik som å slå bro på to bein som går videre til å slå bro på ett bein (figur 5). Pasientene kan begynne igjen med ikke-konkurrerende fristil-svømming i uke 5, ettersom symptomene tillater det. Kriterier for å gå over til fase III er normalt gangelag uten Trendelenburg-tegn. I tillegg bør pasienten ha symmetriske passive ROM-mål med minimale smertebeklagelser.

Fase III – avanserte øvelser (uke 8–12)

Hovedmålene for fase III er at pasienten skal få symmetrisk (sidelik) ROM og kunne starte med integrert funksjonslik styrketrening. Manuell terapi bør utføres etter behov. Egentøyning- og passive ROM-tiltak bør være



Figur 3. *Sittende innadrotasjon mot motstand.*



Figur 4. *Knebøy rullende på ball mot vegg. Motstanden fra strikken er først mot abduksjon og senere – ved progresjonsmessig økt ROM – også mot horisontal abduksjon. Øvelsen er mindre krevende med glidning direkte mot vegg (uten ballen).*



Figur 5. *Ryggbro på ett bein. Startprogresjonen kan imidlertid være på to bein med strikkhjelp under setet, fortsette med full tyngde på to bein, så gå innom delvis tyngdeforskyvning mellom beina, før en kommer til øvelsen på bildet. Ekstreme utøvere kan til slutt legge vekter på magen.*

litt mer aggressive enn i fase II dersom det fortsatt er begrensninger. Dersom fulle ROM ikke er nådd ved uke 10, bør en iverksette mer intens tøyning i ytterstillinger hvor da moderat smerte aksepteres under tøyningen.

Styrkeøvelser bør nå omfatte flerplansbevegelser som tar i bruk flere muskelgrupper. Det bør utføres aktiviteter på ett bein som utfordrer proprioepsjonen og styrker hoftemuskelen i en funksjonell stilling. Eksempler på fase III-øvelser omfatter stående utadrotasjon med motstand (figur 6), utfall i gående, utfall med trunkusrotasjon, plyome-

trisk hopping i vannet, gange med motstand fra sportsbånd både framover/bakover/sidelengs og et gradvis mer utfordrende kjernestyrkings-program på ustabil underlag som ball. Kjernestyrking (stabilitetstrening, red.) er en viktig del i vellykket rehabilitering av idrettsutøvere med hoftepatologi. Ettersom framgangen nærmer seg løpe- og hurtighetsdrill i de siste stegene av fasen, bør utøverne stadig minnes på hvor viktig det er med støtabsorpsjon og eksentrisk kontroll ved funksjonstrening. Kriterier for å gå over til fase IV er symmetrisk ROM og spesielt sym-

metrisk fleksibilitet av psoas og piriformis. Det bør ikke observeres Trendelenburg-tegn ved funksjonsstyrkingsaktivitetene på dette høyere nivået.

Fase IV – tilbake til idretten (uke 12+)

Hovedmålet med denne fasen er å komme trygt og effektivt tilbake til konkurranse eller tidligere aktivitetsnivå. Manuell terapi, dynamiske bevegelser i fulle bevegelsesbaner og tøyningsøvelser i ytterstilling kan fortsettes etter behandlende fysioterapeuts vurdering. Terapeuten bør iakttas grundig og revurdere hyppig behandlingene av disse områdene. Dette for å hindre tap av mobilitet og fleksibilitet ertersom aktivitetsnivået øker. Når pasienter kan oppvise god muskulær utholdenhet, god eksentrisk kontroll og evne til å generere kraft, kan de gå videre med løping. Rett-fram-aktiviteter kan gradvis gå over til sideveis hurtighet. Det anbefales å gjøre en tilbake-til-spill vurdering ved hjelp av sportsbåndstesten (utviklet av Steadman Hawkins Clinic og Howard Head Sports Medicine). Pasientene bør bestå den før det gis klarsignal til konkurransedeltakelse. I testen må utøveren utføre en rekke dynamiske funksjonsaktiviteter med motstand fra et sportsbånd. For eksempel ettbeins nedhuking og oppreising i 3 minutter, sidehopping i 80 sekunder og fram-/tilbakejogging i 2 minutter hver. Prestasjonen blir gradert etter grad av koordinasjon og styring av nedre ekstremitet under flerplansbevegelser som simulerer idrettsaktivitetene.

Post-operative protokoller etter vevsfjerning og reparasjon av acetabulær labrum vil fortsette å utvikles i takt med at disse prosedyrene blir mer vanlige. Nåværende protokoller er basert på basalviten og klinisk erfaring. Framtidige studier bør derimot omfatte relevante, systematiske, pålitelige og derav gyldige resultatmålinger. Dette for å bestemme den mest passende framgangsmåten etter operasjon.

Litteratur

1. Kelly BT, Weiland DE, Schenker ML, Philippon MJ. Arthroscopic labral repair in the hip: Surgical technique and review of the literature. *Arthroscopy*. 2005;21:1496-1504.
2. McCarthy J, Noble P, Aluisio FV, et al. Anatomy, pathologic features, and treatment of acetabular labral tears. *Clin Orthop Relat Res*. 2003;406:38-47.
3. Murphy KP, Ross AE, Javernick MA, Lehman RA, Jr. Repair of the adult acetabular labrum. *Arthroscopy*. 2006; 22:561-563.
4. Philippon M, Schenker M, Briggs K, Kupper-Smith D. Femoroacetabular impingement in 45 professional athletes: Associated pathologies



Figur 6. Stående utadrotasjon mot motstand. Merk at begge hoftene får samme motstand mot utadrotasjon under øvelsen på bildet.

and return to sport following arthroscopic decompression. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2007;15:908-914.

5. Philippon MJ, Arnoczky SP, Torrie A. Arthroscopic repair of the acetabular labrum: A histologic assessment of healing in an ovine model. *Arthroscopy*. 2007;23:376-380.
6. Philippon MJ, Schenker ML. Arthroscopy for the treatment of femoroacetabular impingement in the athlete. *Clin Sports Med*. 2006;25:299-308.
7. Yamamoto Y, Hamada Y, Ide T, Usui I. Arthroscopic surgery to treat intra-articular type snapping hip. *Arthroscopy*. 2005;21:1120-1125.
8. McCarthy JC, Busconi B. The role of hip arthroscopy in the diagnosis and treatment of hip disease. *Can J Surg*. 1995;38 Suppl 1:S13-17.
9. Neumann G, Mendicuti AD, Zou KH, et al. Prevalence of labral tears and cartilage loss in patients with mechanical symptoms of the hip: Evaluation using MR arthrography. *Osteoarthritis Cartilage*. 2007;15:909-917.
10. Narvani AA, Tsiridis E, Kendall S, et al. A preliminary report on prevalence of acetabular labrum tears in sports patients with groin pain. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2003;11:403-408.
11. Burnett RS, Della Rocca GJ, Prather H, et al. Clinical presentation of patients with tears of the acetabular labrum. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88:1448-1457.
12. Guevara CJ, Pietrobon R, Carothers JT, et al. Comprehensive morphologic evaluation of the hip in patients with symptomatic labral tear. *Clin*

Orthop Relat Res. 2006;453:277-285.

13. Lavigne M, Parvizi J, Beck M, et al. Anterior femoroacetabular impingement: Part I. Techniques of joint preserving surgery. *Clin Orthop Relat Res*. 2004;61-66.
14. Wenger DE, Kendell KR, Miner MR, Trousdale RT. Acetabular labral tears rarely occur in the absence of bony abnormalities. *Clin Orthop Relat Res*. 2004; 426:145-150.
15. Mintz DN, Hooper T, Connell D, et al. Magnetic resonance imaging of the hip: Detection of labral and chondral abnormalities using noncontrast imaging. *Arthroscopy*. 2005;21:385-393.
16. Blankenbaker DG, De Smet AA, Keene JS, Fine JP. Classification and localization of acetabular labral tears. *Skeletal Radiol*. May 2007;36:391-397.
17. Petersilge CA, Haque MA, Petersilge WJ, et al. Acetabular labral tears: Evaluation with MR arthrography. *Radiology*. 1996;200:231-235.
18. Atlihan D, Jones DC, Guanche CA. Arthroscopic treatment of a symptomatic hip plica. *Clin Orthop Relat Res*. 2003;174-177.
19. Enseki KR, Martin RL, Draovitch P, et al. The hip joint: Arthroscopic procedures and postoperative rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2006;36:516-525.
20. Kocher MS, Kim YJ, Millis MB, et al. Hip arthroscopy in children and adolescents. *J Pediatr Orthop*. 2005;25:680-686.
21. McCarthy JC, Noble PC, Schuck MR, et al. The Otto E. Aufranc Award: The role of labral lesions to development of early degenerative hip disease. *Clin Orthop Relat Res*. 2001;393:25-37.
22. Girard J, Springer K, Bocquet D, et al. Influence of labral tears on the outcome of acetabular augmentation procedures in adult dysplastic hips. Prospective assessment with a minimum follow-up of 12 years. *Acta Orthop Belg*. 2007;73:38-43.
23. Ferguson SJ, Bryant JT, Ganz R, Ito K. An in vitro investigation of the acetabular labral seal in hip joint mechanics. *J Biomech*. 2003;36:171-178.
24. Ferguson SJ, Bryant JT, Ganz R, Ito K. The acetabular labrum seal: A poroelastic finite element model. *Clin Biomech*. 2000;15:463-468.
25. Diulus CA, Krebs VE, Hanna G, Barsoum WK. Hip arthroscopy technique and indications. *J Arthroplasty*. 2006;21(4 Suppl 1):68-73.
26. Farjo L, Glick J. Hip arthroscopy for acetabular labral tears. *Arthroscopy*. 1999;15:132-137.
27. Robertson W, Kadras W, Kely B. Arthroscopic management of labral tears in the hip: A systematic review. *Clin Orthop Relat Res*. 2006;455:88-92.
28. Stalzer S, Wahoff M, Scanlan M. Rehabilitation following hip arthroscopy. *Clin Sports Med*. 2006;25:337-357.
29. Peelle MW, Della Rocca GJ, Maloney WJ, et al. Acetabular and femoral radiographic abnormalities associated with labral tears. *Clin Orthop Relat Res*. 2005;441:327-333.
30. Janda V. Evaluation of Muscular Imbalance: Rehabilitation of the Spine. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1996:97-112.
31. Schmerl M, Pollard H, Hoskins W. Labral injuries of the hip: A review of diagnosis and management. *J Manipulative Physiol Ther*. 2005;28:632.
32. Claiborne TL, Armstrong CW, Gandhi V, Pincivero DM. Relationship between hip and knee

- strength and knee valgus during a single leg squat. *J Appl Biomech.* 2006; 22:41-50.
33. Mascal CL, Landel R, Powers C. Management of patellofemoral pain targeting hip, pelvis, and trunk muscle function: Two case reports. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2003;33:647-660.
34. Willson JD, Ireland ML, Davis I. Core strength and lower extremity alignment during single leg squats. *Med Sci Sports Exerc.* 2006;38:945-952.
35. Leetun DT, Ireland ML, Willson JD, et al. Core stability measures as risk factors for lower extremity injury in athletes. *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36:926-934.
36. Willson JD, Dougherty CP, Ireland ML, Davis IM. Core stability and its relationship to lower extremity function and injury. *J Am Acad Orthop Surg.* 2005;13:316-325.
37. Cantu R. Soft tissue healing considerations after surgery. In: Maxey LM, ed. *Rehabilitation for the Postsurgical Orthopedic Patient.* St. Louis, MO: Mosby; 2001.
38. Snyder-Mackler L. Scientific rationale and physiological basis for the use of closed kinetic chain exercise in the lower extremity. *J Sport Rehab.* 1996;5:2-12.

Abstract

Rehabilitation after arthroscopy of an acetabular labral tear

Over the past few years, arthroscopy of the hip joint is becoming more common as a technique in both the diagnosis and treatment of hip pain. A frequent cause of hip and groin pain is a tear of the acetabular labrum. Patients with labral tears complain of pain in the groin region and pain with clicking in the hip without a history of pain prior to the original onset. Once a patient presents with signs and symptoms of hip pain that are greater than four weeks in conjunction with indicative findings of a labral tear by way of MRI, he or she may be considered a good candidate for arthroscopy of the hip joint. Little evidence exists in the current literature on rehabilitative procedures performed after arthroscopy of the acetabular labrum. The purpose of this clinical commentary is to suggest a rehabilitation protocol after acetabular labral debridement or repair.

Lyst til å skrive?

Her er Fysioterapeutens artikkelsjanger

Tidsskriftet har mange sjanger for artikkelforfattere. De eneste som fagfellevalueres er vitenskapelige artikler og fagartikler. Resten vurderes bare av Fysioterapeutens fagredaktør.

Fagartikkel

Manuskripter skal belyse aktuell og relevant kunnskap fra ulike sider av fysioterapifaget og kan omhandle temaer hentet fra teori, forskning eller praksis. Forfatter skal vise til relevant og aktuell kunnskap på området. Manuskriptet skal være på maksimalt 4.500 ord med litteraturliste, og det skal i hovedsak ha innledning, hoveddel og avslutning.

Fagessay

Artikkelformen åpner for refleksjon over egen eller andres erfaring og gir mulighet for å drøfte alle typer aktuelle faglige problemstillinger. Språklig er det fritt fram for virkemidler som anekdoter, personlige refleksjoner og tankesprang. Studentarbeider vil bli vurdert.

Fagkronikk

Manuskripter kan belyse og drøfte fysioterapiaktuelle spørsmål innen fagutøvelse, fagpolitikk, utdanning og forskning. Manuskriptet er kortere, har friere språk og en mer «populær» stil enn fagartikler.

Kasusrapport

En kasusrapport er en beskrivelse av praksis og skal gi innsyn i fysioterapeuters kliniske vurderinger og erfaringer. Målet er å synliggjøre praksis og skape debatt om vår fagutøvelse. Manuskriptet skal være fra 3.000 til 4.500 ord med litteraturliste.

Vitenskapelig artikkel

Manuskriptet skal rapportere ny og relevant viten på en måte som er akseptabel for forskere. Det skal ha maksimalt 4.500 ord med referanser. Hovedsjangrene er kvantitative-, kvalitative- og oversiktsartikler.

Les mer på

www.fysioterapeuten.no

under Fag og vitenskap

Breathing and relaxation training improves symptoms and quality of life in asthmatic adults

Summary of: Holloway EA, West RJ (2007) Integrated breathing and relaxation training (the Papworth method) for adults with asthma in primary care: a randomised controlled trial. *Thorax* 62: 1039-1042. [Prepared by Penny Agent, CAP Editor.]

Question: Does breathing and relaxation training improve respiratory symptoms and quality of life in adults with asthma?

Design: Randomised controlled trial. **Setting:** Primary care (GP practice) in Hertfordshire, UK.

Participants: Adults diagnosed with asthma and registered with the GP practice were recruited via a postal survey and invited to attend for a physiotherapy assessment of their asthma; 85 met the inclusion criteria (age 16-70 years, proficient in English, no serious co-morbidity) and agreed to participate in the trial. They were randomised to the intervention (n = 39) or control (n = 46).

Interventions: Both groups received usual medical care. The intervention group received 5 x 60-minute sessions of individual treatment by the Papworth method. The method involves relaxation training, teaching of appropriate tidal and minute volumes for current metabolic activity, minimisation of inappropriate use of accessory muscles, diaphragmatic breathing, nasal breathing, and integration of these techniques into activities of daily living.

Outcomes: Assessment were undertaken at baseline, post-treatment (6 months after baseline), and at 12 months. The primary outcome measure was the St. Georges's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Secondary outcome measures were the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Nijmegen hyperventilation questionnaire, resting respiratory rate and end-tidal carbon dioxide level, and spirometry rate.

Results: Post-treatment and 12-month data were available for 78 and 72 patients, respectively. Post treatment, the Symptoms subscale for the SGRQ was significantly better in the intervention group (by 11 points, 95% CI 2-20). This treatment effect was still present at 12 months (by 9 points, 95% CI 1 to 17). The other subscales of the SGRQ (Activities, Impacts) did not show a significant treatment effect, but the total SGRQ score was significantly better in the intervention group at 12 months, after adjustment for baseline values (p = 0.05). Nijmegen scores were significantly better in the intervention group at post-treatment (by 4 points, 95% CI 0-8), and at 12 months after adjustment for baseline values (p = 0.01). The only other significant differences in the remaining secondary outcomes were a reduction in relaxed breathing rate for the intervention group post treatment (by 5 breaths per minute, 95% CI 4 to 7), and at 12 months (by 6 breaths per minute, 95% CI 4 to 7).

Conclusion: this study supports the hypothesis that the Papworth method ameliorates respiratory symptoms, reduces ventilation rate and improves quality of life in a general practice population of adults diagnosed with asthma.

[Effect sizes and 95% CIs calculated by the CAP Editor.]

Commentary

Clinical physiotherapists frequently provide breathing retraining for patients with hyperventilation symptoms (e.g., asthma, hyperventilation syndrome). This study adds to the limited body of evidence that an intervention for patients with asthma involving breathing techniques has associated benefits. These can include improvements in quality of life, perceptions of improved symptom control. Or reduced medication usage – although without any significant change in objective measures of lung function (Bowler 1998, Thomas et al. 2003, Cooper et al. 2003, Slader et al. 2006).

The «Papworth method» may be unfamiliar to many, but the components of breathing control, relaxation, education, and nasal breathing will be recognisable as being common to other packages such as «Buteyko» technique. The study has some methodological issues that limit the conclusions that can be drawn from the results. These include: the lack of comparative «package» to control for the individual attention received by participant in the intervention group; reliance on documented diagnosis of asthma, with no confirmatory assessment; lack of data of medication usage during the trial; the «unblinded» nature of the trial (i.e., the researcher both provided the intervention and assessed outcomes).

The limitations of this study are primarily a consequence of limited resources: the first author is a physiotherapist who designed, conducted, analysed, and disseminated the work herself. Well-designed, properly funded trials are needed urgently to confirm or reject the apparent benefits of this form of non-pharmacological therapy, to determine the mechanisms behind any benefits, and to assess its cost-effectiveness in the overall management of asthma.

Anne Bruton, University of Southampton, UK

References

- Bowler SD et al. (1998) *Med J Aust* 169: 575-8.
- Thomas M et al. (2003) *Thorax* 58: 110-5.
- Cooper S et al. (2003) *Thorax* 58: 674-9.
- Slader CA et al. (2006) *Thorax* 61: 651-6.

Litteratur

- Burton A. Critically Appraised Paper. *Aust J Physiother* 2008; 54(1): 76.

Når undersøkelsen oppleves krenkende

En kommentar til spalten Etisk refleksjon i Fysioterapeuten nr. 3-2008.

En voksen kvinne med nakke- og skulderplager klaget til Etisk utvalg fordi hun ved undersøkelse hos fysioterapeut måtte kle av seg alt unntatt BH og truse (1). Fysioterapeuten, en mann, hadde palpert store deler av kroppen. Undersøkelsen innbefattet også palpasjon av innsiden av lårene. Hun reagerte på at hun måtte kle av seg så mye, siden hun kun hadde nakke- og skulderplager. At fysioterapeuten i tillegg hadde palpert innsiden av lårene, hadde vært en ekstra belastning. Det hadde vært en ubehagelig opplevelse for henne. Min bakgrunn som behandler er psykomotorisk fysioterapi (PMF) gjennom mer enn 20 år. PMF består av en undersøkelse og behandling som i utgangspunktet inkluderer hele kroppen, der pasienten også «kler av seg og kun beholder BH og truse på».

Menn – kvinner

Dette er ikke noen kritikk av den aktuelle fysioterapeuten, men jeg vil diskutere problemstillingen med utgangspunkt i min praksis. Som mann vil jeg her bruke kvinnelige pasienter som eksempel, siden dette får frem særlige problemstillinger og blir sammenliknbart med eksempelet i Fysioterapeuten. I et slikt forhold mellom mann og kvinne kan det oppstå situasjoner som oppleves ubehagelig for kvinnen. Hvordan kan man unngå dette? Når pasienten kommer til første time, orienterer jeg om gangen i en standard undersøkelse. Her får pasienten vite at undersøkelsen også inkluderer dette å skifte til BH og shorts. Jeg har bedt pasientene ved innkallelse til første time om å ta med shorts, fordi kvinner ikke kjenner seg så avkledd når de har en shorts på. Dette har flere kvinner gitt uttrykk for. Jeg bruker også ordet å skifte, ikke å kle av seg. Hvis noen blir bedt om å kle av seg, kan dette mange ganger gi assosiasjoner til en privat og i verste fall seksuell handling. Videre informerer jeg om at undersøkelsen også omfatter palpasjon av hele kroppen, dvs. både øvre og nedre del av kroppen. Jeg forklarer også hvorfor, blant annet ut fra at muskulære spenningsforhold i hele kroppen henger sammen.

Spørsmålet er om en slik undersøkelse alltid skal gjennomføres. Jeg gjør det ikke alltid. Det er unntak der pasienten beholder alle klærne på, eller at de bare skifter til BH

Etisk refleksjon

Palpasjon og kommunikasjon

Dette er problemstillingen i spalten Etisk refleksjon i Fysioterapeuten nr. 3-2008:

En voksen kvinne klaget på behandling hos fysioterapeut. Klagen gjaldt at fysioterapeutens undersøkelse og behandling ble oppfattet som ubehagelig. Pasienten ble henvist for nakke- og skuldersmerter, men opplevde at hun måtte kle av seg alle klærne, bortsett fra truse og bh. Terapeuten brukte tid på å kjenne oppover på innsiden av begge lår, i tillegg til undersøkelse av nakke og skulder. Han hadde også palpert flere andre områder utenfor smerteområdet. Fysioterapeuten ble innkalt til møte i Etisk utvalg for å redegjøre for sin hensikt med behandlingsopplegget. Det kom fram at den palpasjonen han hadde gjort på adduktorene var et ledd i undersøkelsen som gikk ut på å få et mer helhetlig inntrykk av spenningsmønsteret til pasienten.

Spørsmål:

- Har fysioterapeuten gjort en faglig forsvarlig jobb?
- Vil saken stille seg annerledes dersom fysioterapeuten var svaksynt?
- Hvordan kan fysioterapeuter sikre seg mot at pasienter oppfatter nødvendig palpasjon som utilbørlig berøring?
- Ser du andre problemstillinger ved denne saken?

og beholder bukser på. I tilfeller der kvinnene opplyser om at de har vært utsatt for seksuelle overgrep, beholder de som regel klærne på under undersøkelsen, og muligens også ved seinere behandlinger. Vår forhistorie preger oss, og kvinner som har hatt ubehagelige/traumatiske opplevelser i forhold til menn bærer med seg disse erfaringene. I en undersøkelsessituasjon kan slike erfaringer gjenoppleves (2).

Se pasientens reaksjoner

Det er ikke alltid at disse opplevelsene blir fortalt. Det er derfor viktig å kunne oppfatte pasientenes motforestillinger mot visse undersøkelser. Om de ikke direkte gir uttrykk for at de ikke vil, kan man se det ut av pasientens reaksjoner på det man forteller. Hvordan reagerer de på at man forteller at de skal skifte, eller at de skal legge seg ned? Blir de mer ansente, holder de pusten mer, osv? Det kan være vanskelig for mange å gi beskjed om noe de sterkt misliker, fordi man er oppdratt til å være lydig og da særlig i en undersøkelsessituasjon.

Palpasjon av hele eller deler av kroppen kan utelates hvis pasienten kan tenkes å oppleve det ubehagelig. Bare det å legge seg ned på en benk, selv med klærne på, kan oppleves ubehagelig og truende. I begynnelse av første undersøkelse informerer jeg alltid om

gangen i undersøkelsen. Utrygge pasienter kan da få anledning til å gi beskjed. Merker jeg at pasienten er utrygg med klærne på, mens hun ennå sitter eller står, vurderer jeg sammen med pasienten hvilke konsekvenser dette kan få for undersøkelsen. Kanskje bør hun ikke undersøkes i liggende stilling, og kanskje hun ikke trenger å skifte. Selv om hun er påkledd, kan funksjonsprøver gi en del informasjon som forklarer mye om pasientens plager.

I en behandlingssituasjon med en mannlig behandler og en kvinnelig pasient vil dette overfor en del kvinner kunne oppleves utrygt. Det vil være en asymmetri i forholdet som gir den ene personen mer makt enn den andre (3). Å være avkledd i liggende stilling kan medføre ytterligere avmakt. Alle møter mellom pasient og behandler er et møte mellom to mennesker, der begge bringer med seg sin bakgrunn og sine erfaringer.

Følte seg krenket

Når det gjelder eksempelet i Fysioterapeuten (1), kan kvinnens reaksjon tyde på at hun opplevde undersøkelsen som krenkende i forhold til hennes bluferdighet. Hun fikk en opplevelse av at undersøkelsen var seksualisert, både ved at hun måtte kle av seg for mye og at han palperte innsiden av lårene. Dette ble for nærgående.

Det er en rekke spørsmål knyttet til dette. Hvor mye forklarte fysioterapeuten om det som skulle skje? Sanset han hennes ubehag? Det er viktig å være oppmerksom på at pasientene ikke alltid gir beskjed. Hvis de blir mer ansente i kroppen og binder pusten mer, da er det grunn til å stanse opp. Det er viktig å tilpasse undersøkelsen til pasientens reaksjoner. Dessuten bør man helst forklare på forhånd hva som skal skje, og på den måten få fram pasientenes verbale eller kroppslige reaksjoner på dette. Hva slags utdanning hadde fysioterapeuten? Begrunnet han sine valg? Etter min vurdering bør man ved såpass omfattende undersøkelser ikke alltid følge et standardisert opplegg, men være opptatt av å komme i dialog med pasienten og eventuelt utelate eller endre på undersøkelsen.

**Fysioterapeut Einar Hafsahl,
Sandnes**

Kilder:

1. Etisk refleksjon, Fysioterapeuten nr. 3-2008, s. 20.
2. Hafsahl, Einar: Undersøkelse av kvinner utsatt for incest. Fysioterapeuten nr.4/2000.
3. Thornquist, Eline: Klinikk, kommunikasjon, informasjon, s.28, Ad Notam Gyldendal, 1998.

Nyttige bokomtaler:
www.fysioterapeuten.no
Fag og vitenskap – Bokomtaler

Laken FYSIO
og oppbevaringsrør

GRANTON

medisinsk
Postboks 128, 1309 Rud
Telefon 67 1774 40 • Fax 67 1774 74
firmapost@digruppen.no
www.digruppen.no

Erfaringer med kronisk tretthetssyndrom

Pasienter med kronisk tretthetssyndrom føler sin identitet truet når legen stiller spørsmål ved sykdommens legitimitet. Legene er på sin side tilbakeholdne med diagnosen og strever med sin profesjonelle autoritet. Dette går fram av en norsk kunnskapsoversikt i tidsskriftet *Patient Education and Counseling* (1).

**Av Kjartan Vårbakken
fagredaktor@fysio.no**

Bakgrunnen for kunnskapsoversikten var at det forelå flere kvalitative studier om erfaringer med kronisk tretthetssyndrom (CFS) for både pasienter og leger. For å få sikrere erfaringskunnskap om CFS, bestemte forskerne seg for å samle kunnskapen. Forskerne bak studien er fysioterapeut og Master of Public Health Lillebeth Larun og lege og professor Kirsti Malterud.

Metode

Det ble søkt systematisk etter kvalitative studier på engelsk og nordiske språk i databasene MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO og AMED opp til februar 2006. De grovsilte sammendrag og gransket og silte studiene etter en kvalitativ metodesjekkliste (2) hver for seg, og de løste uenighet med diskusjon.

I analysene slo de sammen tilgjengelige kvalitative studier og brukte en meta-etnografisk tilnærming for å identifisere og overføre viten mellom studiene. Disse analysene gav en tolkning opp på andre nivå. Derfra tolket de stoffet opp på tredje nivå, ut fra en argumentasjonsrekke.

Resultat

Forskerne analyserte 20 kvalitative studier om CFS-erfaringer. Disse sto igjen etter de første søkene, som gav 806 titler og en tittel- og sammendragsscreening som reduserte dem til 48 fulltekstartikler. Av disse handlet 22 ikke primært om CFS, hvilket gav 26 studier. Derav ekskluderte forskerne seks til på grunn av lav metodekvalitet.

Symptomerfaringer og symptomresponsjoner fra andre personer med betydning viste seg å true pasientenes identitetsoppfatning. De føl-

te seg alvorlig syke, men ble likevel beskyldt for ikke å ha en reell lidelse og avvist. Pasientenes tro og årsaksforklaring står i motsetning til legenes forståelse av tilstanden. For pasientene var det nødvendig å få en diagnose og å tilegne seg kunnskap for å kunne bli bedre. Legene var tilbakeholdne i forhold til diagnosen og strevde med å opprettholde sin profesjonelle autoritet. Pasientene opplevde diskreditering (mangel på respekt og tillit), som igjen kunne lede til isolasjon og manglende sosial involvering.

Pasienter med CFS arbeider hardt for å mestre sin tilstand, blant annet ved å tilegne seg mer kunnskap om tilstanden og sine kroppslige begrensninger. For å beskytte seg selv, forsøker de også å distansere seg fra egen kropp og fra andre mennesker.

Diskusjon

Metodediskusjon

Forskerne påpekte at en meta-analyse slår sammen kvantitative randomiserte kontrollerte studier og tillater reanalyser av data. En kvalitativ sammenstilling åpner derimot mulighet for en meta-syntese gjennom systematisk tolking. Hensikten med syntesen er å utvide tolkningsnivået, ikke å teste rådende konklusjoner.

Forskerne mente også at å sammenligne og undersøke studiekvalitet er enklere når studiedesignen er standardisert. De inkluderte studier med så ulike design som intervju, diskursanalyse, narrativ analyse og grounded theory, og mente dette gav variasjon i funnene. Konsekvensene av variasjonen mente de burde utforskes nærmere.

Resultatdiskusjon

Det at pasientene følte seg identitetstruet mente de var på linje med viten om erfaringer hos pasienter med andre alvorlige syk-

Denne artikkelen er tidligere publisert på www.fysioterapeuten.no
Fag og vitenskap

dommer som kronisk depresjon, artritt og fibromyalgi. Funnet ble derfor vurdert å utvide forståelsen av hvordan kroniske sykdommer kan invadere personens selvoppfatning. Det at pasientene følte seg alvorlig syke, men likevel tynget av skyld og avvist av leger med en annen sykdomsforståelse, gav opphav til store spenninger i møtet mellom lege og pasient.

Det verste legen kunne si var at «det er ingenting; alt sitter i hodet». Forskerne la vekt på at diagnosen ikke bare er et sykdomsnavn, men også angir en anerkjent årsak.

Derfor strever både pasienter med fibromyalgi og CFS for å få navngitt sin sykdom. Forskerne foreslår at legene heller burde

fokusere på pasientenes ressurser enn deres problemer. Dette kan skape større tillit og troverdighet i behandlingssituasjonen, men kan også redusere tilleggsbelastningen av skyldfølelse og å føle seg avvist.

Konklusjon

Forskerne anga at identiteten til pasienter med CFS er utfordret når det stilles spørsmål ved legitimiteten av deres sykdom. Denne betydelige byrden kommer i tillegg til tapet av tidligere etablert identitet. Det gjør også pasientene mer sårbare enn om de bare plages av symptomene alene. Legene kan øke pasientenes mestring ved å legge vekt på deres sterke sider istedenfor å så tvil.

Litteratur

1. Larun L, Malterud K. Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: a synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 2007; 69: 20-8.
2. Malterud K. [Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122: 2468-72.

Supermann-sykkel

Åtte ukers trening på en sykkel utviklet for Supermann-skuespiller Christopher Reeve, økte oksygenopptaket med 25 prosent og hjertets slagvolum med 37 prosent hos fem personer med ryggmargsskade. Studien ble gjennomført ved NTNU i Trondheim, skriver Handikapnytt.

– Veldig oppløftende. Det er første gang det dokumenteres endringer i hjertets slagvolum for spinalskadde, sier professor i medisin ved NTNU, Jan Hoff.

Sykkelen, Ergys 2, er videreutviklet av NTNU. Strømførende elektroder festes på de store muskelgruppene i beina. Musklene trekker seg da automatisk sammen og øker blodgjennomstrømmingen, forklarer Hoff.

Trenger du hjelpemidler til ekstra tunge brukere?

Brukere som veier over 200 kg har ofte problemer med å finne hjelpemidler som tåler deres vekt.

Øvrebø Rehabilitering AS og Hepro AS kan nå tilby en rekke hjelpemidler som er utviklet for tunge brukere.

Ta kontakt for nærmere informasjon eller gå inn på våre hjemmesider: www.ovrebo.no eller www.hepro.no



Øvrebø rehab

Øvrebø Rehabilitering AS

Postboks 604, 3412 Lierstranda

Telefon: 32 24 42 50 – Telefax: 32 24 42 51 – Epost: firmapost@ovrebo.no

Buskerud, Vestfold, Telemark, Østfold, Vest-Agder, Rogaland



Hepro AS

Telefon: 75 69 47 00 – Telefax: 75 69 47 10 – Epost: firmapost@hepro.no

Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland, Aust-Agder, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland



Fysioterapeut bak lås og slå

Før het det Botsen og Bayern (et bryggeri før vinduene fikk gitter). I dag er det Oslo fengsel, avdeling A og B. Landets største fengsel med 350 fanger. De innsatte på avdeling B er heldigst. De har en fysioterapeut som heter Øydis.

– Jeg er tøff og uredd, tydelig og direkte – og absolutt fysioterapeut. Jeg må ha kontrollen slik at gutta ikke tar kontrollen over meg. Når den først er etablert, kan jeg lytte til dem. Jeg må få bort «støyen», slik at jeg kan lytte til det vesentlige.

Øydis Osnes (60) har aldri opplevd noe i fengselet som har gjort henne redd. Ikke en gang litt redd. Og hun har jobbet der i femten år.

– Kanskje er jeg mindre engstelig enn de fleste. Jeg tror jeg er ganske integrert, og det er nok noe naturgitt.

«Tre måneder uten besøk, og jeg satt i tre måneder med brev- og besøksforbud. (...) Så det var ingen psykiater, ingen psykolog som kom og snakket med meg, alt var forbudt, jeg hadde ikke lov til å snakke med noen, så jeg blir gal, jeg blir gal (...). Den koppen, når du klemmer den koppen, så sprenger den (han klemmer plastkoppen med kaffe). For vi er mennesker, vi bærer hat, vi bærer nag, skjønner du? Det er det som skjedde med meg.»

(varetektsfange, satt antageligvis i full isolasjon)

– Vi må møte pasientene våre med åpenhet og så formidlingsfrøtt vi kan – uansett hva de sitter for. De skal iallfall ikke møte helsepersonell som gjør smerten større, opplevelsen i fengselet verre. Mennesker er ikke feil. Men mennesker forstår mer eller mindre.

Alle folk skal få lov til å presentere seg for meg. Jeg møter folk med et åpent sinn. Slik er jeg innenfor murene, slik er jeg utenfor murene. Jeg blir skuffet av og til, men det er slik jeg vil leve livet mitt. Utenfor fengselet har jeg sikkert hatt pasienter på benken med like mye på samvittigheten som de jeg møter her inne.

Det hender at jeg får en ny pasient og tenker «Der er du, her er jeg. Det er ingen tvil om at det er du som skal komme til meg». Jeg har den faglige bakgrunnen som gjør at det må være slik.

Samtidig prøver jeg å gjøre møtene så symmetriske som mulig. Jeg trives med å være på linje, med å by på meg selv og mine tanker. Vi snakker ofte om bøker, musikk og ganske ofte om eksistensielle spørsmål. De har jo så utrolig mye erfaring!

Alt de bærer på

Øydis forteller om så mye sinne som det ikke har vært

tillatt å komme frem med.

– Mange av rusmisbrukerne her inne har mye å være sint på! Opplevelser fra oppvekst, fra skole, om de nærmeste som sviktet. Så mye skuffelse, sorg og sinne som de skulle tatt ut på andre enn seg selv. Det er mange som er her så ufortjent!

«Jeg knuser ikke cella fordi det har klikka for meg. Jeg knuser cella for å unngå å klikke. Det refses man for...».

(varetektsfange ilagt brev- og besøksforbud)

– Jeg er veldig forsiktig når jeg tar i så sterke følelser, men jeg må våge å spørre dem om hvorfor de stenger så mye inne. Svaret er at de ikke tør slippe opp, de tør ikke miste kontrollen. Mange blir så veldig sinte når de først blir sinte. Da forteller jeg dem at jeg tror det er nettopp den sterke kontrollen som gjør dem ute av stand til å bli sinte i de situasjonene der de faktisk burde blitt sinte. At de ikke har for lite kontroll, men for mye kontroll! «Slipp opp litt, snakk med noen, prøv å bli kvitt noe av alt det du bærer på.»

Jeg har lært at det ikke nødvendigvis er det de sitter inne for som plager dem mest. Det er ofte alt det andre de ikke har fått ryddet opp i, eller sonet, fordi de snubler hele tiden.

Oftest sier jeg til gutta «Sånn som jeg sier til deg nå, slik ville jeg sagt det til sønnen min.»

Våge å åpne opp

– Jeg hadde en pasient som sa «My neck is killing me! My neck is killing me!». Jeg svarte «I can see your neck is killing you. I think you are a very angry man». «What you are telling, is the truth», svarte han da han gikk.

Jeg må våge å snakke ærlig. Direkte, men ikke strengt, ikke fordømmende. En pasient sa «Du er den første voksne som har snakket ordentlig til meg.»

Hos psykologen snakker pasientene om vondtene, men vondtene forblir. Til meg kan de bare komme. De slipper å prate, de kan bare ta imot. Om de har en øm tå eller et ømt sinn, uansett setter det seg i kroppen, og når jeg får dem til meg, kjenner jeg på det. Dette kan være tilstrekkelig til at de får en opplevelse av å bli møtt, bli sett.

Jeg tror de føler seg bekreftet når de sier til meg: «du finner det, du jo!» eller «du setter fingeren på det,

Tekst og foto:

Bent Ove Aulid

fysioterapeuten@fysio.no



Størst. Oslo fengsel er landets største fengsel med 350 fanger.

du!» Dette er også en måte å sette ord på det. Det er ikke psykologisk prat, den kan ofte være for problemfokuser, men det er noe med at «kroppen vet». Hos meg får de bekreftet det kroppen allerede vet. Jeg sier ofte til dem: «Vi er hele mennesker. Gudskjelov! Da opplever vi også med hele oss.»

Andre ganger kan jeg mer aktivt vise pasienten med kroppen hans at «her må jeg åpne meg, ikke være så lukket. Her må jeg snakke med noen.» En av gutta var så «høy og mørk» at han stanget borti alt og alle. Han kunne ikke bøye hodet. Det var en god følelse da han våget å åpne opp og snakke med en psykiatrisk sykepleier. Åh, det er morsomt når jeg får til slikt!

Gode opplevelser

Øydis vokste opp på Jevnaker som yngst i en søskenflokk på ni.

– Når du vokser opp med så mange søsken, lærer du å bli lojal og ta vare på hverandre. Du kan ikke løpe unna, heller ikke gi billige forklaringer, du blir etterprøvd hele tiden, sier hun.

Slik er det i fengselet også. Svada og generelt pispreik blir avslørt umiddelbart.

– Jeg har hatt pasienter som har utbrutt «Du gir meg aldri opp, du!». Det er nok riktig, men underveis, som oftest ganske tidlig i behandlingen, har jeg tatt noen konflikter. Jeg tar pasienten og behandlingen såpass på alvor at jeg bringer opp de tingene som blir vanskelige for meg og dermed for terapien. Jeg kan ikke være noen «avstandsterapeut» – det går ikke.

Det er mange marginaliserte her. Og når du blir innsatt, blir alt så tydelig. Alt her inne blir satt på spissen. Du er fratatt verdighet, fratatt valg. Det er nyttig å ha i bakhodet. Jeg har valgt å gå inn og jobbe her. De har ikke valgt meg. Det er denne mannens ståsted jeg må ta. Det er hans krav jeg må stille til meg selv. Jeg er den som må forsvare at jeg er den rette i fengselet.

«Rundt hver tredje som settes i varetekt, blir ilagt restriksjoner. Restriksjonene kan bestå i at man ikke får motta eller sende brev, eventuelt at disse blir underlagt kontroll. Det samme gjelder med å motta besøk. Dette heter henholdsvis brev- og besøkskontroll, eller brev- og besøksforbud. Videre kan man for eksempel nektes å lese aviser, se TV eller høre radio.»

(Institutt for kriminologi og rettsossologi).

– Her i fengselet er pasientene i enda større grad enn ellers fratatt sanseinntrykk. Det betyr mye for hvilke strenger jeg velger å spille på. Jeg er nær, til stede og direkte; alt de savner – men selvfølgelig med profesjonell nærhet. Jeg ønsker å gi noen gode opplevelser som de kan ta med seg ut herfra og tilbake på cella. En god behandling som kan fyre av noen velværeimpulser i hjernen.

Stivt liv

Øydis kjøpte seg ny musematte til pc-en. Den lignet et persisk teppe. «Har'u tørna muslim, eller?» smalt det fra en av gutta.

– Så ærlige og direkte folk! Men jeg møter det stikk motsatte også. Totalt tilknappede. Da sier jeg: «Jeg leser deg som en lukket bok». Da forstår de godt hva jeg mener, smiler hun.

Med halvannen fysioterapeut på 350 innsatte hender det ofte at behandlingstilbudet blir smurt ganske tynt utover pasientene. Det kan bli lenge mellom hver time.

– De sier aldri «Å, nå er det lenge siden», eller «Jeg har hatt så vondt». De sier «Jeg trodde du hadde glemt meg». «Å nei,» svarer jeg da, «Jeg har ikke glemt deg, men forsømt deg». Da tilgir de meg. Det viktigste er ikke å være glemt. Det sier mye om å være fengslet.

Mange pasienter får beskjeden om at «dette må du leve med» og så blir de sendt på dør. Det er trist å møte alle dem som opplever at legen og andre har gitt dem opp. Jeg sier «Det er ikke sikkert at det er mulig å gjøre noe med det rent kroppslige, men jeg skal hjelpe deg å takle det, akseptere det, leve med det».

Det kan hende jeg må stå i ting der andre kanskje ville sagt: «Dette må du snakke med psykologen din om». Jeg vil ikke skyve pasientene fra meg, selv om jeg er ganske sikker på at spenningene er psykologisk betinget. Det er jo ikke snakk om stive skuldre, men et stivt liv!

Gå opp i limingen

Hun unngår konsekvent ordet «innsatt». For henne er de alle «gutta» eller «pasienter».

– Det er mange som heller ikke bruker ordet «pasient», men det vil jeg beholde. Ansvaret for behandlingen er mitt og skal forbli mitt. Slik hun ofte lar pasienten beholde plagene sine.

– Jeg lar ham beholde dem. Jeg forteller ham derimot om min opplevelse, at han er blitt så mye lettere å behandle. Det tar tid å bli rede til å slippe rollen som skadet, som offer.

«1 times lufting om dagen, 23 timer på cella. Kanskje noen timers fellesskap i løpet av en uke for den som ikke er under



Egenskaper. – Det er noe gudgitt. Jeg har de egenskapene som gjør at pasientene åpner seg, gir seg over, sier Øydis Osnes.

– Men jeg leker ikke psykolog. Jeg ser på meg selv som en forsvarer for kroppen. Vi har ikke kropper. Vi er kropper, sier Øydis.

– Det viktigste i terapien er det som skjer i mennesket, ikke i leddet, fortsetter hun. – Samtidig nytter det jo ikke bare å være empatisk. Så jeg kombinerer. Å være fysioterapeut er et kremyrke. Redskapene har vi i verktøykassen vår: Vi kan bruke hele oss og få tilgang til hele pasienten. Pasienten kan ha et plettfritt ytre, men når han legger seg på benken og jeg begynner å kjenne på ham, kan ryggen hans fortelle om et liv som holder på å gå opp i limingen.

– Fysioterapeutene sager av den grenen de sitter på når de er så overfladiske, når de har flere pasienter av gangen, når de ikke tar på folk. Jeg griner når jeg hører folk betale hun-

drevis av kroner hos naprapater, taprapater og jeg vet ikke hva – alt for å bli tatt i. Jeg kjenner ingen annen yrkesgruppe som har alt det vi har i sin verktøykasse.

Det sammensatte

Hun forteller om det fineste komplimentet hun har mottatt: «Her er det eneste stedet jeg føler at jeg ikke er i fengsel.»

– Det er jo pasientene som gjør at vi orker å jobbe her – til tross for systemet. De faglige utfordringene er kanskje ikke så store, men de menneskelige utfordringene er store. Vi møter sammensatte utfordringer, og vi får lov til å nærme oss dem som nettopp det. Hvordan få bilen på rett vei når sjåføren ved rattet vil en helt annen vei? Hvordan få folk til å bli tilgjengelige for din tenkning, for din terapi? ■

de strengeste restriksjonene. Over 400 varetektfanger satt i fullstendig isolasjon i 2005. Det utgjør 13 prosent av alle nye varetekter. I tillegg satt 39 i delvis isolasjon. Norge er under vedvarende sterk kritikk fra Den europeiske torturkomitéen (CPT) for bruken av isolasjon som restriksjonsform overfor varetektfanger.»

(Kilde: Bl.a. Kriminalomsorgens årsstatistikk, 2005)

– Legene og sykepleierne tar seg av liv og død. Men de langvarige og vedvarende konsekvensene av å sitte inne er mer skumle. De kommer snikende. Det er derfor vi andre er her. For å forebygge isolasjon og skadene i dens kjølvann, sier Øydis.

– Hun tar på de innsatte. Også tar hun litt på sjelen deres også, sier Bjørg sykepleier, en kollega.

«Achmed», sitter i varetekt: – En følelse av frihet

■ «Achmed» (31) har fire barn, den eldste ennå ikke i skolealder. Fengselsoppholdet blir ikke enklere å utholde av at barna hans ikke lenger bor i Norge.

– Alt blir verre under et fengselsopphold. Man stresser så mye. Har så mye å tenke på, særlig når man har barn og familie.

Han har sittet ett år i varetekt. De første to månedene satt han på full isolasjon og mediaforbud, deretter delvis isolert ytterligere en drøy måned. Nakkeprolapsen har han slitt med i mange år, nerveskaden i høyre underarm er av ganske ny dato.

– Du føler du er blitt et nytt menneske etter fysioterapitimen! Øydis forhaster seg ikke. Hun tar seg god tid. Hun er flink til å fortelle. Hun gjør jobben sin bra. Hun gjør også det lille ekstra. Hun stiller opp når jeg har

behov for noen ekstrabehandlinger.

Aller helst ville han hatt kiropraktorbehandling.

– Jeg gikk til behandling ute. Fysioterapi hjalp ikke, men kiropraktor hjalp. Nå oppleves det som om kroppen min er blitt vant til knekkingen. Derfor skulle jeg gjerne fortsatt med den.

Men kiropraktor står ikke på menyen i Oslo fengsel. Og han er ikke innvilget fremstilling for å få behandling av en kiropraktor utenfor fengselet.

– Å bli massert gjør meg godt. I hvert fall når man er i den situasjonen man er i. Det gir en viss følelse av å være ute i friheten, selv om man bare ligger på benken i fysiorommet. Jeg er lettet når jeg er ferdig. Jeg blir på en måte helbredet der og da. ■

Mats, sitter i varetekt: – Fysisk nærhet forbudt

■ – Et menneske trenger minst fem koser hver dag! sier Mats (29). Han er heldigere enn de fleste innsatte i Oslo fengsel: Han har Øydis, og hun gir klemmer. Gode, ordentlig klemmer.

– Vi mennesker er flokkdyr, vi må ha nærhet, fortsetter han.

Han stryker seg selv over underarmen.

– Dette, sier han, er ofte ikke lov her inne. Flere steder er det forbudt for en innsatt fysisk å være nær en annen innsatt. Jeg leste akkurat om en undersøkelse

som viste at dersom barn i barnehage blir oppfordret til å berøre hverandre, massere hverandre, så ble antall konfliktsituasjoner i barnehaven sterkt redusert. Mens altså vi her i fengselet blir refset for å være nær hverandre.

Mats er en atletisk mann på to meter. Varetektsoppholdet begynte i full isolasjon, og fortsatte med brev- og besøksforbud. Sengen på cella er så kort at han må krøke seg sammen for å plass. Slik har han måtte sove i ett år. Kanskje ikke den beste medisin for en ung mann som allerede er operert for prolaps?

– Medisintrallen her inne er fullastet! Det spises solide mengder beroligende medisiner. Jeg tror mye av uroen kunne vært løst med fysioterapi. Massasje fra topp til tå. For meg er Øydis det eneste alternativet. En time hos henne er terapi for sjelen. Fysioterapien letter på alt. Dagene blir ikke så tunge. Jeg opplever at behandlingen hos Øydis forandrer balansen i kroppen fra det negative til det positive. Den gir et pusterom i dette hølet.

– Når du sitter i fengsel, blir alt forsterket 100 ganger. Det som er litt OK ute, oppleves som enormt bra her inne.

– Fysioterapien hos Øydis er det beste tilbudet i fengselet! Det slår trening, det slår fotball, det slår å lese en god bok. Det er utrolig: Jeg får energi, blir glad og positiv. Jeg føler at ting slipper, at jeg får løst opp i så mye annet også.

Øydis er positiv og får meg til å le. Hun svarer alltid «ja», aldri «nei». Jeg kjente det da Øydis var borte en stund: Kjente hvordan jeg knøt meg, hvordan alt jeg bærer på ble tyngre. Kjente hvordan jeg ikke klarte å få utløp for spenningene mine. Og det er tungt nok som det er. Husk, alle vi som sitter her, er ikke tapte mennesker. Vi er ikke de handlingene vi har begått. ■



Medmenneske. – Jeg tar dem på alvor og jeg er arbeidsom, sier Øydis Osnes.



Godt forhold. Mats (til høyre) sitter i varetekt som de fleste andre i Oslo fengsel. Jimmy soner dom og er en fri mann når dette leses. Begge er blitt glade i fysioterapeut Øydis.

Jimmy, soner dom: – Et medmenneske

■ – Som menneske er Øydis helt utrolig. Hun er et menneske jeg deler alt med. Med henne kan jeg snakke om hverdagens hendelser. Jeg forteller henne mitt, og jeg vet at hun forteller meg ting som hun ikke forteller til alle og enhver. Det er ikke så mange jeg deler mine innerste tanker med, men det gjør jeg med henne.

Jimmy (51) er glad for anledningen til å skryte av Øydis. Livet som innsatt betyr et liv blant andre menn. Timen hos fysioterapeuten er det eneste innslaget av tilnærmet ordinær kontakt med et «vanlig» menneske.

– Det er ubeskrivelig å komme ut fra cella og kunne snakke om noe annet enn «øl, fitte og hornmusikk». Jeg gleder meg hele uka til timen hos Øydis. Det er ikke bare fysioterapien som betyr noe, for meg er det alt omkring. Hun er først og fremst et medmenneske. Tror nesten kunnskapen om hvordan man behandler et medmenneske må være medfødt hos henne. Og jeg vet hun er helt spesiell. Jeg har vært hos flere fysioterapeuter og

kjenner forskjellen. Hos henne får jeg ikke bare fysioterapi, det er vel så mye en medmenneskelig opplevelse.

Jimmy skal ut neste tirsdag. Da er dommen sonet ferdig. Leiligheten venter, det er med litt forventningsfull stolthet han oppgir adressen bladet skal sendes til.

– Øydis er det eneste jeg kommer til å savne fra det 17 måneder lange oppholdet her inne. Du vet vel at hun alltid har radioen stående på «NRK Klassisk»? Nå har jeg virkelig begynt å like musikken. Øydis har foreslått hva jeg kan høre på når jeg kommer ut, litt «klassisk for nybegynnere», smiler han.

– Vet du hva, Øydis er et menneske og en fagperson som kunne fått seg jobb hvor som helst. Hun kunne tjent bedre, hun kunne hatt det bedre, men allikevel har hun valgt å forbli hos oss i år etter år. Jeg tror det er fordi hun er så utrolig glad i mennesker. Det er slik hun er: Hun klarer ikke si «nei» fordi hun er så glad i folk. Og det er jo alle vi andre glade for! ■

Anne-Pia Nygård (30) fra Sandane har vakse opp som brukar av helsetenester. Ho vart fødd med skoliose. Etter nokre ryggoperasjonar vart ho rullestolbrukar ti år seinare, då ho vart lam frå TH10 etter ein legefeil som følgje av behandling av skoliosen.

– Det slår meg at ein ikkje har vore flinke nok til å snakke med barnet om det som skjer inne i ho eller han når det gjeld å ha ei funksjonsnedsetting. Praktisk tilrettelegging er hovudfokuset. Det mentale har vore ikkje-eksisterande, sier Anne-Pia Nygård.

To identitetar – ein frisk og ein sjuk

I eit forsøk på å finne identitet på internett lyser det plutsleg mot meg oppe frå venstre skjerm-side: Leitar du etter identitet? Finn identitet med meir på «L Søk». Ikkje noe virvar. Kun svar!

Eg trykker på linken: «Beklager, ingen treff funnen på nøkkelord (identitet).»

Identitet er ikkje så enkelt å finne eit svar på. Heller ikkje så enkelt å forklare. Men mine og andre sine erfaringar er jo også godt nok. Når eg tenker over det, er kanskje det den beste kjelda. Same kva vi sit med av ulike erfaringar er det alltid noko som er felles; det får oss til å føle eitkvart. Og kjensla vi oppdagar i oss sjølv går igjen som eit ekko hos alle andre: *Slik har eg også følt det.*

Vi er ulike personar som har ulike erfaringar, likevel kan vi snakke om å kjenne det på same måten, er ikkje det utruleg? Og gjennom alle desse fysiske laga vi ber på, og laga av kjensler vi sit med, ligg vår identitet og formar oss. Alle veit kva det er, men få kan fullt ut forklare kva som ligg bak.

I ordboka er identitet knytt til personlegdommen til eit menneske, den du er, både inni og utanpå. Klart du har tankar om deg sjølv. Tankar som formar sjølvbildet. Så snakkar vi om roller. Vi oppfører oss annleis i ulike situasjonar og møter. Det er også oss, den same oss heile tida. Eg er meg sjølv, men eg er så mange ting. Og midt opp i alt skal vi finne vår plass i samfunnet.

*Eg vil gå forbi alle rollene.
Eg skal fram til noko anna.
Til ei splitting av identiteten.
Ei utvikling av to identitetar.
Kva ligg det i dét?*

Eg vart fødd som noko anna enn det eg enda opp som. Det er døme på ein identitet som utviklar seg, men annleis enn først tenkt. Same kva, er det her berre snakk om ein identitet.



Splitta. – Det gjer vondt å bli oppfatta som ein diagnose når eg sjølv kjenner meg som den jenta eg er. Illustrasjonsfoto: Heidi Johnsen

Ved ei utvikling av *to* identitetar har det oppstått eit traume. Ved sidan av den identiteten du vart fødd med og seinare utvikla som deg sjølv, oppstår ein annan identitet som også er ein del av deg, og som andre oppfattar deg med, men som likevel ikkje er deg sjølv. Det er ein del av deg, men det er ikkje *deg sjølv*.

Ein splitta personlegdom

I mitt tilfelle deler eg det opp i ein frisk identitet og ein sjuk identitet, der det er ein kamp mellom «den friske meg» og «den sjuke meg». Det gjer vondt å bli oppfatta som ein diagnose når eg sjølv kjenner meg

som den jenta eg er. Det er dette som fører til ein splitta personlegdom og identitet, der diagnosen blir oppfatta som «meg» og eg lenger ikkje veit kven «eg» er.

Då beina mine vart lamme og eg brått måtte fortsette livet som rullestolbrukar, begynte eg å sjå meg sjølv gjennom andre sine auge. Eg var ikkje lenger ein person, men ei funksjonshemming. Alt fokus på meg sjølv frå dei rundt meg var på det som var feil med kroppen min, og det som ikkje fungerte som det skulle.

Eg måtte ha lange sjukehusopphald der alt var konsentrert om den sjuke kroppen min, hjelpemiddel, fysioterapi, dotrening,

trening med av- og påkledning.

Det var ikkje berre slik at eg som barn måtte ta stilling til min eigen kropp på ein annan måte enn det funksjonsfriske barn gjer. I tillegg erfarte eg også i tidleg alder at mange hadde eit forhold til kroppen min, og at alt var til mitt eige beste for å få til den best moglege rehabiliteringa. Derfor var det også vanskeleg for eit barn å protestere.

Protesterte aldri

Eg protesterte aldri på å kle av meg framfor eit team av diverse legar, studentar og pleiarar. Rett og slett fordi eg visste at eg måtte. Det var nødvendig, og eg visste godt at det var for mi eiga skuld. Visste at for at dei skulle hjelpe meg, måtte dei sjå kva dei hadde med å gjere. Før eg var åtte hadde eg stått halvnaken framfor ein sal full av studentar fordi eg var eit interessant medisinsk tilfelle som dei kunne lære noko av. Eg! Ein interessant person desse kvitkleddene kunne sjå på, og lære noko av. Eg kjende meg på same tid både utvald og klar til å forsvinne ned i golvet.

Etter sjukehusopphalda kom eg tilbake – heim – til ein kvardag der klassekameratane mine hadde gått vidare i livet. Dei hadde gjort andre erfaringar i lag, og det var vanskeleg å dele mine erfaringar med dei. Eg kjende meg veldig utanfor og grua meg til kvar skuledag.

Sjølvmedisinerer

Dette gjorde at den friske identiteten min vart svekka, samtidig som identiteten som funksjonshemma blei styrka. Den einaste plassen eg fekk gjeve uttrykk for ønska og draumane mine, var når eg leika for meg sjølv. Det vart ein sjølvmedisinerer, der eg fylte meg sjølv med tankar som eg ikkje trudde eg kunne seie til nokon.

Kvar gong eg blir inkludert og sett som den eg er, vert den friske identiteten min styrka. Det er *det* som gjev balanse til dei fysiske hindringane eg møter, og som er med på å understreke alt eg kjenner er feil med meg. Det viktigaste er at den friske identiteten min er så styrka at den kan løfte meg opp og gjere meg sterk nok til å vere glad i meg sjølv.

Endeleg ...

For eg har endeleg latt meg få lov til å ha ulike identitetar. Med ein gong eg innsåg at det er slik eg er, og eg ikkje lenger prøvde å presse meg inn i *ei* form som ikkje passa, kunne eg tillate meg å like meg sjølv *på grunn* av den eg er, og ikkje *på tross* av!



Studentspalten:

Student + Små barn = Problem

Fysioterapistudenter med barn i skolealder får særplass i turnus. Studenter med små barn under skolepliktig alder har derimot ingen rett på særplass når turnusplassene trekkes. Dette virker helt urimelig!

Jeg kan ikke se hvilke gode argumenter som taler for et skille ved skolepliktig alder. Jeg går i 2. klasse ved Høgskolen i Bergen, og i klassen har jeg en medstudent som nylig har blitt pappa til en liten gutt. Om et års tid er det vår tur til å trekke turnusplasser. For en nybakt pappa eller mamma som forsøker å etablere en familie, og endelig har fått barnehageplass til sin lille pøse, vil det å måtte flytte langt av gårde i turnusåret for å bli autorisert fysioterapeut, være en liten krise.

Jeg mener det er like naturlig at studenter med barn under skolepliktig alder skal ha rett til særplass, som de med barn i skolepliktig alder. Et barn som er i skolepliktig alder har rett til skoleplass, og skolevalget faller naturlig. I dag virker det å skulle få tak i en barnehageplass mye verre enn å få plassert barnet på en skole.

Hva med den hjelpen et ungt par med småbarn får fra venner og familie, og som kan gjøre totalsituasjonen mye lettere? Slike ressurser er minst like viktige for de med småbarn under seks år, som for de eldre skolebarna. Disse ressursene lar seg ikke forflytte og går tapt dersom man blir tvunget til å flytte langt unna.

Om hva om den andre forelderen ikke har anledning til å flytte av gårde med turnuskandidaten? Det blir i alle fall ingen enkel situasjon for paret. Sjansen for at den andre forelderen også studerer er større jo yngre barnet er. Kanskje må studiene legges «på vent» et år, og man må få seg arbeid for å dekke bortfallet av lån og stipend fra Statens Lånekasse. Jeg ser for meg at det blir noen vanskelige avveininger for og imot. Resultatet kan bli at en av foreldrene i praksis blir «eneforsørger», noe som per i dag faktisk gir rett til særplass i turnusåret.

Selvsagt kan det argumenteres mot en slik ordning. Jeg tror likevel at de fleste argumentene møter seg selv i døra når man tenker på at studenter med barn i skolepliktig alder får særplass. Jeg vil gjerne høre andres syn på saken. Det kan gi bidrag til en konstruktiv diskusjon rundt særplassordningen.

Martin Rønning

Høgskolen i Bergen og
Landsutvalget i Fysio

Usynlige handikap

Helse- og omsorgsdepartementet overser store grupper handikappede i sitt lovforslag mot diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne. Det sier leder av Norsk Thyroideaforbund, Bente Bakke, til Helserevyen online.

I definisjonen av hva nedsatt funksjonsevne dreier seg om, sies det i et avsnitt at det ikke bare gjelder fysiske funksjonshemninger, men også «nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelse pga allergi, hjerte-, eller lungesykdommer».

– Ved bare å liste opp noen få sykdommer, ekskluderer man etter Bakkes mening andre kroniske lidelser, for eksempel diabetes, cøliaki, revmatiske lidelser, stoffskiftesykdommer og migrene.


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



Oppegård kommune

effektiv, trygg og trivelig

HELSETJENESTEN

Fysioterapeut

Helsetjenesten har ledig en fysioterapistilling for barn, 60 % fast fra 01.08.08. Les mer om stillingen og virksomheten på kommunens nettsider.

For mer informasjon, ta kontakt med koordinator Anita Løvland, tlf. 66 81 92 78 / 50 eller 932 38 453.

Vi oppfordrer til å bruke elektronisk søknadsskjema. Eventuell papirsøknad vedlagt CV og kopi av vitnemål og attester sendes Oppegård kommune, Helsetjenesten, postboks 510, 1411 Kolbotn. Søknaden merkes saksnr. 08/1063.

Søknadsfrist 13. juni.

www.oppegard.kommune.no

AURSKOG-HØLAND KOMMUNE

Aurskog-Høland kommune ligger i den østlige delen av Akershus, med kort vei til Lillestrøm, Oslo og Gardermoen. I likhet med de andre kommunene nord og øst for Oslo, skjer det en positiv utvikling av kommunen. Tilflyttingen har vært jevn de siste årene, og kommunen har nå ca. 14.000 innbyggere.

I psykiati/rehabilitering, som er en virksomhet i resultatenheter Familie og levekår, er det ledig

1 ÅRS VIKARIAT – 100 % STILLING FYSIOTERAPEUT fra 18.8.08

Spørsmål om stillingen kan rettes til enhetsleder Anne Kirsti Bouter, tlf. 63 85 25 00.
Søknadsfrist 9. juni 2008.
For mer info: www.aurskog-holand.kommune.no



Skjervøy kommune

Fysioterapeut – 100 % driftsavtale

Skjervøy kommune har ledig 100 % driftsavtale fra 10.07.2008. Driftstilskuddet er knyttet til Ergo- og fysioterapitjenesten ved Skjervøy Helsecenter. Vi har flotte lokaler, med separate kontorer, treningssal (bl.a. utstyrt med S-E-T) og terapibasseng.

Full utlysningstekst finner du på www.skjervoy.kommune.no
For nærmere opplysninger om stillingen kan du kontakte:

- Ledende fysioterapeut, Siv Karlsen, tlf. 77 77 57 22 / 48 86 71 95 eller e-post: sivm.karlsen@skjervoy.kommune.no
- Jøran Johansen, tlf. 909 43 005.

Søknad, CV og kopi av vitnemål sendes Helse- og sosialsjefen, Postboks 145, 9189 Skjervøy **innen 23.06.08.**

KOMPLETT PRAKSIS SELGES!!

Lokaler innredet for PMF på Trollåsen senter, 20 min. fra Oslo S, i fellesskap med bl.a. legesenter, fysikalsk institutt og tannlegesenter. Leie kr. 2 863,- per mnd. Logo og webside kan overtas (www.psykomotorisk.no). Praksisen drives uten driftstilskudd, men har avtaler med div. forsikringsselskaper. Alle typer terapeuter er aktuelle.
For mer informasjon ring Kristin Samuelsen, tlf. 95 82 77 85.

HMS Mosjøen

HMS Mosjøen er en privateid bedriftshelsetjeneste. Vi har 35 bedrifter som kunder, med Elkem Aluminium Mosjøen som den største. Vi holder til i Havnegata 40 like ved hovedinngangen til Elkem, og har avd. kontor i Sandnessjøen. Vi har høy fagkompetanse i teamet og legger stor vekt på utvikling.

Stilling ledig som bedriftsfysioterapeut

På grunn av at vår nåværende fysioterapeut går av med pensjon søker vi etter **bedriftsfysioterapeut** i 100% stilling fra 01.8.2008. Arbeidsoppgaver vil være; Kartlegging av arbeidsplasser, funksjonsvurderinger, tilrettelegging/vurdering av behov for hjelpemidler, ryggskole/ kurs i forhold til ergonomi, test av røykdykkere, vibrasjonsmålinger med mer.

Arbeidet vil medføre litt reising på Helgeland, så det forutsettes mulighet for å disponere egen bil.

Vi ønsker oss en utadvendt, selvstendig medarbeider med god evne til å jobbe i team. Personlig egnethet vil bli vektlagt.

Lønn etter avtale.
For mer informasjon om stillingen, kontakt daglig leder Bente Svendsen, tlf. 901 66 245 eller bedriftsfysioterapeut Solrun Holien, tlf. 751 79270.

Søknadsfrist 10.06.2008.

Søknad sendes til HMS Mosjøen AS, Havnegt. 40, 8655 Mosjøen, eller e-post; bente.svendsen@hms-mosjoen.no



Ås kommune

Fysioterapeuthjemmel 20% (08/1020)

*Ås kommune ligger 3 mil sør for Oslo. Kommunikasjonen er godt utbygd, og det er bare 30 min. med tog eller bil fra Oslo. Bor du i Oslo, kan du kjøre **mot** trafikken til og fra jobb. I Ås bor det ca 15 000 innbyggere. Ås er i sentrum av Folloregionen, og det er bare 10 min. i bil til våre naboer Drøbak, Ski og Vestby. Kommunen har gode bo- og oppvekstmiljø, gode skoletilbud og mange kultur- og fritidstilbud.*

Arbeidssted: Ås Fysioterapi og treningssenter AS

Type stilling: 20 % hjemmel

Kvalifikasjoner: Det er ønskelig med S.E.T, MTT, OMI, Mobiliserings-teknikk ad modum manuell terapi, aktiv ryggskole kurs (med erfaring med rygggrupper), pilates (core).

Personlig egenskaper vektlegges

Kontaktperson: Helse- og sosialsjef Berith Trobe Dahlgren, tlf 64 96 22 01, eller Jan Wold, Ås fysioterapi og treningssenter AS tlf 64 94 29 00

Søknadsfrist: 13.06.2008.

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finnes på Ås kommunes internettside, www.as.kommune.no

Trenger du hjelp til utfyllingen, kontakt Servicetorget, tlf 64 96 20 00.

FRISKHUSET FYSIOTERAPI OG MANUELLTERAPI MOSJØEN as

Ledig stilling som fysioterapeut

Offentlig godkjent fysioterapeut søkes til vår klinikk i et års vikariat med mulighet for forlengelse. Stillingen har 40 % driftstilskudd fra Vefsn kommune. Friskhuset Fysioterapi og Manuellterapi as har ansatt 4 terapeuter, 2 manuellterapeuter og 2 fysioterapeuter, samt egen resepsjonist.

Vi tilbyr:

- Et godt arbeidsmiljø med godt faglige samarbeid
- Eget kontor med behandlingsrom
- Egen stor sal for Medisinsk Treningsterapi, fullt SET utstyr
- Vi er tilknyttet Friskhuset treningssenter og har meget gode fasiliteter når det gjelder frisk trening, som også disponeres av pasienter
- Har egen ortopedisk poliklinikk med ortoped
- Fleksibel arbeidstid
- Tiltredelse i full stilling fra august 08, med mulighet for å starte i halv stilling allerede 15. juni dersom dette ønskes.

Arbeidsoppgaver:

- Behandling og rehabilitering av ulike pasientgrupper og alderstrinn
- Samarbeid med Friskhuset bedriftshelsetjeneste
- Samarbeid med NAV, kommunens fastleger og fysioterapeuter

For mer info, ta kontakt med:

Øyvind Segtnan tlf. 75 11 35 55 / 99 64 86 23

Søknad med CV og referanser sendes på e-post til segtnan@hnett.no
snarest, og senest innen 15. juni.



Consensio Behandlingscenter AS Fysioterapeuter søkes- heltid/ deltid

Consensio Behandlingscenter AS er en nystartet privat klinikk på Aker Brygge i Oslo. Vi åpner i helt nye lokaler på 170 kvm, med fem behandlingsrom. Consensio er samlokalisert med allmennpraktiserende lege. Vi søker fysioterapeuter med interesse for akupunktur, osteopati og helhetlig tenkning. Vi søker fysioterapeuter med norsk godkjenning. Vi ønsker søknader fra både nyutdannede og personer med tilleggstudning og relevant praksis. Consensio kan tilby: fast stilling, varierte arbeidsoppgaver, kompetanseutvikling og muligheter for videreutdanning.

Søknadsfrist:

Te kontakt med
Thomas R. Jensen på tlf. 92426964 eller thomas@consensio.no
Espen Linaker på tlf. 93440202 eller espen@consensio.no

Kjøp/salg/leie

Brukte fysioterapibenker selges

Uregulerbar enkel benk med justerbar hodestøtte, kr. 1400,-.
5-delt eldre benk, kr. 2500,-. Begge benkene har pene trekk.
Fine benker til for eksempel akupunkturbehandling.
Kontakt Klinikk Pluss v/ Lena Særnmo, telefon 67 80 50 91.

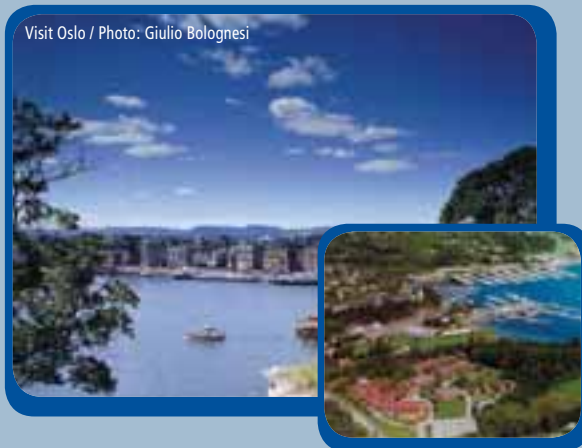
Benk selges

Sort elektrisk 5-delt benk s. Har også armlener på siden.
Høystbydende over kr. 6000,-. Tlf. 95 82 91 11/91 57 02 10.

REISER – du kjører selv! – for lesere av
fysio
terapeuten

Deilige dager ved Oslofjorden!

Visit Oslo / Photo: Giulio Bolognesi



6 dager på Thon Hotel Vettre i Asker - 20 min. fra Oslo

5 overnattinger med frokost

5 to-retters middager/buffeer inkl. kaffe

Kun kr.

2.499,-

pris per person i dobbeltrom kr

Din Rabatt er 200,-

DTF travel normalpris 2.699,-

Thon Vettre Hotel ligger i Asker, bare 2 km fra nærmeste badestrand. Området har massevis av svaberg, hvor dere kan nyte vannet fra morgen til kveld! Hotellet har avslapningszone med svømmebasseng, badstue og solarium. Ta en dagstur til Oslo - besøk Aker Brygge og opplev byens severdigheter. Avstand til Oslo: 22 km

Hotellet tilbyr restaurant, innendørs svømmebasseng, badstue og solarium. Utendørs finner dere volleyball og badminton. Alle rom har bad/toalett, minibar, telefon og TV.

Ankomst 2008:

Juni: 19. 29.

Juli: 4. 9. 14. 19. 24. 29.

Aug.: 3. 8. 13. 18.

Inkl. sluttrenngjøring. Avbestillings-forsikring kan kjøpes.

Med forbehold om utsolgte datoer og trykkfeil. Ekspedisjonsgebyr maks kr 85,-.

Bestill online og spar kr 10,- på gebyret.

Ring DTF travel på telefon 22 41 84 44
eller klikk inn på www.dtf-travel.no

– tast inn annonsekoden A-56564 i tekstfeltet til venstre



NFFs KURS OG MØTER

NFF arrangerer ca. 50 kurs per år. De fleste kursene er av en ukes varighet, 40 timer. I tillegg arrangerer vi noen kortere temakurs. NFFs kurs 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.

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, ajourføring av kursledere, kurslederseminar, spesialistordningen, NFFs kollegaveiledning, utviklingsprosjekter og drift av fagseksjonen. Til virksomheten 2007 er det tildelt nærmere 5 millioner kroner. For deltakere på NFFs kurs gir dette en vesentlig reduksjon av kursavgiften.

For nærmere informasjon om Fondet, se www.fysio.no/fondet

Skriftlig påmelding. Bruk påmeldingsblanketten som du finner på internett, www.fysio.no/kurs. Når påmeldingsblanketten ikke brukes, skal følgende opplysninger sendes til NFF i et vanlig brev: Navn, adresse, telefon, navn og adresse til arbeidsgiver og navn/nummer på kurset du melder deg på. **Dokumentasjon må sendes fagseksjonen snarest hvis det er spesielle opptaksvilkår til kurset.**

Hvis arbeidsgiveren betaler for kurset, MÅ navn og adresse til arbeidsgiveren oppgis ved påmelding og senest innen kursets påmeldingsfrist. Uten den informasjonen, vil kurset bli fakturert den enkelte påmeldte.

Påmelding er bindende

- Hvis avbestilling skjer etter påmeldingsfristen vil du bli belastet med et avbestillingsgebyr. Nærmere informasjon på www.fysio.no/kurs og kurskalender.
- Hvis avbestilling skjer etter kursets betalingsfrist vil du bli belastet med hele kursavgiften.
- Ved uteblivelse på kurs refunderes ikke kursavgiften.
- Hvis du avbestiller på grunn av sykdom, vil du bli belastet med avbestillingsgebyr uansett når avbestillingen skjer i forhold til kursstart. I slike tilfeller må legeattest sendes til NFF.
- Ved sykdom etter kursets start refunderes ikke kursavgiften.

Deltakere fra danske, finske og islandske fysioterapeutforbund og Legitimerade sjukgymnasters Riksforbund betaler samme kursavgift som NFFs medlemmer. Det kreves dokumentasjon på medlemskap i ovennevnte forbund.

Opptakskriterier

- Autorisert fysioterapeut (etter endt turnustjeneste)
- Medlemskap i NFF (innmeldt ved påmeldingsfrist)
- Eventuelle spesielle opptakskrav.
- Påmelding til samme kurs for annen gang i løpet av fire år prioriteres, uavhengig av avdelingstilhørighet og kurssted.
- Arrangerende avdeling i NFF disponerer opptil 50 prosent av kursplassene til egne medlemmer.
- Medlemmer i andre nordiske forbund (se ovenfor) disponerer opptil 10 prosent av kursplassene.
- Medlemmer som er sperret må ordne sluttoppgjøret før de kan komme med på kurs.
- Fysioterapeuter som ikke er medlemmer i NFF

Når disse kriteriene er tatt hensyn til, blir kursplassene tildelt i den rekkefølgen NFF mottar påmeldingene. Hvis det står ledige plasser ved påmeldingsfristens utløp, kan påmeldinger aksepteres frem til kursstart. Bekræftelse på tildelt kursplass sendes ut ca 14 dager etter påmeldingsfristens utløp sammen med faktura for kursavgiften.

Avlysning. NFF tar forbehold om at kurs kan bli avlyst ved for lav deltakeropp- slutning eller på grunn av andre forhold som gjør det umulig å avholde kurset. **Kursoversikt.** Oversikt over kurs vil til enhver tid være oppdatert på internett, www.fysio.no/kurs **NFF tar forbehold om at kursene kan være fulltegnet når Fysioterapeuten kommer ut.**

Ingen økning i kursavgiften i 2008 heller! NFF har fått ekstra midler!

NFF kan glede alle som planlegger å gå på kurs i 2008 med at det ikke vil bli noen økning i kursavgiften for 2008. Dette gjelder også for NFFs kollegaveiledning. Alle kurs blir holdt med **den samme kursavgiften som i 2006**. Styret i Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter ønsker at mange fysioterapeuter skal nyte godt av midler fra Fondet. God tilgjengelighet på etterutdanningskurs, blant annet gjennom en lav prisutvikling i kursavgiften, er en måte å oppnå dette på. Fondsstyret har derfor bedt NFF om å holde kursavgiften uendret fra 2006 og tildelt øremerkede ekstra midler slik at dette blir mulig. På denne måten ønsker fondsstyret å bidra til at enda flere fysioterapeuter benytter NFFs kurs for å holde seg faglig oppdatert.

NFFs kurs og møter

Alle kurs gir uttelling i spesialistoppbyggingen. Antall timer blir påført kursbeviset.

3085401

Veiledning og kommunikasjon 1

Kurset skal øke den enkeltes bevissthet på egen veilederpraksis og kommunikasjon i sin yrkesutøvelse. Det vil vektlegges en innføring av grunnleggende veiledningsforståelse og ferdigheter knyttet til studentveiledning, kollegaveiledning, veiledning av andre yrkesgrupper og pasient/pårørende- veiledning.

Målgruppe: Alle fysioterapeuter.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut og 2 års yrkespraksis.

De praktiske øvelsene vil knyttes til aktuelle situasjoner fra deltakernes arbeidssituasjon, kurset vil derfor kreve aktiv deltakelse fra den enkelte.

Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha:

- kunnskap om og forståelse for veiledningens plass i fysioterapifaget
- økt kunnskap om og forståelse for nonverbal og verbal kommunikasjon
- kjennskap til, og noe erfaring med grunnleggende veiledningsmetodikk
- fått forståelse for forskjellen på observasjon og tolkning i yrkesutøvelsen
- økt bevissthet om sammenheng mellom verdivalg og yrkesutøvelse.

Praktiske opplysninger:

Arr: NFF avd. Hordaland

Tid: 6.-10. oktober 2008

Sted: Bergen

Kursledere: Vippen Fleischer og Anne Grethe Paulsberg

Kursavgift: kr. 4.350 for medlemmer, kr. 8.700 for ikke medlemmer.

Påmeldingsfrist: 5. august 2008

Skriftlig påmelding via NFFs hjemmesider www.fysio.no

Har du glemt å melde deg på disse kursene?

Se nærmere info om hvert enkelt kurs på de neste sidene.

30850401: **Veiledning og kommunikasjon**
Bergen, 6.-10. oktober 2008

30891901: **Bevegelse og bevisstgjøring – basert på psykomotoriske prinsipper**
Stavanger, 4.-5. september 2008

30835901: **Trening til musikk, trinn 2**
Bærum, 17.-19. september 2008



NFF tar forbehold om at kursene kan være fulltegnet når Fysioterapeuten kommer ut.

30836301

Terapiridning – trinn 1

Terapiridning er forebyggende og behandlende tiltak for barn og voksne med kroniske lidelser og funksjonshemninger. Gjennomført NFFs kurs i Terapiridning trinn I og II er et krav for å drive terapiridning med bidrag fra folketrygden.

Målgruppe: fysioterapeuter.

Opptakskrav: Grunnutdanning og hestekunnskapsseksamen fra Norsk Hestefagskole (se nederst i annonsen) samt rideferdigheter tilsvarende LB-dressur, skriftlig dokumentert av godkjent ridelærer.

Etter gjennomført kurs i terapiridning trinn 1 og tinn 2 skal deltakerne:

- Ha gjennomgått terapiridningens teoretiske grunnlag

- Kunne indikasjoner og kontraindikasjoner for terapiridning og vurdere/ bestemme dosering for den enkelte pasient
- Ta ansvar for planleggingen av behandlingen og gjennomføringen av den
- Kunne vurdere og bestemme om hesten(e) er egnede til denne form for behandling
- Ha kjennskap til spesialutstyr for terapiridning
- Ha kjennskap til og kunne vanlige sikkerhetsrutiner i arbeidet med hest
- Kunne gi informasjon til lokalmiljøets helsepersonell om terapiridningens muligheter og begrensninger

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF v/Fagseksjonen

Kursleder: Trille Staubo

Tid: 15. – 19. september 2008

Sted: Oslo

Deltakerantall: 12

Kursavgift: kr 4 350 for medlemmer, kr 8 700 for ikke medlemmer.

Påmeldingsfrist: 26. juni 2008

Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no

Krav til Hestekunnskapseksamen:

Hestekunnskapseksamen arrangeres av Norsk Hestefagskole, Starum, 2850 Lena. For mer informasjon og påmelding, ring tlf. 61 16 5500 eller se www.nhest.no – Utdanning/kurs

Barnefysioterapi

30810101

Bevegelsesutvikling del I og del II

Kurset er todelt på 2 x 5 dager med ca. 4-6 mnd i mellom. I mellomperioden skal kursdeltakere ha muligheten til å observere barn og levere tester.

Målgruppe: Fysioterapeuter som arbeider med barn og habilitering i kommunehelsetjenesten og i institusjon.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut. 2 års praksis etter grunnutdanningen.

Kursdeltakere skal videreutvikle kunnskap fra grunnutdanningen i fysioterapi om normal bevegelsesfunksjon og -utvikling og de forhold som påvirker dette hos barn fra 0 til 16 år.

Etter gjennomført kurs skal kursdeltakerne:

- Ha kjennskap til bevegelseskontroll og hva som skiller normal fra avvikende bevegelsesutvikling
- Ha kjennskap til strategier i helsefremmende og forebyggende arbeid
- Ha kjennskap til nyere forskning og ulike teoretiske perspektiv på bevegelsesutvikling og ulike forhold som påvirker denne
- Kunne observere og vurdere barn

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF avd. Nordland

Kursledere: Gunfrid Størvold og Tordis Ustad

NY DATO: Del I. 27.-31. oktober. Tidspunkt for Del II (5 dager) avtales med deltakerne ved slutten av kursets del I.

Sted: Bodø

Deltakerantall: 20

Kursavgift: kr.8 900,- for medlemmer, kr. 17 800,- for ikke-medlemmer

Påmeldingsfrist: 30. juni 2008

Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no/kurs

30810701

Kurs for fysioterapeuter innen behandling av barn og ungdom med psykosomatiske og psykiatriske problemer

Kurset tar sikte på å øke forståelse om og kjennskap til hvordan man som fysioterapeuter kan jobbe med barn og ungdom med psykosomatisk og psykiatrisk problematikk. Kurset er et bidrag til å inspirere deltakerne til å bli mer oppmerksom på og sansende for den unges og sin egen kroppslige og psykiske kommunikasjon. Kurset gir et innblikk i barn og ungdoms utvikling og hvordan det sunne, forsinkelser og forstyrrelser kan komme til uttrykk. Sentrale tema som belyses er kroppen som uttrykksfelt, som forsvar og barnets relasjon til de betydningsfulle andre. Ulike tilnæringer og verktøy som presenteres kan gjøre den enkelte fysioterapeut bedre i stand til å foreta adekvat evaluering og behandling av barn og ungdom med psykiske og fysiske problemer. Kurset kan være nyttig for utøvelsen av fysioterapi innen flere ulike arbeidsområder.

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse for og de med yrkeserfaring fra psykiatrisk og psykosomatisk problematikk hos barn og ungdom. Fysioterapeuter som ønsker fordypning og økt kompetanse i møte med barn og ungdommer. Kurset er relevant for både de med kortere og lengre erfaring som fysioterapeut.

Opptaksvilkår: Autorisert fysioterapeut med minimum ett års praksis.

Målsetting:

- Være bedre rustet til å møte psykosomatiske- og psykiatriske fenomener hos barn og unge
- Være bedre kjent med spedbarnsforskning når vi møter barn og unge
- Få innblikk i hvordan barn og unge uttrykker angst
- Få kjennskap til ungdoms normalutvikling og bruke dette i behandlingen
- Kort innblikk i nevropsykiatri
- Kjennskap til de vanligste barne- og ungdomspsykiatriske diagnoser gjennom kasuistikker
- Bli tryggere i behandling av unge med spiseforstyrrelser
- Ha økt forståelse for hvor lett vi kommer i berøring med psykologiske prosesser med kroppen som innfalsvinkel

Dette kurset vil bestå av mange forelesere, som har spesifikk kunnskap om de nevnte målsettingene.

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF avd. Oslo

Kursledere: Gro Cecilie Meisingseth Montarou og Espen Andli

Tid: 13. – 17. oktober 2008 (5 dager)

Sted: Oslo

Deltakerantall: 24

Kursavgift: kr. 4.350 for medlemmer, kr 8.700 for ikke medlemmer.

Påmeldingsfrist: 18. august 2008

Skriftlig påmelding via NFFs hjemmesider www.fysio.no

30810301

Ortopedi hos barn og unge 0-18 år

Kurset omhandler en av de største pasientgruppene i primærhelsetjenesten. En svært arbeidskrevende pasientgruppe både i 1., 2. og 3. linjetjenesten. Deltakerne skal tilegne seg en bred oversikt over ortopediske lidelser hos barn og unge 0-18 år.

Målgruppe: Fysioterapeuter i 1., 2. og 3. linjetjenesten.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut (etter endt turnustjeneste)

Etter gjennomført kurs skal kursdeltakerne ha:

- økt kunnskap om ortopediske lidelser hos barn og unge 0-18 år
- økt kunnskap til normalvariasjoner
- økt kunnskap om spesifikke og sammensatte lidelser, diagnostisering, behandling og tiltak
- økt kjennskap til hjelpemidler
- økt kjennskap til foreldre samarbeid og tverrfaglig samarbeid

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF fagseksjonen

Kursledere: Kirsti Krosby

NY DATO: 10.-14. november 2008

Sted: Rikshospitalet, Oslo

Deltakerantall: 24

Kursavgift: : kr. 4.350,- for medlemmer, kr. 7.100,- for ikke-medlemmer

Påmeldingsfrist: 20. september 2008

Skriftlig påmelding til: NFF, postboks 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo el. via NFFs hjemmesider www.fysio.no

30811701

Introduction to Early Assessment & Intervention with babies and young children

Target group: The course is open to Physiotherapists who are currently working with young babies/young children.

Course aims and objectives:

- Apply the Bobath concept in early assessment and intervention to include current views on early treatment and management
- Develop better facilitation / handling skills through problem solving
- Develop better observation skills through video case studies
- Gain an in depth understanding of normal, abnormal and atypical development for preterm and term babies in the first year of life
- To be introduced to feeding development from preterm to term age and potential feeding difficulties

- Participate in practical assessment and treatment sessions
- Document observations of normally developing babies
- Gain a greater understanding of the assessment tools / methods available to therapists in early intervention
 - Neurological assessment (Precht and traditional methods)
 - Developmental (Bayley and others)
 - Behavioral (Brazelton and NIDCAP)
- Gain an in depth knowledge and understanding of early patterns of brain damage, investigation methods, medication and medical intervention

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFFs fagseksjon
Kursledere: Jean-Pierre Maes og Betty Hutchon
Tid: 1. – 6. september 2008 (fra mandag tom lørdag)
Sted: St. Olavs hospital, Trondheim
Deltakerantall: 14
Kursavgift: 6.900,- for medlemmer, kr. 13.800,- for ikke medlemmer
Påmeldingsfrist: Fortsatt ledige plasser!
Skriftlig påmelding til: NFF, postboks 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo eller via NFFs hjemmesider www.fysio.no

30811801

Introductory Bobath Course to the Treatment and Management of Children with Cerebral Palsy

Dette er et introduksjonskurs for fysioterapeuter som jobber med barn med cerebral parese eller som ønsker å arbeide innen pediatri. Undervisningsspråket er engelsk.

What and how will you learn:

The course is designed to give course participants an insight into the use of the Bobath concept through demonstrations, discussions and lectures. Because of the introductory nature of this course, there will not be an opportunity for practical handling by course participants.

Objectives:

- To familiarise therapists with the basic concepts that underpin the Bobath approach to treatment;
- To demonstrate the interdisciplinary nature of assessment and treatment using the Bobath approach;
- To discuss the implications of an understanding of child development to the treatment of cerebral palsy;
- To identify the features of spasticity and athetosis and demonstrate the treatment of children with these clinical features.

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFFs fagseksjon
Kursleder: Jean-Pierre Maes, Bobath center, London
Tid: 28. og 29. august 2008
Sted: Ikke bestemt.
Deltakerantall: 24
Kursavgift: kr. 2.500 for medlemmer, kr. 5.000 for ikke medlemmer.
Påmeldingsfrist: 13. juni 2008
Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no/kurs

Følg med på oppdateringer:
www.fysio.no/kurs

Fysisk aktivitet

30835302

Treningslære

Kurset legger til rette for at deltakerne kan tilegne seg et bedre grunnlag for å trene pasienter og pasientgrupper, og evaluere effekt av trening. Kurset inneholder en innføring i grunnleggende treningsprinsipper.

Målgruppe: fysioterapeuter

Opptakskrav: autorisert fysioterapeut.

Etter gjennomført kurs skal kursdeltakerne ha:

- tilegnet seg kjennskap om grunnleggende treningsprinsipper
- kjennskap til energiomsetning og muskeltesting
- kjennskap til nyere teorier om trening og treningsprinsipper
- gjennomført forskjellige treningsmetoder

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF avd. Oppland
Kursledere: Jan Hoff og Jan Helgerud
Tid: 25. – 28. august 2008 (4 DAGER)
Sted: Lillehammer
Deltakerantall: 24
Kursavgift: kr. 4.350 for medlemmer, kr 8.700 for ikke medlemmer.
Påmeldingsfrist: 23. juni 2008
Skriftlig påmelding: På NFFs hjemmesider www.fysio.no

30836001

Bevegelse, avspenning og mestring

Målgruppe: Fysioterapeuter

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut

Kort om kursets innhold:

- Kjenne på og reflektere over egne bevegelser og spenninger
- Holdepunkter for vurdering av ansenhet, øve klinisk blikk
- Instruksjon, ivaretagelse og mestring
- Vi beveger oss det meste av tiden, uten og til musikk
- Idebank for oppstart og drift av bevegelsesgrupper

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFFs avdeling Sør-Trøndelag
Kursleder: Berit Ianssen
Tid: 3. og 4. november 2008
Sted: Bestemmes senere
Deltakerantall: 24
Kursavgift: kr 2 500,- for medlemmer, kr 5 000,- for ikke medlemmer.
Påmeldingsfrist: 2. september 2008
Skriftlig påmelding til: NFF, postboks 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo eller via NFFs hjemmesider www.fysio.no

30835901

Trening til musikk, trinn 2

Kurset er en videreføring av kurset **Trening til musikk – hvordan bli dyktig instruktør, trinn 1**.

Egnet for fysioterapeuter som søker nye utfordringer som instruktør, ledelse av treningsgrupper og bevisst bruk av musikk i treningsopplegget. På dette kurset vil vi gi individuell veiledning, blant annet med videofilmning. Det taes utgangspunkt i hver enkelts ferdighetsnivå.

NB! Kurset omfatter ikke veiledning i instruksjon i vann.

Målgruppe: Fysioterapeuter som arbeider med gruppetrening til musikk

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut (etter endt turnustjeneste).

Kurs trening til musikk – hvordan bli dyktig instruktør trinn 1, eller lignende kurs (må dokumenteres). Minst 1 års erfaring med undervisning av gruppetrening til musikk «på land».

Mål med kurset: Deltakere skal forbedre sine instruktørevner, og kunne bruke musikk bevisst i treningsopplegget. Deltakere får inspirasjon og ideer til å utvikle seg videre på dette området.

Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha fått:

- Mer bevissthet i musikkbruk
- Økt/opdatert kunnskap om øvelses- og instruksjonsteknikk, og dosering – intensitetsstyring
- Økt motivasjon som instruktører, og formidling av motivasjon til treningsgruppen
- Oppdatert kunnskap og trening til å bli bedre instruktør

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF fagseksjon
Kursledere: Hanne Borg Finckenhagen og Heidi Bråten Fure
Tid: 17.-19.september 2008
Sted: Rykkinnhallen, Bærum
Deltakerantall: 15
Kursavgift: kr. 3.550,- for medlemmer, kr.7.100,- for ikke medlemmer.
Påmeldingsfrist: 30. juni
Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no

Les også kursannonser på
www.fysioterapeuten.no

30830602

Medisinsk treningsterapi, MTT

Medisinsk treningsterapi er en gren av øvelsesterapien hvor pasienten i spesialkonstruert apparatur selv utfører øvelser uten manuell medvirkning av fysioterapeuten, men under kontinuerlig overvåking av denne.

Lærerggruppen for MTT er sammen med NFF ansvarlige for faglig kvalitet og organisering av kursene.

Lærerggruppen ble stiftet av Oddvar Holten og er en videreutvikling av hans virke. Kursene blir oppgradert til hvert kurs med nye kompendier og alle aktuelle nyvinninger. Det understrekes at «gamle» nyheter om samspill mellom global og sentral muskulatur, samt smerteproblematikk er en del av kurset. I vårt omfattende 40 timers kurs tar vi for oss alle aktuelle tilstander i muskelskjellet systemet hvor MTT med fordel kan benyttes. Kurset er praktisk og klinisk rettet slik at en er rustet til å benytte «hele» metoden etter endt kurs. Kurset er et viktig grunnlag for å kunne benytte takst A-32 på en forsvarlig måte.

Målgruppe: Fysioterapeuter.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut

Etter gjennomført kurs skal deltakerne:

- kunne benytte treningsprinsippene og doseringsmåten på enkeltpasienter og i gruppesammenheng
- beherske medisinsk treningsterapi- metodikken for å kunne effektivisere rehabiliteringsopplegg
- kunne lage et øvelsesprogram som er basert på diagnose, muskeltest, spesifikk leddtest og funksjonstest
- kunne revurdere treningsprogrammet

Praktiske opplysninger:

Arr: NFFs Fagseksjon

Kursleder: Hans Petter Faugli m.flere

Tid: 9. – 13. oktober 2008

Sted: Skullerudstua, Oslo

Deltakerantall: 34

Kursavgift: kr 4.700 for medlemmer, kr 9.050,- for ikke medlemmer.

Påmeldingsfrist: 5. august 2008

Skriftlig påmelding til via NFFs hjemmesider www.fysio.no



Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF avd Buskerud

Kursledere: Hasse Storebakken, Vera Hejna Romstad og Hilde Heber

Tid: 08.-12.september 2008

Sted: Drammen

Deltakerantall: 24

Kursavgift: kr. 4.350,- for medlemmer, kr.8.700,- for ikke medlemmer.

Påmeldingsfrist: 26. juni 2008

Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no/kurs

30820301

Helsefremmende og forebyggende arbeid – et folkehelseperspektiv

(Helsefremmende og forebyggende arbeid (HEFFA) er et sentralt satsningsområde. Formålsparagrafen i kommunehelsetjenesteloven om å fremme folkehelse og trivsel tilsier at fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten aktivt bør bidra i HEFFA-arbeid.)

Kurset gir en innføring i helsefremmende og forebyggende arbeid med vekt på fysioterapeutens rolle innen fagfeltet. Fokus er på fysioterapeuters arbeid i kommunehelsetjenesten og i arbeidslivets virksomheter.

Kurset kan inngå i Videreutdanning i ergonomi og helsefremmende arbeid (15 studiepoeng) som NFF samarbeider med Høyskolen i Vestfold om. De andre kursene som inngår i videreutdanningen er Helse- og miljøarbeid – et arbeidsmiljøperspektiv del 1 (arrangeres av NFF) og Helse- og miljøarbeid – et arbeidsmiljøperspektiv del 2 (arrangeres ved Høyskolen i Vestfold). Oppgaver må skrives i etterkant av to kursene og siste kurset avsluttes med eksamensoppgave.

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse for og/eller yrkeserfaring fra helsefremmende og forebyggende arbeid, både i bedrift og i kommunen.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut.

Etter gjennomført kurs skal deltakerne:

- kunne gjøre rede for begreper og rammebetingelser i helsefremmende og forebyggende arbeid (Heffa), helsefremmende og forebyggende helsepolitikk og helsepolitiske prioriteringer
- kunne innhente dokumentasjon for å belyse helsetilstand i befolkningen
- ha forståelse for faktorer som påvirker helsen
- ha forståelse for virkemidler og tiltak innen helsefremmende og forebyggende arbeid
- ha forståelse for fysioterapeutens rolle på ulike arenaer
- ha kunnskap om hvordan atferd påvirkes og endres

Praktiske opplysninger:

Arr: Fagseksjonen

Kursledere: Elisabeth Goverud og Hilde Sylliaas

Tid: 10. – 14. november 2008

Sted: Oslo

Deltagerantall: 24

Kursavgift: medlemmer kr. 4.350,-, ikke-medlemmer kr. 8.700,-.

Påmeldingsfrist: 10. september 2008

Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no/kurs

Helse- og miljøarbeid

30820402

Helse- og miljøarbeid – et arbeidsmiljøperspektiv del I

Dette er et praktisk basiskurs innen ergonomi hvor det blir undervist i:

- rammer og krav innen forebyggende arbeid
- krav til, og kartlegging av, kontorarbeidsplass
- arbeidsplassvurdering på oppdrag for trygdekontoret

Deltakerne skal gjennom kurset tilegne seg et faglig grunnlag i ergonomisk rådgivning i virksomheter. Kurset skal legge til rette for en videre fagutvikling på området. Kurset er en forutsetning for å bli godkjent til å foreta arbeidsplassvurderinger for trygdekontorene for de som ikke er spesialist i helse- og miljøarbeid eller har minst tre års praksis i minimum 50% stilling med forebyggende fysioterapi /ergonomi, for eksempel bedriftshelsetjeneste.

Kurset kan inngå i Videreutdanning i ergonomi og helsefremmende arbeid (15 studiepoeng) som NFF samarbeider med Høyskolen i Vestfold om. De andre kursene som inngår i videreutdanningen er Helsefremmende og forebyggende arbeid (arrangeres av NFF) og Helse- og miljøarbeid – et arbeidsmiljøperspektiv del 2 (arrangeres ved Høyskolen i Vestfold). Oppgaver må skrives i etterkant av to av kursene og siste kurset avsluttes med eksamensoppgave.

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse for og/eller noe yrkeserfaring fra helsefremmende og forebyggende arbeid i bedrift. Fysioterapeuter som jobber tar oppdrag som verne- og helsepersonell (VHP) i virksomheter.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut. Det er en fordel med 2 års arbeidserfaring som fysioterapeut.

Manuellterapi

30830102

Manuell terapi: Undersøkelse og behandling av cervicalcolumna, thoracalcolumna, kjeve og skulder

Målgruppe: Fysioterapeuter.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut

Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha:

- tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter slik at de kan differensiere mellom:
 - Akutte og kroniske skader/belastningslidelser
 - Reumatiske tilstander
 - Ortopediske tilstander
 - Neurologiske tilstander
- kjennskap til behandlingsprosedyrer og behandlingsteknikker med utgangspunkt i kliniske funn
- kjennskap til funksjonell anatomi, biomekanikk og patologiske tilstander

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFFs avd. Akershus

Kursledere: NFFs kursledergruppa for MT-kurs

Tid: 03.-07.november 2008

Årets fysioterapibegivenhet!

TEMADAGER: fysisk aktivitet – bevegelse, trening og rehabilitering 2008

Sted: Domus Athletica, Oslo

Tid: 5.–6. juni 2008

Påmelding:

www.fysio.no/fysiskaktivitet



NORSK
FYSIOTERAPEUTFORBUND

i samarbeid med
faggruppen for idrettsfysioterapi



Hovedsamarbeidspartner:

ALFA CARE

Sted: Skullerudstua, Oslo

Deltakerantall: 24

Kursavgift: kr. 4.700 for medlemmer, kr. 9.050 for ikke medlemmer

Påmeldingsfrist: 28. august 2008

Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no

30830201

Basiskurs i Manuell Terapi. Undersøkelse og behandling av lumbalcolumna, bekken og hofte

Målgruppe: Fysioterapeuter.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut (etter endt turnustjeneste)

Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha:

- tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter slik at de kan differensiere mellom
 - Akutte og kroniske skader/belastningslidelser
 - Reumatiske tilstander
 - Ortopediske tilstander
 - Neurologiske tilstander
- kjennskap til behandlingsprosedyrer og behandlingsteknikker med utgangspunkt i kliniske funn
- kjennskap til funksjonell anatomi, biomekanikk og patologiske tilstander

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF avd. Oslo

Kursledere: NFFs kursledergrappa for MT kurs

Tid: 03.-07.november 2008

Sted: Oslo

Deltakerantall: 24

Kursavgift: kr. 4.700 for medlemmer, kr. 9.050 for ikke medlemmer

Det tas forbehold om endring i kursavgift fra 1. januar 2008

Påmeldingsfrist: 27. august 2008

Skriftlig påmelding til på NFFs hjemmesider www.fysio.no/kurs

www.fysio.no/fysiskaktivitet

Onkologi

30885401

Onkologi for fysioterapeuter – Kreft og fysioterapi 1

Dette er ett av fem kurs i kursrekken «Onkologi for fysioterapeuter». Disse kursene vil samlet gi fysioterapeuter god kunnskap om kreftsykdommer, kreftbehandling, smertebehandling og rehabilitering. Dette ses i forhold til aktuelle fysioterapeutiske tiltak ved kreft, både i tidlig og sen fase av sykdommen.

Målgruppe: Fysioterapeuter i 1., 2. og 3. linjetjenesten.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut (etter endt turnustjeneste)

Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha:

- kunnskap om relevant medisinsk behandling og fysioterapitiltak ved følgende kreftdiagnoser: brystkreft, lungekreft og kreft i øre-, nese- og halsregion.

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF avd. Akershus

Kursledere: Dagmar Moseby og Gro Sophie Jacobsen Haugen

Tid: 01.-04.september 2008

Sted: Oslo

Deltakerantall: 24

Kursavgift: kr. 4.050 for medlemmer, kr. 8100 for ikke medlemmer

Påmeldingsfrist: 30. juni 2008

Skriftlig påmelding til på NFFs hjemmesider www.fysio.no

30885601

Fysioterapi i palliasjon

Kurset vil gi innsikt i fysioterapeutens rolle i det palliative fagfeltet, og vil være aktuelt for alle fysioterapeuter som jobber med palliative pasienter, både i 1., 2. og 3. linjetjenesten. Kurset arrangeres i samarbeid med Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest.

Målgruppe: Fysioterapeuter i 1., 2. og 3.linjetjenesten.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut (etter endt turnustjeneste)

Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha kunnskap om:

- Det palliative fagfeltet og palliativ medisin.

- Fysioterapi til pasienter i palliativ fase og problemstillinger knyttet til dette.
- Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha blitt bevisstgjort i forhold til:
- Egne holdninger og etiske og kommunikasjonsmessige utfordringer.
- Egen mestring.

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF avd. Hordaland

Kursledere: Tone-Lise Frantzen og Anicken Smith Huun

Tid: 20. – 22. oktober 2008

Sted: Bergen

Deltakerantall: 24

Kursavgift: kr 3.550 for medlemmer, kr 7.100 for ikke medlemmer.

Påmeldingsfrist: 18. august 2008

Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no

Psykiatrisk/psykosomatisk fysioterapi

30891901

Bevegelse og bevisstgjøring – basert på psykomotoriske prinsipper

Deltakerne skal tilegne seg erfaring(er) med hemmende ansente og frie bevegelser. Erfare hvordan pusten har en sentral funksjon i dette samspillet. Gi deltakerne erfaring i og lyst til å drive bevegelsesgrupper som oppfølgende, forebyggende og alternativ fysioterapi. Rette våre medmennesker på sporet til egen ivaretagelse, det vil si gi pasienten ansvar. Bevisstgjøre fysioterapeuten på egne bevegelser, for egen del og som forbilde. Aktivisere fysioterapeuters bevegelsesrepertoar i behandling.

Målgruppe: Fysioterapeuter

Opptaksvilkår: Autorisert fysioterapeut

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFFs avd. Sør-Rogaland

Kursledere: Alette Ottesen og Berit Ianssen

Tid: torsdag 4. september og fredag 5. september 2008

Sted: Stavanger

Deltakerantall: 24

Kursavgift: kr. 2.600 for medlemmer, kr. 5.200 for ikke medlemmer

Påmeldingsfrist: 26. juni 2008

Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no

Kurs i Basal Kroppskjennskap (BK)

Basal Kroppskjennskap (BK) er en fysioterapimetode med fokus på pasientens egne ressurser, og hvor helse fremmes gjennom bevegelse. Balanse, pust og nærvær er sentrale elementer i behandlingen. Metoden anvendes både i forebyggende og behandlende arbeid. Forskning viser at bruk av BK kan ha god effekt ved blant annet smerter, svimmelhet, tretthet, stressrelaterede plager og lettere grader av angst og depresjon.

Kursene er internatkurs over fem dager, og NFF arrangerer en kursrekke på fire som bygger på hverandre. I kursrekken inngår et seminar mellom BK III og IV. Seminaret arrangeres i regi av kurslederne. For mer informasjon om BK se www.nibk.org

Basal Kroppskjennskap I retter seg mot egenopplevelse, praksis i BK og refleksjon. Arbeid i etterkant består av egen øving, litteraturstudier og rapport om egen øving

Basal Kroppskjennskap II retter seg mot individuell behandling, samtale og øvelse i Body Awareness Rating Scale (BARS), undersøkelsesmetoden i BK. Fortsatt stor vekt på praksis. Arbeid i etterkant består av egen øving, litteraturstudier og rapporter. En rapport er fra egenøving/personlig fordypning, og en rapport er fra individuell behandling

Basal Kroppskjennskap III retter seg mot gruppebehandling, gruppeprosess, gruppeledelse, bruk av stemme. Fortsatt stor vekt på praksis. Arbeid i etterkant består av egen øving, litteraturstudier og rapporter. En rapport er fra egen øving/personlig fordypning og en rapport er fra bruk av Basal Kroppskjennskap i liten gruppe. Mellom BK III og BK IV er det et to dagers oppgaveseminar

Basal Kroppskjennskap IV retter seg mot sammenfatning av teori, egenerfaring og kritisk refleksjon over bruk av BK i klinisk praksis. Presentasjon av prosjektarbeid, praktisk og teoretisk gruppeeksamen

Målgruppe: Utdanningen som helhet retter seg yrkesspesifikt mot ferdig utdannede fysioterapeuter. På trinn I kan annet helsepersonell som psykologer,

leger, sykepleiere, sosionomer og andre delta.

Opptakskrav (hele kursrekken): Autorisert fysioterapeut

30890701

Internatkurs! – Basal kroppskjennskap I

Opptaksvilkår BK I: autorisert fysioterapeut. Annet helsepersonell som psykologer, leger, sykepleiere, sosionomer kan også søke om plass på kurset.

Kursets målsetting: Basal Kroppskjennskap I retter seg mot egenopplevelse, praksis i BK og refleksjon. Arbeid i etterkant består av egen øving, litteraturstudier og rapport om egen øving.

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF v/ fagseksjonen

Tid: søndag 16. november (oppmøte kl. 1800) – 21. november 2008

Sted: Gavelstad Hotell, Svarstad (Buskerud)

Kursleder: Mary-Anne Sundal

Deltakerantall: 12

Kursavgift: medlemmer kr. 4.350, ikke-medlemmer kr. 8.700.

Full pensjon: enkeltrom kr. 670.

Påmeldingsfrist: 29. august 2008

Skriftlig påmelding til: NFF, postboks 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo eller via NFFs hjemmesider www.fysio.no

30890801

Internatkurs! – Basal kroppskjennskap II

Opptaksvilkår BK II: gjennomført BK I

Kursets målsetting: Basal Kroppskjennskap II retter seg mot individuell behandling, samtale og øvelse i Body Awareness Rating Scale (BARS), undersøkelsesmetoden i BK. Fortsatt stor vekt på praksis. Arbeid i etterkant består av egen øving, litteraturstudier og rapporter. En rapport er fra egenøving/personlig fordypning, og en rapport er fra individuell behandling

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF v/ fagseksjonen

Tid: søndag 16. november (oppmøte kl. 1800) – 21. november 2007

Sted: Gavelstad Hotell, Svarstad (Buskerud)

Kursleder: Anne Christensen Backe

Deltakerantall: 12

Kursavgift: medlemmer kr. 4.350, ikke-medlemmer kr. 8.700.

Full pensjon: enkeltrom kr. 670.

Påmeldingsfrist: 29. august 2008

Skriftlig påmelding til: NFF, postboks 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo eller via NFFs hjemmesider www.fysio.no

Rehabilitering

30840101

Gammel og aktiv!

Fysioterapeutenes rolle i «geriatrien»

Målgruppe: Fysioterapeuter med nysgjerrighet og interesse for fysioterapi for eldre.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut. Basiskunnskap innen gerontologi og geriatri er en fordel.

Etter gjennomført kurs skal deltakerne ha:

- Oppdatert kunnskap til geriatri og gerontologi
- Økt innsikt i alderdommens muligheter og ressurser
- Økt bevisstgjøring på fysioterapeutens rolle og tiltak
- Kjennskap til forskningsresultater innen feltet

Praktiske opplysninger:

Arr.: NFF avd. Vest-Agder

Kursledere: Cathrine de Groot og Ingebjørg L. Brennhovd

Tid: 15.-17.oktober 2008

Sted: Kristiansand

Deltakerantall: 30

Kursavgift: kr. 3.550,- for medlemmer og kr. 7.100,- for ikke medlemmer

Påmeldingsfrist: 11. august 2008

Skriftlig påmelding på NFFs hjemmesider www.fysio.no

Les også kursannonser på
www.fysioterapeuten.no

Undersøkelse og behandling av voksne med neurologiske tilstander – Bobathkonseptet

Kurset "Undersøkelse og behandling av voksne med neurologiske tilstander – Bobathkonseptet" består av en teoretisk og en praktisk del. Prinsipper for bevegelseskontroll, konsekvenser av skader i sentralnervesystemet, nevroplastisitet og læring er sentrale tema i den teoretiske delen. Hovedvekten blir lagt på forståelse av systemteoretiske modeller og anvendt nevrofysiologi. Nyere forskning innen feltet presenteres og diskuteres. I den praktiske delen legges det vekt på å knytte sammen bevegelsesvitenskap og praksis. Kurslederne demonstrerer undersøkelse og behandling av pasienter og deltakerne behandler pasienter under veiledning. Analyse av bevegelseskvalitet i ulike aktiviteter med påfølgende praktisk øving på hverandre står også sentralt i den praktiske delen. I kurset inngår et prosjektarbeid som utføres mellom uke 2 og 3.

Målgruppe: Fysioterapeuter i og utenfor institusjon.

Opptakskrav: Autorisert fysioterapeut. Søkere må arbeide med pasienter som har neurologiske utfall. Ergoterapeuter kan få plass på kurset hvis det er ledige plasser ved påmeldingsfristens utløp.

Etter gjennomført kurs skal kursdeltakerne ha:

- økt forståelse av de funksjonelle konsekvensene av sentralnervøse skader og hvordan disse kan påvirkes gjennom intervensjon
- økte ferdigheter i undersøkelse og funksjonsvurdering av pasienter med neurologiske tilstander
- utviklet effektive håndteringsegenskaper og kunne inkorporere disse med andre hensiktsmessige tiltak for å gjenvinne funksjon
- økte muligheter til å skape endring hos pasienter med neurologiske tilstander
- økte ferdigheter i bevegelsesanalyse, både av mennesker med og uten skade i sentralnervesystemet
- økt kjennskap til teorier for motorisk kontroll
- økt kunnskap om nevrofysiologi og anvendt nevrofysiologi
- økt kjennskap til nyere klinisk relevant forskning innen dette feltet
- økt kunnskap om Bobathkonseptet og dets utvikling

Praktiske opplysninger:

Arr.: Fagseksjonen

Kursledere: Bente Gjelsvik og Helge Hæstad

Tid: kurset strekker seg over 3 uker:

To første uker: 20.-25. oktober og 27.-31. oktober 2008

Siste uke: 23.-27. februar 2009

Sted: Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Deltakerantall: 17

Kursavgift: medlemmer i NFF kr 15.950,-, ikke medlemmer kr. 31.900,-.

I tillegg kommer en avgift for retting av oppgaven.

Påmeldingsfrist: 25. august 2008

Skriftlig påmelding www.fysio.no/kurs

● Andre kurs og møter

For søknader om forhåndgodkjenning av kurs til spesialistordningen, se: www.fysio.no/spesialistordningen

Seminar 1:

Forflytningkunnskap og praktisk pasientarbeid

18.-20. august 2008, kr. 3.600,-.

Seminar 2:

Praktisk pedagogikk og organisering av forebyggende arbeid

21.-22. august 2008, kr. 2.600,-.

Sted: Oslo Ullevål sykehus.

Seminarne er godkjent av NSF, NEF og NFF som tellende til spesialist-utd. for sykepl., ergo- og fysioterapeut.

Påmelding til: Per Halvor Lunde

Tlf. (47) 90 10 15 58, e-post: mail@perlunde.no

Mer info: www.perlunde.no



BASAL KROPPSKJENNSKAP OG STEMMEØVELSER

Ved fysioterapeut Ulla-Britt Skatteboe, kordirigent Carl Høgset og forfatter Thorvald Steen

Vi gjentar suksessen fra tidligere år. Kurset har fokus på integrering av stemme-sang og bevegelser etter prinsipper fra Basal Kroppskjennskap. Presentasjon av ny spennende t'ai chi reise til Kina i -09.

Tid: 27.-29. november -08

Sted: Oslo

Påmeldingsfrist: 1. oktober

Kursavgift: 3.000,-

Skriftlig påmelding/nærmere info: UB Skatteboe, Jomfrubråtveien 30, 1179 Oslo, e-post: ul-britt@online.no

Invitasjon til seminar: Torticollis - KISS

Tema: Perinatale risikofaktorer som kan føre til funksjonsforstyrrelser i øvre cervikal columna.
Kliniske konsekvenser i spedbarnsperioden.

Sted: Oslo, Hotell Vika Atrium, Munkedammen 45, Oslo

Tid: 07. november 2008, kl. 9.00 – 16.00

En funksjonsforstyrrelse i de øvre nakkeledd, KISS, kan bl.a. gi følgende symptomer: asymmetrisk hodestilling, spise/ammeproblemer, søvnproblemer, urolig/irritable barn som skriker utrøstelig, kollikklignende symptomer, regulasjonsforstyrrelser, forsinket motorisk utvikling og lignende.

Forelesere:

Dr. Robby Sacher, spesialist i manuell medisin, Dortmund, Tyskland

Christian Meyer, helsestasjonslege, Aurskog-Høland

Berit Fors, helsesøster, Lørenskog kommune

Tine Greve, jordmor, Rikshospitalet, ammesenter

Målgruppe: Jordmødre, helsesøstre, helsestasjonsleger, fysioterapeuter, barnepleiere, ammehjelpere.

Pris: 1.100,00 kr inkl. lunsj.

Påmelding: Sendes på e-post til barnekurs@yahoo.no eller telefon

91193628, begrenset antall deltakere.

Påmeldingsfrist: 03. oktober 2008.

Forbehold om endringer.

Fysikalsk avdeling på Martina Hansens Hospital inviterer «gamle» og «nye» kolleger til

MARTINA-SEMINAR 2008

TEMA: Vurderinger rundt postoperativ behandling etter leddkirurgi

Tid: 13.06.08, kl. 08.30-15.30

Sted: Auditoriet på Bærum Sykehus (Dønskiavn., Bærum)

Påmelding: Innen 05.06.08 på tlf. 67 52 18 00/67 52 18 04.

Seminaravgift: 650,- (inkl. lunsj) betales ved registrering.
Martina Hansens Hospital, Fys.avd, Dønskiveien 8, 1336 Rykkinn.

Programmet finner du her: www.mhh.no/kurs.aspx

Info angående seminaret: tlf. 67 52 18 00/67 52 18 04.

VELKOMMEN!

Fysioterapeuten på nett!

Sidene oppdateres jevnlig med interessante nyheter og annonser for fysioterapeuter

www.fysioterapeuten.no

Norsk Revmatikerforbunds Forskningsfond Marie og Else Mustads legat – Norsk Revmatikerforbund

Utlysning av forskningsmidler

Norsk Revmatikerforbunds Forskningsfond og Marie og Else Mustads legat NRF vil i år 2008 dele ut midler til revmatologisk forskning. Fondene tildeler støtte både i form av driftsmidler og forskerlønn. Søknader som omhandler forskning innen artrose og bekhterevs sykdom vil særlig vektlegges. Samlet beløp som kan bli utdelt er ca kr. 790.300.- .

Søknadsfrist er 1.10.2008.

Søknadsskjema finnes på hjemmesidene våre www.revmatiker.no eller blir tilsendt ved å ringe forbundskontoret i NRF, tlf. nr. 22 54 76 00. Ved søknad om lønn må det vedlegges erklæring fra en arbeidsgiver som kan påta seg arbeidsgiveransvar.

Søknaden sendes til:

Norsk Revmatikerforbund, Postboks 2653 Solli, 0203 Oslo.

● Universitets- og høgskoleutdanninger

For søknader om forhåndsgodkjenning av kurs til spesialistordningen, se: www.fysio.no/spesialistordningen

Videreutdanning i fysioterapi for eldre 30 studiepoeng

Flere studieplasser

Avd. for helsefag, Høgskolen i Oslo (HiO) tilbyr Videreutdanning i fysioterapi for eldre i 2008/2009.

Opptakskrav:

Autorisasjon som fysioterapeut i Norge og minimum ett års yrkeserfaring som fysioterapeut etter autorisasjonen.

Organisering:

Videreutdanningen er på deltid over ett år og er delvis nettbasert. Hovedvekten er på 5 fellessamlinger á én ukes varighet.

Vi kan ta inn noen flere studenter fordi flere studieplasser er opprettet. Kvalifiserte søkere tas opp fortløpende.

Søknadsskjema, studieplan og annen informasjon:

<http://studiekatalog.hio.no/content/view/full/266>

Studiestart:

August 2008 (uke 35)

Studieavgift:

Inntil 5000 kr. pr. semester + semesteravgift.

høgskolen i oslo



www.hio.no

● Kurs og møter i alternativ behandling

NFF minner om at yrkesutøvelsen som fysioterapeut er avhengig av offentlig autorisasjon. Annonser i Fysioterapeuten godkjennes ikke av NFF.



Nordisk Akademi for Osteopati

Osteopati er et yrke hvor det medisinske manuelle håndverk blir satt i et helhetlig system. NAO ønsker deg velkommen til et spennende og utviklende studium. Vi holder til i flotte undervisningslokaler på Sjømannsskolen/Lyceum.

STUDER OSTEOPATI PÅ DELTID

Varighet: 5 år

Antall timer: 2310

Opptakskrav: Fysioterapi eller tilsvarende

Start: 4. september 2008

Les mer her: www.osteopatiskolen.no

Kontakt NAO for flere opplysninger og søknadspapirer:

Postboks 1081 Flattum
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 96 00
post@osteopatiskolen.no

Søknadsfrist: SNAREST.



NORDISK AKUPUNKTURSKOLE (NAS)
Norwegian Acupuncture Training Centre (NATC)

AKUPUNKTUR

Vi tilbyr Fagutdanning i klassisk og moderne akupunktur, deltid 3,5 år.

Opstart: 21.-24. august

Opptakskrav: Helsefaglig bakgrunn på høgskolenivå (fysioterapeut, sykepleier) eller medisin mellomfag

Fortsatt ledige plasser!

For mer informasjon: T: 23 30 42 30 / 67 54 06 07
sekretar@nahs.no - www.nahs.no





bransje registeret

Savner du ditt firma i bransjeregisteret?

Kontakt Ronny Grenberg
på telefon 62 94 10 37, faks 62 94 10 35
eller e-post: ronny.grenberg@hsmedia.no

Fysioterapiutstyr generelt

Elektroterapi - og
massasjeutstyr
Benker
Tredemøller
Ellipse
mediball
Bodyblade
Kurs etc.

Altius Gruppen
Helse og Rehabilitering

Tlf: 40 00 70 08
Fax: 46 70 70 06
e-post: info@altiusgruppen.no

Hey service Lav pris

www.altiusgruppen.no

ELEKTRO-STIM

Østerdalsgt. 1, 0658 Oslo
Tlf. 22 19 56 47. Fax 22 67 42 20.
post@elektro-stim.no www.elektro-stim.no
Størst utvalg - lengst erfaring.

ronda hjelpemidler

**Elastisk bekkenbelte
Stort utvalg i treningsutstyr**

At Ronda, tlf. 51 58 87 81, faks 51 58 80 20
epost: at@ronda.no Internett: www.ronda.no

combimed a.s.
Ganske enkelt kvalitet

Telefon: 32 72 24 11
Telefax: 32 72 24 15
e-post: post@combimed.no

www.combimed.no

fysiopartner

Tlf. 23 05 11 60. Fax 23 05 11 70.
E-post: post@fysiopartner.no
Internett: www.fysiopartner.no

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

Skanyl

Vi er også eneforhandler for www.enraf-nonius.com

**DIN TOTALLEVERANDØR
DORCAS**

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

Dorcas AS - Åsa, 3512 Hønefoss
Tlf. 32 16 17 90 - Faks 32 16 17 91 - E-post: post@dorcas.no
www.dorcas.no

TUSENVIS AV FORNØYDE BRUKERE OVER HELE LANDET

Irradia

Boks 65 Strømmen,
2010 Strømmen
Tlf. 22 55 01 08

MID-Laser
Medical Intelligent Diode Laser

**Kontakt oss for
årets kurs!**

Internett: www.irradia.no Epost: info@irradia.no

Vi feirer 20 år
med gode
jubileumstilbud
det er verd å få med seg!

Skanyl

Besøk våre alltid oppdaterte nettsider
www.skanlab.no

medisinsk

Norsk produsent av medisinsk
forbruksmateriell

Tlf. 67 17 74 40 Fax 67 17 74 74

Medictinedic

Behandlingsutstyr og forbruksmateriell
til din klinikk

www.medictinedic.no - post@medictinedic.no
Tlf. 69 16 97 11 / 99 69 97 80

Din Benk Partner
Endelig Enraf-Nonius-benker til Norge!

Manumed
Optimal
3-delt elektrisk benk (222)

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-nonius.com

follo futura

Norges største produsent av fysiske
behandlingsbenker, MTT og
rehabiliteringsutstyr

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

MEDINOR

DIN TOTALLEVERANDØR

Tlf: 22 07 65 00 www.medinor.no

Din Laser Partner
Tlf. 69 35 20 80, Fax. 69 35 20 81
E-post: info@skanlab.no Internett: www.skanlab.no

**NYHET
SKANLAB LASER™
CW 500F**

500 mW 808 nm

Skanyl

MASOLET **MASOFLEX**

**Spesialist på
Behandlingsbenker
pøller og stoler**

www.masoflex.no

Masoflex Ltd. Fax: 32-89 75 96
Mail: masoletservice@tele2.se Mob: 915 72 035

REH BAND
BY OTTO BOCK

Tlf. 23 14 26 00 • Fax 23 14 26 56
info@ottobock.no • www.rehband.com

Din Elektroterapi Partner

2-kanals
interferens
og TENS

Endomed 182

NYHET!
Sonopuls 692V

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

RH Stolen AS
Drammensveien 130, 0277 Oslo
Tlf. 24 11 73 73. Fax. 24 11 73 70

Mail: info@rhstolen.no
Web: www.rhstolen.no

Ergonomiske stoler til:

- Kontor
- Industri
- Rehab
- Helse

Landsdekkende
forhandlernet

Tredemøller, spinning, ro, step, ellipse mm.

Tlf. 99 09 97 99

post@sportsmaster.no
www.sportsmaster.no

Sportsmaster

bransje registeret

MERIDA FITNESS

Leverandør av trimprodukter til:

- hjemmetrening
- treningsstudioer
- kiropraktorer
- restitusjon
- fysioterapeuter

WWW.MERIDA.NO

Importør: Stians Sport AS Tlf. 22 51 55 10

Benker, krakker, matter osv.

fysiopartner

post@fysiopartner.no – www.fysiopartner.no

Tlf. 23 05 11 60. Fax 23 05 11 70.

Visse du at...

BODY MIND

EARTHlite

Alle benker fra Earthlite er produsert av miljøvennlige materialer og har livsvarig garanti. Bestill brosjyren vår og les mer!

www.bodymindcompany.no · 22194025

MASOLET LTD – Benkespesialisten

Behandlingsbenker – stoler – pøller – benkeservice
vibrasjonsmaskiner – oppgradering – spesialbenker – kursbenker – brukte benker etc.

MASOLET LTD., Chr. IVs gt. 35, 3616 Kongsberg.
Tlf. 90 50 03 50/91 57 20 35. Faks 32 72 02 95.
Epost: olsdrei@online.no

tarsus



www.tarsus.se

Dataprodukter

ARKO Terapeut

- For din effektivitet -

Fornøyde kunder **57 72 70 20**

Lettlært
Oversiktlig
Brukervennlig

www.arko.no
firmapost@arko.no

extensor

- Journalføring
- Regnskap
- Planlegger m.m.

Neste generasjons administrasjonssystem

firmapost@extensor.no - tel: 755 333 00

www.extensor.no

fysiopartner

post@fysiopartner.no – www.fysiopartner.no

Tlf. 23 05 11 60. Fax 23 05 11 70.

Pauseprogram på jobben!

Avbrekk

Strekk og bevegelse gir mer arbeidsglede og mindre plager!

www.avbrekk.no kristine.vegstein@avbrekk.no

ProMed® for Windows

Pasient-oppfølgning og regnskap

Komplett system for fysioterapeuters administrative oppgaver. Mer enn 2200 brukere.

Programvareforlaget AS

Tlf: 22 62 72 40/Fax 22 62 73 66

E-post: promed@pvf.no Internett: www.pvf.no

Test-, treningsutstyr/behandl. hjelpemidler

Bamse Produkter

Behandlingsutstyr



barn
voksne
eldre

www.bamseprodukter.no
info@bamseprodukter.no

Tlf. 69 30 01 05. Faks 69 30 01 06

E-S

Støtteprodukter og treningsutstyr

post@elektro-stim.no www.elektro-stim.no

Tlf. 22 19 56 47 Fax 22 67 42 20

FOLLO FUTURA

Norges største produsent av fysiske behandlingsbenker, MTT og rehabiliteringsutstyr

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

fysiopartner

post@fysiopartner.no – www.fysiopartner.no

Tlf. 23 05 11 60. Fax 23 05 11 70.

ALT INNEN SPESIALPUTER!

VITAL BASE®

VITAL BASE AS. Myravegen 2, N-6060 Hareid.
Tel. +47 70 09 59 50. Fax +47 70 09 59 51.
E-mail: firmapost@vitalbase.no
Internet: www.vitalbase.no

Ledig plass!

Ring 62 94 10 37,
Ronny Grenberg i
HS Media AS

Varme/kulde, kremer/gel

fysiopartner

post@fysiopartner.no – www.fysiopartner.no

Tlf. 23 05 11 60. Fax 23 05 11 70.

Bli med i Bransjeregisteret!

Registrerer du ditt firma i vårt bransjeregister sikrer du deg at norske fysioterapeuter blir oppmerksomme på ditt firma og dets produkter.

Liten modul, 20 x 57 mm:
6 utgaver: kr. 3.450, 12 utgaver: kr. 4.850

Medium modul, 30 x 57 mm:
6 utgaver: kr. 3.850, 12 utgaver: kr. 6.300

Stor modul, 40 x 57 mm:
6 utgaver: kr. 5.980, 12 utgaver: kr. 8.250



Norsk Fysioterapeutforbund

Stensberggata 27
Postboks 2704 St. Hanshaugen, 0131 Oslo
Tlf. 22 93 30 50, faks: 22 56 58 25
Hjemmeside: www.fysio.no E-post: nff@fysio.no

Sentralstyret

Forbundsleder: Eilin Ekeland

Fossilveien 13B, 3034 Drammen Tlf. 22 93 30 63 a
41 55 90 30 mob.

eilin.ekeland@fysio.no

Nestleder: Elin Engeseth

Rypesnaret 4, 1407 Vinterbro. Tlf. 64 87 63 66 a
Tlf. 90 52 90 33 mob., 64 94 65 13 p

ee@fysio.no

Mona Kajanus (leder Ansatt råd)

Dikringsgt. 1B, 0457 Oslo
Tlf. 66 76 83 30 a, 90 86 98 16 mob.
mkajanus@hotmail.no

Roar Høidal (leder Privat råd)

Gustava Kiellands vei 3, 3610 Kongsberg
Tlf. 92 69 89 57 mob.
Faks 32 77 23 91 mrk Roar. roar.hoeidal@c2i.net

Marianne Aars (leder Fag- og spesialistråd)

Ringkøbingveien 1, leil. 303
Tlf. 77 66 06 11 a, 93 41 20 66 mob.
marianne.aars@hitos.no

Beate Johanne Golten

Tuterudveien 15, 2635 Tretten. Tlf. 94 17 97 76 mob.
90 19 66 84 jobbmob., beate.golten@online.no

Gerty Lund

Mellomskarva 16, 1350 Lommedalen.
Tlf. 67 80 94 00 a, 95 83 03 73 mob.
gerty.lund@mhh.no

Jan Kattenberg

Spildra, 3550 Gol. Tlf. 32 06 01 78 a.
90 93 73 51 mob., jan@hemsefysio.no

Stig B. Salberg

Tyholtv. 5, 7500 Stjørdal. Tlf. 48 14 49 65 mob.,
stig-sal@frisurf.no

Studentobservatører:

Kristin Hafnor Kolstad, Tlf. 47 60 88 04 mob.
kristinh.kolstad@stud.hf.hio.no

Åsne Bårdsen, Tlf. 97 63 81 69 mob.
AsneM.Bardsen@stud.hf.hio.no

Sekretariatet: Stab

Generalsekretær: Tor Tvethaug, 22 93 30 52
Informasjonsleder: Harald Nyquist, 22 93 35 67
Seniorrådgiver: Elin Robøle Bjør, 22 93 30 55
Rådgiver: Solvår Stokke, 22 93 30 51

Administrasjons- og økonomiseksjonen

Seksjonsleder: Inger Jonsvik, 22 93 30 74
Regnskapsansvarlig: Rune Tørrlenn, 22 93 30 65
Konsulent: Kristin Stormo, 22 93 30 68
IT-ansvarlig: Kaare Øystein Trædal, 22 93 30 53
Kurssekretær: Monica Haugen, 22 93 30 66
Sekretær: Nina Solvang, 22 93 30 50

Fagseksjonen

Seksjonsleder: Malene Haneborg, 22 93 30 72
Seniorrådgiver: Eline Rygh, 22 93 30 64
Seniorrådgiver: Jorunn Lunde, 22 93 35 69
Rådgiver: Elin Elvestad, 22 93 30 86
Rådgiver, veiledning: Elisabeth Goverud, 22 93 30 62
Konsulent, kurs: Micheline Viktil, 22 93 30 70
Rådgiver, kurs: Åslaug Skuladottir, 22 93 30 75

Forhandlingsseksjonen

Forhandlingssjef: Kjersti Hatlestad, 22 93 30 56
Seniorrådgiver: Bente Eide, 22 93 30 73
Seniorrådgiver: Kirsti Glad, 22 93 30 82
Seniorrådgiver: Tom Hetty Olsen, 22 93 30 61
Seniorrådgiver: Ole Jacob Støle, 22 93 35 62
Sekretær: Else Jørgensen, 22 93 30 67

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

Sekretariatsleder: Birthe C. Hansson
Tlf. 22 93 30 90 (ikke fredag)



Eilin Ekeland,
forbundsleder

«Raskere tilbake» = halvveis tilbake?

Som en del av avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) er det bevilget betydelige beløp til NAV og helseforetakene beregnet på tiltak for å få sykmeldte raskt tilbake til arbeidslivet. Størstedelen av de såkalte «Raskere tilbake»-midlene går til helseforetakene. Den største andelen sykmeldte er mennesker med muskel-skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser, og de nye tilbudene er særlig rettet mot denne pasientgruppen. Tiltakene som etableres, skal være et supplement til de eksisterende helse- og rehabiliteringstilbudene.

Som alle fysioterapeuter vet, vil sykehusene i svært liten grad ferdigbehandle pasienter. Bare halve jobben er gjort når pasientene forlater sykehuset. Uansett om en pasient er kne-, rygg- eller skulderoperert, eller har fått en god tverrfaglig poliklinisk utredning på et sykehus, vil de aller fleste trenge videre behandling og opptrening i kommunehelsetjenesten. Erfaringene fra «Raskere tilbake» så langt, er at det ikke finnes kapasitet til dette i kommunehelsetjenesten. Kommunene har heller ikke fått tilført midler til «Raskere tilbake»-tiltak. Dermed blir kommunehelsetjenesten en flaskehals for å få folk raskt tilbake i arbeid.

Denne flaskehalsproblematikken har NFF spilt inn til Unio, som har løftet dette inn i koordineringsarbeidet rundt IA-avtalen. På bakgrunn av diskusjonene om IA-avtalen mellom partene i arbeidslivet, er dette omtalt i Revidert Nasjonalbudsjett som ble lagt frem 15. mai. At det er omtalt, er i seg selv et skritt på veien, men NFF må nå sørge for at det blir fulgt opp.

NFF må komme med gode innspill til hvordan man best kan sikre et bedre fysioterapitilbud til målgruppen. Det er viktig å vurdere ulike alternativer grundig: Skal vi ha fokus på flere driftstilskudd, eller ligger løsningen i avtaler direkte med NAV om arbeidsrettet rehabilitering og fysioterapi? Vi må sikre at midlene brukes til tiltak som gir sykmeldte de beste mulighetene for å komme tilbake på jobb, uten at det går ut over andre pasienter. Dette gjelder pasienter som også har rett på fysioterapi, men som ikke er i målgruppen for «Raskere tilbake»-tiltak. NFF må derfor bruke ressurser på å jobbe fram en god og hensiktsmessig modell der IA-midlene blir brukt klokt. Muligheten for å lykkes overfor myndighetene og partene i arbeidslivet er større desto bedre arbeid vi gjør internt.

På den måten kan NFF i 2009 bidra til at folk kommer «Raskere helt tilbake»!

Eilin Ekeland

Endelig foreldrepenger til selvstendig næringsdrivende

Fra 1. juli vil selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter få fulle rettigheter til foreldrepenger. I dag har selvstendig næringsdrivende rett til 65 prosent dekning og må tegne en egen forsikring for å oppnå 100 prosent dekning.

Med endringen legger regjeringen forholdene bedre til rette for at selvstendig næringsdrivende mødre og fedre skal kunne kombinere arbeid og omsorg for barn.

– NFF har i en årrekke arbeidet for at denne saken skulle få en løsning. Fra 1. juli er foreldrepengene en realitet, og rammevilkårene er styrket for fysioterapeuter som er vordende foreldre. En unødvendig forskjellsbehandling mellom ansatte og selvstendig næringsdrivende er historie, sier nestleder Elin Engeseth i NFF.

Endringen innføres fra 1. juli 2008 og vil omfatte både løpende og nye saker. I tilfellene der barnet er født tidligere enn 1. juli, vil endringene gjelde for den delen av stønadperioden som gjenstår.

Endringen har også stor betydning for fedre. Det er flere selvstendig næringsdrivende fedre enn mødre, og langt flere fedre enn mødre er i dag uten forsikring. Nå kan flere fedre få foreldrepenger.



Nå får også selvstendig næringsdrivende foreldrepenger fra staten.

Ryggforsker med stikk til fysioterapeuter

Dr.med. Erik L. Werner konkluderer i en ny avhandling at sammenlignet med fysioterapeuter og kiropraktorer samsvarer legenes holdninger til ryggpasienter best med retningslinjene. – Selv om de fleste ryggsmertene går over av seg selv, har mange av pasientene godt utbytte av råd og veiledning når ryggen svikter. Dette synes lite vektlagt i den nye avhandlingen, sier forbundsleder Eilin Ekeland i NFF.

I sin avhandling har Werner blant annet spurt ulike helseprofesjoner om deres holdninger til pasienter med vondt i ryggen: 200 leger, 250 fysioterapeuter og 25 kiropraktorer. Over 80 prosent av legene var enige i påstanden om at «i de aller fleste tilfellene går ryggsmertene over av seg selv». Nesten 50 prosent av fysioterapeutene og seks prosent av kiropraktorene var også enig.

– Ifølge Dagens Medisin vil Erik L. Werner bort fra en myte om at det er behandlingen som gjør pasientene friske. En slik påstand er intetsigende uten at behandlingen er beskrevet. Fysioterapi er mye mer enn manuell behandling. Fysioterapi handler vel så mye om råd og veiledning, sier Eilin Ekeland.

Hun sier at det mest påfallende knyttet til den nye avhandlingen er at Erik L. Werner i Dagens Medisins papirutgave uttaler at aktørene i primærhelsetjenesten har et klimaproblem. Han uttaler: «– Det er ingen grunn til at vi ikke skulle finne gode samarbeidsrelasjoner om ulike pasientkategorier, men klimaet er definitivt ikke til stede for det nå».

– Denne uttalelsen reagerer NFF på. Vi kan ikke akseptere en påstand om klimaproblemer mellom leger og fysioterapeuter i løsningen av helseutfordringer. Vår påstand er tvert i mot at mange leger og fysioterapeuter samarbeider godt om pasientene, sier Ekeland.

Ny særavtale for reiser innenlands for statens regning

Det er oppnådd enighet mellom hovedsammenslutningene og staten om ny særavtale for reiser innenlands for statens regning. Kjøregodtgjørelsen øker til kr 3,50 per kilometer. Dette gjelder for inntil 9.000 kilometer. For over 9.000 kilometer er satsen nå kr 2,90 per kilometer. Særavtalen gjelder fra 1. mai 2008.

Særavtalen gjelder fra 1. 4.2008. Denne statlige særavtalen følges stort sett opp i de fleste tariffområdene fra samme dato.

Godtgjørelsen skal dekke merkostnader – altså ikke alle utgifter man har ved bilhold – og er utarbeidet etter en fast beregningsmodell som tar hensyn til merkostnadene ved å ha bil.

Kleppa vil ta fysioterapi fra «rike» kommuner

I et innslag på TV2 16. april i går fremhever kommunal- og regionalminister Magnhild Meltveit Kleppa Bærum kommunes tilbud om tre kvarter fysioterapi per uke til sykehjemsbeboere. – NFF ber nå statsråden avklare om regjeringen virkelig oppfatter dette som et unødvendig godt tilbud, sier forbundsleder Eilin Ekeland.

I TV2-innslaget ble Kleppas nye politiske linje beskrevet som «Robin Hood», hvor målet er å ta fra rike kommuner og gi til mindre rike kommuner. Bærum kommunes tilbud om tre kvarter fysioterapi, ble brukt som et eksempel på en rik kommune.

– I likhet med ordføreren i Bærum, har NFF nå behov for å få avklart om disse tre kvarterene fysioterapi virkelig oppfattes som luksus fra det offentlige, sier forbundsleder Eilin Ekeland.

Hun sier at enkelte brukere trenger mer enn tre kvarter fysioterapi og andre trenger mindre.

– Vi reagerer på at tre kvarter fremheves som et luksustilbud. En god del av disse brukerne er rehabiliteringspasienter og trenger mye mer fysioterapi for å få et tilfredsstillende helse- og rehabiliteringstilbud, sier Eilin Ekeland.



NFF har bedt om en avklaring fra kommunal- og regionalminister Magnhild Meltveit Kleppa etter statsrådets «Robin Hood»-utspill.

Det grunnleggende innen rehabilitering

— **cefar**® rehab^{x2}

Rehabilitering er en prosess som kan vare i flere måneder og noen ganger et helt liv. Ofte innledes den på klinikken av helsepersonell, for så å fortsette med egenbehandling hjemme.

Nye **CEFAR REHAB X2** er en liten praktisk stimulator som enkelt kan brukes til behandling på klinikken eller i hjemmet. De grunnleggende behandlingsmetodene for TENS og NMES er samlet i en og samme stimulator.

CEFAR EASY TOUCH™: Automatisk amplitude innstilling. Med et enkelt knappetrykk justeres amplituden automatisk. En funksjon som gjør det lettere for brukeren, og som forsikrer at optimalt stimuleringsnivå oppnåes uansett hvilket program som brukes. CEFAR EASY TOUCH™ garanterer det beste behandlingsresultat!

Ta kontakt med våre fysioterapeuter på tlf 22 92 40 60 eller e-post: cefar@cefar.no



cefar®

på kalenderen

Juni

5. Tromsø. **Kunnskapssenterets årskonferanse 2008. Hvordan lærer vi i helsetjenesten?**
Info: www.kunnskapssenteret.no

8.-13. Rotterdam. **Verdenskongress i ortopedisk manuellterapi, IFOMT 2008.**
Info: www.ifomt2008.nl

9.-11. Tromsø. **Telemedicine and eHealth Conference 2008**.
Arr.: Nasjonalt senter for telemedisin.
Info: www.telemed.no/ttec2008

14.-17. Milano. **Heart Failure 2008.**
Info: www.escardio.org/congresses/HF/HF2008/

19.-21. Lausanne, Sveits. **Eurohand 2008.**
Arr.: Federation of the European Societies for Surgery of the Hand.
Info: www.congress-info.ch/eurohand2008/welcome_fessh.php

21.-22. Lillehammer. **Undersøkelse og behandling av cervicogen hodepine.**
Arr.: Muskel Skjelett Fysioterapi i samarbeid med Manuellterapeutenes Servicekontor.
Info: www.manuellterapi.no - Kurs og seminarer

26.-28. Tromsø. **2nd World Congress on Sports Injury Prevention.**
Info: www.klokeavskade.no

August

17.-22. Glasgow. **The 12th World Congress on Pain.**
Info: www.iasp-pain.org

24.-27. Oslo. **Nordisk arbeidsmiljø møte.**
Arrangør: www.stami.no/?nid=1590

September

1. - 5. Sunnaas, Nesodden. **Kurs for yrkesaktive personer med Postpolio.** Tema: Helseforebygging, utfordringer og mestring av

hverdagsliv og arbeidsliv.
Info: www.sunnaas.no

3.-6. København. **Den europeiske geriatrikongressen 2008.**
Info: www.eugms2008.org/

10. Rikshospitalet. **Første nasjonale konferanse om pasientsikkerhet.**
Arr.: Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Kunnskapssenteret, Legeforeningen, Helsedirektoratet, Helsetilsynet, mfl.
Info: www.kunnskapssenteret.no

25.-26. Stockholm. **2nd European Congress on Physiotherapy Education.**
Info: ecpe2008@lrs.se

Oktober

2.-4. Halmstad. **Nordic Conference – Health Participation and Effects of Sport and Exercise.**
Info: http://ffy.inforce.dk/graphics/PDF-filer/Nyheder/Nyheder%202007/Nordisk_kongres_Exercise_health_2008.pdf

4.-8. Berlin. **18th ERS Annual Congress.**
Info: www.ersnet.org

16.-18. Luxemburg. **The 2008 EISCSA-SPORTMEDICA CONGRESS.**
Arr.: The European Interdisciplinary Society for Clinical and Sports Applications (EISCSA)
Info: www.eiscsa.com

19.-23. Sør-Afrika. **The 7th World Congress for Photomedicine and Low Level Laser Therapy.**
Info: www.technoscene.co.za/walt2008/

25.-30. Miami, USA. **CHEST. American College of Chest Physicians.**
Info: www.chestnet.org

November

6.-9. Stavanger. **9th Scandinavian Congress of Medicine and Science in Sports 2008.**
Info: www.scmss2008.org

Vi trenger tips til kalenderen!

Fysioterapeuten trenger informasjon om seminarer, konferanser og andre begivenheter som er av interesse for norske fysioterapeuter. Vi vil derfor oppfordre alle til å varsle oss i god tid. Bare på den måten kan kalenderen bli oppdatert og aktuell. Send dine bidrag til kalenderen på e-post til: fysioterapeuten@fysio.no

ÅRSABONNEMENT - LØSSALG

Norge: 950 kroner. Utland: 990 kroner.
Offentlige institusjoner: 850 kroner.
For medlemmer av NFF inngår årsabonnement i medlemskontingenten.
Årsabonnementet løper til det blir skriftlig oppsagt.
Enkeltnumre: 80 kroner + porto.

ANNONSEPRISER – 2008

For bestilling av stillings- og kursannonser, kontakt fysioterapeuten@fysio.no

Stillingsannonser:

Per sp. mm. Sort: Kr. 34. Farge: Kr. 39.
Medl. NFF: Sort: Kr. 23. Farge: Kr. 28.
Spaltebredde: 90 og 185 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 interesse-grupper, avdelinger, faggrupper (ikke enkeltmedlemmer) står som arrangør: gratis.

Møter og kurs hvor andre utenom NFF står som arrangør: per sp. mm.

Sort Kr. 23. Farge: Kr. 25.

Spaltebredde: 90 og 185 mm.

Tillegg (gjelder stilling og møter/kurs):

Setting: Kr. 1,50 pr. mm

Scanning: Kr. 100

Alle priser er ekskl. moms.

FRISTER – 2008

Nr.	Frist kursann./debattinnlegg	Annonsefrist stilling ledig	Utgiv. dato
7	2/6	6/6	27/6
8	28/7	1/8	22/8

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

Ronny Grenberg, HS Media as,
Postboks 80, 2260 Kirkenær.
Tlf. 62 94 10 37, e-post: ronny.grenberg@hsmedia.no

ANNONSEMATERIELL

Elektronisk. Tilleggsomkostninger for annet materiell belastes kunden.

Tekniske data:

Format: 210 x 297 mm.

Satsflate: 185 x 264 mm.

Nyhet i Norge

3 i 1 behandlingssystem

Aquamassage tilbyr de store fordelene ved hydroterapi, massasje og tørr varmeterapi.

Dette avanserte terapisystemet gir svært god smertelindring ved kroniske muskel-og skjelletsmerter.

- * 36 vannjetdyser behandler hele kroppen og /eller lokaliserte områder
- * Reguler selv styrke og område som skal behandles mer intensivt ved hjelp av en håndholdt fjernkontroll
- * Reguler selv ønsket temperatur opptil 40 grader
- * Kunden forblir PÅKLEDT og TØRR
- * 15 min tilsvarer 1 time klassisk massasje
- * Enkel å operere. Lukket system, trenger ingen vanntilkobling
- * Med Aqua massage vil du få flere fornøyde kunder og en ekstra inntektkilde
- * Meget gode referanser og presseomtale. Leasing tilbys



RING 920 62 353

www.aquamassage.no

Siste nytt på

www.fysioterapeuten.no

Fysioterapeuten har egne nettsider som oppdateres ofte.

Blant sakene er:

- Streikevarsel sendt til Oslo kommune
- God effekt av trening på supermannsykkel
- Ergonomigruppen vil utvide fagspesialiteten



www.fysioterapeuten.no

KEEP ON RUNNING!

Løperens
beste venn!



CEFAR MYO X2

- GIR DEG BÅDE RASK RESTITUSJON OG EFFEKTIV SMERTELINDRING

Elektrisk muskelstimulering (EMS) har blitt brukt av fysioterapeuter og profesjonelle løpere i mange år til trening, restitusjon og smertelindring. De vet at man når resultatet raskere når man bruker EMS i kombinasjon med vanlig trening.

Med vår populære sportstimulator CEFAR MYO X2 kan du enkelt dra nytte av EMS. De forhåndsinnstilte programmene gjør at du med et enkelt knappetrykk stiller inn den stimuleringen som passer den muskelen du vil trene eller massere. Takket være de medfølgende fire elektrodene kan du behandle alle de store muskelgruppene som for eksempel fremside lår, mave etc.

Med CEFAR MYO X2 blir elektrisk muskelstimulering enklere og effektivere enn noen sinne!

Ta kontakt med våre fysioterapeuter på tlf 22 92 40 60 eller e-post cefar@cefar.no

cefar

CEFAR Norge AS | Slemdalsveien 72 | 0373 Oslo Postadr. Pb. 152 Vinderen | 0319 Oslo
Tlf. 22 92 40 60 | Faks 22 92 40 61 | E-post cefar@cefar.no | www.cefar.no

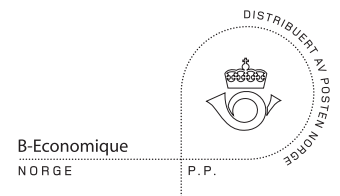
NOISSN 0016-3384

Returadresse:

Norsk Fysioterapeutforbund

Postboks 2704 St. Hanshaugen

N - 0131 Oslo



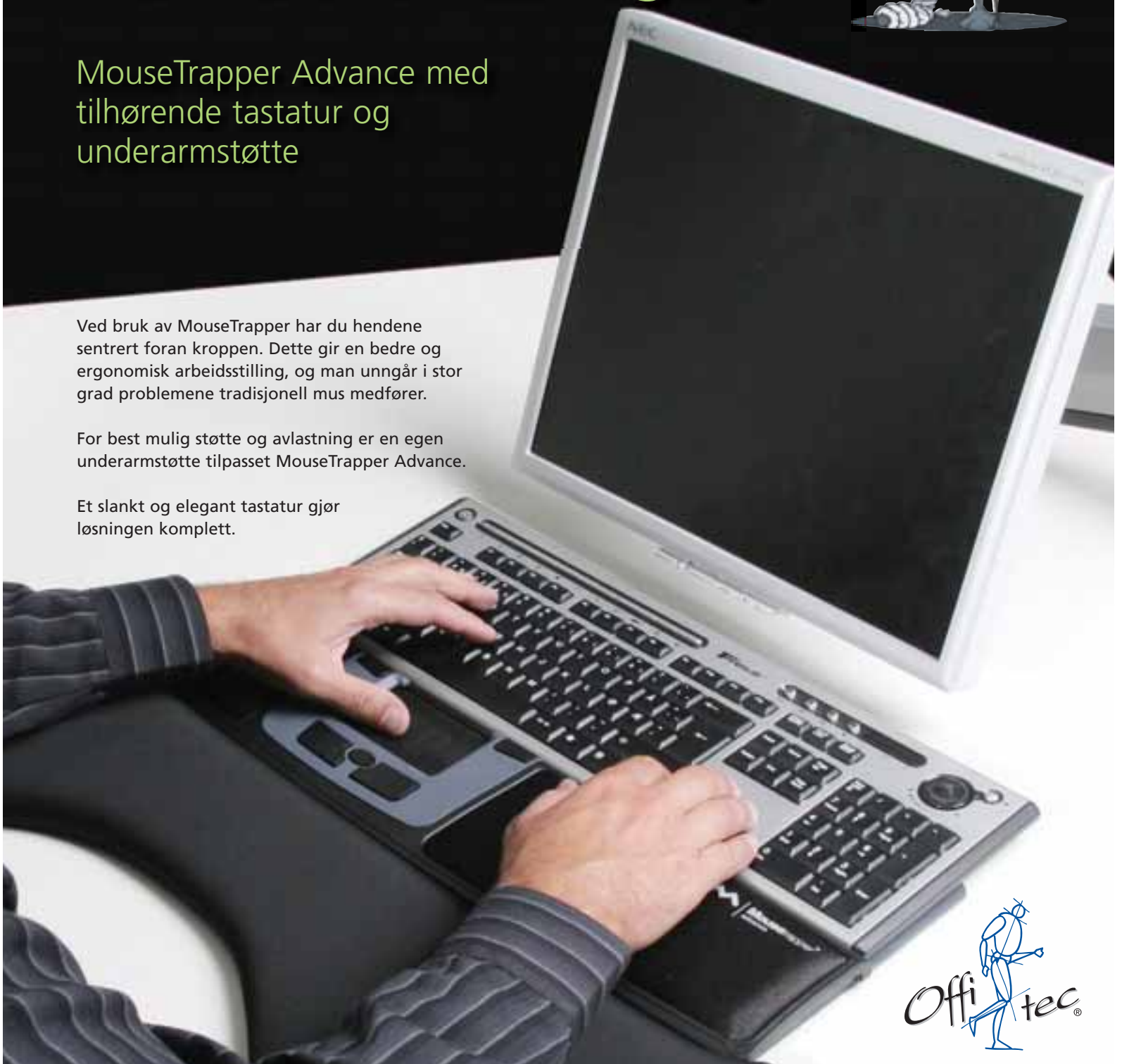
Kampen mot musesyke – Offitec har løsningen;

MouseTrapper Advance med tilhørende tastatur og underarmstøtte

Ved bruk av MouseTrapper har du hendene sentrert foran kroppen. Dette gir en bedre og ergonomisk arbeidsstilling, og man unngår i stor grad problemene tradisjonell mus medfører.

For best mulig støtte og avlastning er en egen underarmstøtte tilpasset MouseTrapper Advance.

Et slankt og elegant tastatur gjør løsningen komplett.



Se www.offitec.no for mer informasjon,
eller kontakt oss på offitec@offitec.no eller telefon 22 41 14 14