8.15 Årgang 82 www.fysioterapeuten.no

fysioterapeuten

Side 12

Hardt arbeid

0,7 % stilling og 27 pasienter

Torgeir Bruun Wyller – intervju

Pasientjournaler og profesjonalitet

– De fleste trenger ikke operasjon

AlfaCare

Vi har et bredt utvalg av behandlingsbenker!

Se alle våre benker på www.alfacare.no

Kurskalender høsten 2015

Oslo	09.-10. oktober	Kinesiotaping Equine
Gjøvik	09.-10. oktober	Kinesiotaping trinn 3
Oslo	16.-18. oktober	Fascia Bodywork
Oslo	30. oktober	Kinesiotaping lymfødem
Oslo	13.-14. november	Kinesiotaping trinn 1
Oslo	05.-06. februar	Kinesiotaping trinn 2

For mer informasjon om våre kurs se www.alfacare.no/kurs

Vi har det du trenger til bruk på klinikken og for salg til pasientene. Se vårt brede produktspekter på **www.alfacare.no**. Gode rabatter til terapeuter.

Akupunkturnåler

ShockMaster

Dorcas Gel Pack

Micropack Nakke

AlfaCare AS, Heddalsveien 11, bygg 140, 3674 Notodden - Tlf: 35 02 95 95, post@alfacare.no, www.alfacare.no

innhold

> Du skyves ofte inn i en «sykhetsboks». Side 38

TRENING «Fra utrent til halvmaratonløper på 20 uker» er tittelen på den vitenskapelige artikkelen, av Leif Inge Tjelta og Iselin Brandal Bjerge. Studien bekrefter at utrente personer kan få stor bedring av sin aerobe utholdenhet og redusert KMI i løpet av 20 uker med systematisk utholdenhetstrening.

SAMHANDLING Odd Ellingsen (88) får treningshjelp av fysioterapeut Ingjerd Opheim på Storetveit sykehjem i Bergen.

JOURNALER Fagkronikk fra professor Eline Thornquist ved HiB. Se også aktueltsidene.

AKTUELT

5 – Samhandlingen var bedre før samhandlingsreformen

8 – Vi må slå ring rundt eldres rett til å komme på sykehus

10 En hel dag med fysioterapi i Eidsvoll

12 Får ned sykefravær ved å tenke forebygging

14 Tror mer samarbeid kan gi bedre forebygging

15 Mål: 10 % flere medlemmer i NFF

17 – Må gjøre rede for sin faglige tenking

18 – Må lære å uttrykke seg presist

19 Pasienter med langvarige og sammensatte plager

21 Begrenset effekt av adferdsterapi

FAG

22 Fra utrent til halvmaraton-løper på 20 uker

27 Doktorgrad

28 Kronikk: Bedriftsfysioterapi: Unik mulighet til primær-forebygging av muskel- og skjelettplager

30 Kronikk: Pasientjournaler og profesjonalitet

33 Cochrane-oppsummering fra Kunnskapssenteret

34 Bokanmeldelse

REPORTASJE

35 – Vi må tenke nytt

36 – Artrosepasientene må få tidlig informasjon

38 Det gikk bra andre gangen

FASTE SPALTER

41 Nytt fra NFF

44 Møter og kurs

48 Bransjeregisteret

50 Kalender

De eldste blant oss

Opprørende. Mange beretninger fra helse- og omsorgstilbudet for eldre rundt om i landet kan ikke kalles noe annet enn det. Så hva er det vi holder på med?

Som en følge av samhandlingsreformen, er det meste av ansvaret for de eldre skjøvet over på kommunene. Spørsmålet er om dette systemskiftet har gitt de eldste blant oss et bedre helsetilbud. I de aller fleste kommuner er svaret nei. Samhandlingsreformen er definitivt ikke en kvalitetsreform for de eldre og mest sårbare pasientene.

Geriatriprofessor Torgeir Bruun Wyller ved Oslo universitetssykehus er blant de som roper høyest. En irriterende og høyrøstet fyr. Han påpeker i et intervju med Fysioterapeuten at Norge er et av de landene i Europa som har færrest sykehussenger i forhold til folketallet. Og det reduseres stadig.

– Det er en merkelig forestilling hos politikere og helsebyråkrater om at desto færre senger et sykehus har, desto mer effektivt er det. Dette fører til at sykehusene forsøker å unngå innleggelser, og at de kutter liggetiden slik at pasienten kommer raskere ut igjen. Dette rammer først og fremst eldre mennesker, sier Wyller.

Mange mener at utviklingen har gått feil vei etter samhandlingsreformen. Det har også fysioterapeutene på mottaksavdelingen ved Storetveit sykehjem i Bergen erfart. Der deler fysioterapeutene Ingjerd Opheim og Rikke Sem-Olsen en 70 prosents fysioterapeutstilling – på en avdeling med 27 pasienter. Tidligere hadde sykehjemmet en intermediæravdeling som fungerte bra. Den var godt bemannet med fysioterapeuter som jobbet i tverrfaglige team.

De mener bestemt at samhandlingen var bedre før samhandlingsreformen.

I begynnelsen av september var helsepolitiker i Stortinget, Kjersti Toppe (Sp), invitert til sykehjemmet. Hun ga uttrykk for at det lave antallet fysioterapeuter ved sykehjemmene er skremmende.
– Senterpartiet mener øremerkede midler kan være en mulighet her. Hvis pasientene får lite fysioterapi vil det føre til en ond sirkel og at resten av eldreomsorgen blir ytterligere belastet, sa Toppe under besøket på Storetveit.

> Definitivt ikke en kvalitetsreform for de eldste og mest sårbare.

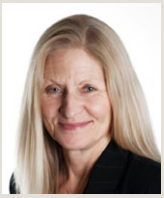
Men øremerking av midler er ikke norske politikere generelt så glad i. Mantraet er at det er lokalpolitikerne som vet hvor skoen trykker.

Torgeir Bruun Wyller sier at de stadig ser triste eksempler på hvordan ansvaret kastes mellom sykehus, bestillerkontor og kommunen:
– Systemet fremmer en atferd hvor aktørene jobber for å få pasienten over på noen andres budsjett. Hvordan det faktisk går med pasienten, virker i mange tilfeller å være underordnet.
Geriatriprofessoren mener også at vi er på vei mot en mer klassedelt helsetjeneste innen eldreomsorgen.

De eldste blant oss må betale. Med kroner og øre, helse og funksjon.

Dagrun Lindvåg

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



Redaktør
Dagrun Lindvåg
tlf. 976 71 248
dl@fysio.no

Fagredaktør
MSc fysioterapeut
John Henry Strupstad
tlf. 926 24 206
js@fysio.no

Layout
Kirsten Stiansen
tlf. 413 18 188
ks@fysio.no

UTGIVER
Norsk Fysioterapeutforbund

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, utdannings-politiske og helse- og sosialpolitiske forhold. (Paragraf 16.2 i NFFs lover).
Fysioterapeuten redigeres etter Vær varsom-plakaten og Redaktørplakaten

Fysioterapeuten nr. 8.2015/82
Redaksjonen avsluttet: 14. september 2015
ISSN 0016-3384
Forside: Espen Erenstsen graver ut siste rest av den klissete deigen til det danske rugbrødet. Foto: Ingvild Festervoll Melien
Foto uten byline: Colourbox.com

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT

SKAL GÅ IGJEN Odd Ellingsen (88) får treningshjelp av fysioterapeutene Rikke Sem-Olsen (til venstre) og Ingjerd Opheim. De tilstreber å behandle pasientene med respekt selv om de har det travelt.

– Samhandlingen var bedre før samhandlingsreformen

Ved Storetveit sykehjem har utviklingen gått feil vei etter samhandlingsreformen, mener fysioterapeutene ved sykehjemmet.

TEKST Kristine Askvik
FOTO Ingvild Festervoll Melien
fysioterapeuten@fysio.no

BERGEN: – Skal vi opp og gå litt i dag, Odd?

Fysioterapeut Ingjerd Opheim har bøyd seg ned på huk og snakker høyt og tydelig. 88 år gamle Odd Ellingsen fikk et lårbeinsbrudd for et par uker siden. Nå skal han prøve å gå for første gang etter operasjonen, sammen med Opheim og kollega Rikke Sem-Olsen.

– Jeg kan vel ikke nekte, svarer han lurt når Opheim spør. Opheim finner frem prekestolen til ham og stiller den inn. Så går de ti-femten meter ut til sofakroken ute i korridoren, før fysioterapeutene må haste videre til neste pasient. De prøver å runde av på en fin måte.

– Da ses vi i morgen, sier Opheim.

– Først i morgen?

– Du kunne jo ikke hatt oss rundt deg hele tiden. Da ville du blitt lei av oss da, sier Opheim og ler.

Odd er en av totalt 27 pasienter som det er plass til ved mottaksavdelingen på Store-

HØRTE PÅ FAGFOLK Helsepolitiker Kjersti Toppe (fra venstre) møtte fysioterapeutene Cathrine Haugland, Ingjerd Opheim og Rikke Sem-Olsen ved Storetveit sykehjem.

tveit sykehjem. Her kommer pasienter som ikke har behov for å være på sykehuset lenger, men som kommunen foreløpig ikke vet hvor skal.

0,7 stilling og 27 pasienter

På hele avdelingen er det en 70 prosents fysioterapeutstilling som Opheim og Sem-Olsen deler seg i mellom.

– Vi har hele tiden mange henvisninger og det er tøft å skulle prioritere mellom pasientene her på mottaksavdelingen, sier Opheim.

– I og med at pasientene er her i en så kort periode, blir det vanskelig for oss å gjøre grundige undersøkelser og vurderinger, og det blir et tynt grunnlag å basere avgjørelsene våre på, sier Sem-Olsen.

I begynnelsen av september inviterte fysioterapeutene ved Storetveit og Region Vest i Norsk Fysioterapiforbund (NFF) helsepolitiker Kjersti Toppe (Sp) til sykehjemmet for å orientere om situasjonen. NFF var representert ved forbundsleder Fred Hatlebrekke, regionleder Aslaug Terese Kleiveland og generalsekretær Arild Stange. Til stede var også Birgit Gran, som er enhetsleder for fysioterapi og ergoterapi i Fana og Ytrebygda bydel i Bergen. Hun er også nestleder i Faggruppe NOR (Nevrologi, Ortopedi og Revmatologi) i NFF.

Et foregangseksempel

Cathrine Haugland har jobbet ved sykehjemmet siden 2005. Tidligere hadde sykehjemmet en intermediær avdeling som fungerte svært godt, ifølge Haugland.

– Vi behandlet 400 pasienter årlig og mange av disse pasientene ble sendt hjem. Pasientene var på avdelingen i gjennomsnitt 14 dager, sier hun.

Avdelingen var godt bemannet med fysioterapeuter som arbeidet i tverrfaglige team hvor man hadde tid til å planlegge og iverksette behandling. Kommunen finansierte tilbudet opptil hva en vanlig sykehjemsplass kostet, og Helse Bergen finansierte det den spesialiserte bemanningen kostet.

– Det vi gjorde her ble kalt for Storetveit-modellen og var et foregangseksempel for andre, sier Haugland.

Etter at samhandlingsreformen ble innført, trakk Helse Bergen seg ut av samarbeidet og avdelingen ble lagt ned. Nå er den omgjort til en mottaksavdeling.

- Bestille toalettstol

– Pasienter kommer til avdelingen fordi kommunen ønsker å unngå bøter for ekstra liggetid ved sykehus, men det mangler innhold i tilbudet vårt ved avdelingen. Samhandlingen var mye bedre før samhandlingsreformen, sier Haugland.

Hun beskriver forskjellen mellom tilbudet pasientene fikk ved intermediæravdelingen og hvordan tilbudet er ved mottaksavdelingen i dag, på denne måten:

– Hvis en pasient kom hit til oss og for eksempel ikke kunne gå på toalettet selv,

drev vi målrettet funksjonstrening med fokus på forflytning og balanse for å selvstendiggjøre pasienten. I dag er fysioterapeutens rolle i stedet blitt å bestille en toalettstol som kan stå ved siden av pasientens seng når han kommer hjem, sier Haugland.

Samtidig som avdelingen fikk redusert antall ansatte, gikk antall sengeplasser opp fra 19 til 27. Haugland fortviler over at det ikke lenger er tid til å ha et innhold i behandlingen. På mottaksavdelingen får pasientene være maksimalt i én uke og avdelingen har i snitt hundre innleggelser per måned.

– Nå er det vondt å være på jobb, fordi vi må prioritere så hardt mellom pasienter. Før hadde vi mulighet til å kartlegge pasientene og kunne jobbe målrettet. Det har vi ikke tid til nå. Det går utover pasientene og yrkesstoltheten vår, sier Haugland.

Helsepolitiker Kjersti Toppe reagerer på det lave antallet fysioterapeuter.

- Skremmende få

– Det er skremmende få fysioterapeuter her og ved andre sykehjem. Det er en vekker for meg å høre fra fagfolk hvordan det er her, selv om min egen erfaring stemmer med dette.

Selv om Toppe og Senterpartiet var blant dem som jobbet frem og innførte samhandlingsreformen, ser hun nå at alt ikke fungerer etter intensjonen.

Toppe har tatt til orde for at ordningen med betalingsplikt, der kommunene må betale sykehusene for ekstra liggedøgn på sykehus, må avvikles.

– Vi ser at utviklingen går i feil retning og at pasienter skrives ut fra sykehus uten at det er et egnet tilbud til dem i kommunene. At pasienter først kommer til en mottaksavdeling og deretter fraktes videre til en annen avdeling, virker forvirrende og skaper mye usikkerhet både for pasienter og pårørende, sier Toppe.

Hun er bekymret over at fysioterapi og ergoterapi virker nedprioritert. Samtidig tror hun ikke at det finnes noen enkle løsninger.

– Vi må være tydelige i bestillingen til helseforetakene og få klarere definisjoner på hva som er en utskrivningsklar pasient. Så får vi se hvordan sykehusene praktiserer dette. Vi må også sikre kommuneøkonomien. Fra kommunene sin side handler ikke dette om vond vilje, men om økonomi. Senterpartiet mener øremerkede midler kan være en mulighet her, sier Toppe.

POLITIKK OG HELSE Fysioterapeut Rikke Sem-Olsen, enhetsleder Birgit Gran, forbundsleder Fred Hatlebrekke, fysioterapeut Cathrine Haugland, helsepolitiker Kjersti Toppe, regionleder Aslaug Terese Kleiveland, generalsekretær Arild Stange og fysioterapeut Ingjerd Opheim møttes ved Storetveit sykehjem.

Hun mener hele samfunnet vil tjene på om disse pasientene får en bedre helsetilstand.

– Hvis pasientene får lite fysioterapi vil det føre til en ond sirkel og gjøre at resten av eldreomsorgen blir ytterligere belastet, sier Toppe.

- Ingen kvalitetsreform

Leder i Norsk Fysioterapiforbund, Fred Hatlebrekke, mener det er mange gode intensjoner i samhandlingsreformen.

– Men det er ingen kvalitetsreform ennå. I intermediæravdelingen her jobbet man tverrfaglig. Så oppretter man en annen avdeling for å spare penger og unngå dagbøter. I dette tilfellet ser det ut som kvaliteten er forringet, og man får ikke tid til å teste pasientene slik man burde, sier Hatlebrekke.

Enhetsleder Birgit Gran er enig.

– Vi ser at samhandlingsreformen ikke er en kvalitetsreform for pasientene. Det er viktig at politikerne har fokus på hva som er en utskrivningsklar pasient, og at ikke pasienter blir kasteballer i et system. Slik det er nå, har samhandlingsreformen blitt et spill om penger. Det aller beste hadde vært om Bergen kommune både hadde hatt en mottaksavdeling og en behandlingsavdeling som tidligere, sier Gran.

Hun mener også at bemanningen innen fysioterapi er for lav.

– Vi trodde samhandlingsreformen skulle bety flere stillinger, men det har vi ikke fått. I stedet har det vært en reell nedgang i antall stillinger, sier Gran.

Etterlyser tiltak

Cathrine Haugland håper at man kan endre utviklingen og komme på rett kurs igjen, slik at pasientene får bedre hjelp. Hun etterlyser tiltak.

– Vi må ha mer ressurser og stille krav til innholdet i tjenestene vi leverer. Vi må bruke gode kartleggingsverktøy og jobbe mer planmessig enn det vi får mulighet til i dag. I dag oppleves avdelingen bare som et unødvendig mellomstopp. Vi må få mulighet til å lage en plan slik at et opphold her vil gagne pasienten, sier Haugland. ■

– Vi må slå ring rundt eldres rett til å komme på sykehus

Som en følge av samhandlingsreformen, er det meste av ansvaret for de eldre skjøvet over på kommunene. Så har de eldste blant oss fått et bedre helsetilbud?

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

NORGE er et av landene i Europa med færrest sykehussenger i forhold til folketallet. Og det reduseres stadig.

– Det er en merkelig forestilling hos politikere og helsebyråkrater om at desto færre senger et sykehus har, desto mer effektivt er det. Dette fører til at sykehusene forsøker å unngå innleggelser, og at de kutter liggetiden slik at pasienten kommer raskere ut igjen. Dette rammer først og fremst eldre mennesker, sier geriatriprofessor og overlege ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Torgeir Bruun Wyller, til Fysioterapeuten.

Fra 1. januar 2016 er alle kommuner pålagt å ha operative Kommunale akutte døgnplasser (KAD). Det er fastlege eller legevaktlege som avgjør om pasienten skal på KAD eller sykehus, og mer enn 200 kommuner har opprettet slike avdelinger allerede.

> Systemet fremmer en atferd hvor aktørene jobber for å få pasienten over på noen andres budsjett.

I de faglige retningslinjene fra Helsedirektoratet, heter det at KAD er egnet for pasienter med et akutt økt omsorgsbehov, hvor årsaken er kjent og ferdig utredet. Pasienter med et plutselig funksjonstap av ukjent årsak, egner seg ikke.

– De faglige retningslinjene for hvem som skal ligge på en KAD-avdeling, er gode. Men de vil hele tiden komme under press, fordi det er for få sykehussenger og trolig for mange KAD-senger, med tanke på hvor stor del av pasientene som har et så ukomplisert sykdomsbilde som beskrevet i retningslinjene, sier Bruun Wyller.

Trenger utredning

Han mener vi må innse at antallet medisinske sykehussenger nå er for lavt. Pasienter som har et geriatrisk problem må, ifølge Bruun Wyller, undersøkes i en geriatrisk enhet. Mange sykehus har ikke et slikt tilbud i det hele tatt, eller enheten er for liten. Han understreker viktigheten av at pasientene som skrives ut er best mulig behandlet og rehabilitert, og at kommunens pleiepersonell får mest mulig informasjon og hjelp til å planlegge det videre forløpet.

– Det er viktig at sykehuset og kommunen har et nært faglig fellesskap. Kanskje til og med felles opplæring, slik at personalgruppene har den samme kompetansebasen. Avdelingene i kommunene må først og fremst være godt nok bemannet og ha god nok kompetanse. Lege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut sikrer en grunnbehandling som er bra nok til å ta over disse pasientene, sier han.

Bruun Wyller hevder at eldre pasienter står i fare for å bli underdiagnostisert. Når gamle blir syke, er ofte det viktigste symptomet tap av funksjon og ferdigheter. Ofte blir de funnet på gulvet hjemme etter et fall, ute av stand til å gjøre rede for hva som har skjedd. De er hjelpeløse og trenger pleie. Men ifølge Bruun Wyller, har de et enda større behov for en diagnose. De trenger grundig utredning, nettopp fordi symptomene er så lite spesifikke. Mange lever med langsomt fremskridende demens, men vil raskt bli mer forvirret ved somatisk sykdom i tillegg. De funksjonene som ofte rammes hardest, er evnen til å stå oppreist og å tenke klart.

– Man har solgt inn en myte om at det er mange unødvendige innleggelser av eldre, og at de kan ivaretas på et lavere omsorgsnivå. Sannheten er at en stor del eldre pasienter vil ha nytte av å gjennomgå en grundig utredning. Sykehuset er bygget opp for raske diagnostiske avklaringer. Det er uheldig at kommunene forsøker å lage alternativer til innleggelse for eldre for å spare penger.

- Pasienten må ligge lenge nok

Når den eldre pasienten blir innlagt er liggetiden ofte for kort, noe som i mange tilfeller resulterer i reinnleggelse. Ifølge Bruun Wyller kan dette til en viss grad kompenseres hvis sykehuset gjør en god diagnostisk avklaring og legger en behandlings- og rehabiliteringsplan. Kommunen som tar over må på sin side ha gode opplegg for omfattende behandling i den første fasen, og et godt rehabiliteringstilbud der også fysioterapi står sentralt.

– Da får vi en kontinuerlig behandlingskjede der kommunene gis mulighet til oppfølging. Pasienten må likevel ligge lenge nok på sykehus til at de er stabilisert over et visst nivå, sier han.

Tilbudet til pleietrengende eldre etter sykehusopphold varierer mye. Noen kommuner har bygget opp en bedre rehabiliteringstjeneste etter samhandlingsreformen, andre ikke. Ifølge Bruun Wyller er også forståelsen av at tilbudet skal handle om rehabilitering og ikke bare pleie, forskjellig. Han sier at disse tjenestene ofte styres av mennesker som har bakgrunn i en passiv pleietradisjon, og det kan være vanskelig å endre fokus til aktiv rehabilitering. Derfor er en riktig sammensatt personalgruppe avgjørende.

– Sykepleiere med geriatrikompetanse er svært viktige. Men også fysioterapeuter og ergoterapeuter, som har et mer spesifikt ansvar med hensyn til å holde funksjons- og rehabiliteringsperspektivet oppe, spiller en stor rolle. En fysioterapeut kan gjøre enorm nytte for seg, selvfølgelig gjennom individuell behandling av pasienter, men også ved å drive opplæring slik at hele pleiestaben får et rehabiliterende fokus, sier Bruun Wyller.

FELLESSKAP – Sykehus og kommune bør ha et nært faglig fellesskap. Kanskje også felles opplæring, slik at personalgruppene har den samme kompetansebasen, sier geriatriprofessor Torgeir Bruun Wyller.

Nedlagt suksess

En såkalt «intermediærenhet i sykehjem» ble for noen år siden prøvd ut på Abildsø sykehjem i et samarbeid mellom Ullevål Universitetssykehus og Oslo kommune. Enheten var bygget opp nesten tilsvarende en sykehusavdeling for å kunne overta pasienter fra sykehuset på et tidligere stadium.

– Vi var inne i avdelingen ved Abildsø med veiledning og ekstra bemanning. Sammen fikk vi det beste ut av både sykehusets og kommunens kompetanse. Vi hadde tett faglig dialog, også med hensyn til hvilke pasienter som egnet seg til tidlig overflytting. Tilsvarende enhet ble prøvd ut i Trondheim, også der med stor suksess. Dessverre har disse avdelingene blitt lagt ned til fordel for KAD-avdelinger, hvor tanken er at pasienten ikke skal komme på sykehus i det hele tatt, sier Bruun Wyller.

Han mener at det enkle og ubyråkratiske systemet var noe av grunnen til at intermediæravdelingen i Oslo ble nedlagt.

– Overføringen av pasienter skjedde ofte ved direkte kontakt mellom sykehuset og ansvarlig sykepleier på enheten, og ikke via bestillerkontorene i bydelene. Dette var veldig god ordning, men det utfordret den byråkratiske maktstrukturen i kommunen.

Bruun Wyller sier at de stadig ser triste eksempler på hvordan ansvaret kastes mellom sykehus, bestillerkontor og kommunen.

– Systemet fremmer en atferd hvor aktørene jobber for å få pasienten over på noen andres budsjett. Hvordan det faktisk går med pasientene, virker i mange tilfeller å være underordnet, sier han.

Kritisk til betalingsplikt

Kommunene må etter samhandlingsreformen betale dagbøter for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus. Bruun Wyller er kritisk til denne betalingsplikten.

– Det er vanskelig å få til et godt samarbeid under trusler om mulkt. Det er bedre å legge til rette for et forpliktende samarbeid hvor man forventer at aktørene ikke forholder seg strategisk, men samarbeider til pasientens beste. Utskrivningsklar er et tøyelig begrep. I tider hvor sykehusets ressurser er veldig presset, vil man være tilbøyelig til å kalle pasienten utskrivningsklar for tidlig. Betalingsplikten fører også til mer administrasjon, ressurser som kunne vært brukt på at sykehus og kommune ble enige om en konstruktiv plan, sier Bruun Wyller.

Han mener man også må diskutere om sykehus og sykehjem fortsatt skal være på hvert sitt forvaltningsnivå. Slik ordningen er i dag, med statlige sykehus og kommunale sykehjem, prøver man å overføre mest mulig av ansvaret for de eldre over på kommunene, i den tro at dette skal bli billigere.

– Det er jeg slett ikke sikker på at stemmer. De eldre taper behandlingsmuligheter som kunne vært nyttige, både for overlevelse og funksjon. På lengre sikt vil kommunen får større utgifter til pleie og omsorg.

Bruun Wyller mener at vi med dagens ordning er på vei mot en mer klassedelt helsetjeneste innen eldreomsorgen.

– De neste generasjonene som blir gamle, er vant til å stille krav. Folk vil ikke la seg nekte å kjøpe private alternativer. De som ikke har penger eller kontakter i systemet, vil bli de skadelidende. Vi har ennå ikke sett bølgen av etterspørsel på private helsetjenester av denne typen. Det kommer til å bli dyrt, fordi det er omfattende og personalkrevende å pleie eldre. Men det tror jeg en god del mennesker vil være villig til å betale for. ■

En hel dag med fysioterapi i Eidsvoll

Fysioterapitjenesten i Eidsvoll kommune sto i fokus hele tirsdag 1. september. Da var Tone W. Trøen (H), medlem av Helse- og omsorgskomiteen i Stortinget, på besøk, sammen med ledelsen i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF).

TEKST Dagrun Lindvåg
dl@fysio.no

FYSIOTERAPI PÅ DAGSORDEN F.v.: Fysioterapeutene Terje Røsrud og Dorte Lykkegaard, stortingsrepresentant Tone W. Trøen, NFF-leder Fred Hatlebrekke og ordførerkandidat Wenche Hoel Ulvin. Foto: Jan Arne Sandholtbråten, Eidsvoll Ullensaker Blad

NFF var representert ved forbundsleder Fred Hatlebrekke og leder i Region Osloområdet, Karianne Bruun Haugen, som hadde tatt initiativet til «fysioterapidagen».

– Vi hadde et møte på Stortinget i fjor høst om skolehelsetjenesten, der Tone W. Trøen var med. Det var så vellykket at vi fant ut at vi måtte få vist fram hva fysioterapeutene kan gjøre i denne tjenesten. Det er mye som skjer, og mange tjenester flyttes ut i kommunene. Da er det viktig at de som styrer og bestemmer vet hvor skoen trykker, sa regionlederen til Eidsvoll Ullensaker Blad.

Fred Hatlebrekke ønsker øremerkede midler fra staten til helsestasjonene og skolehelsetjenesten, men Tone Trøen er ikke enig.

– Det blir for lang avstand hvis alt skal bestemmes av Stortinget. Det er lokalpolitikerne som kjenner behovene i kommunen, og det er et lokalpolitisk ansvar å prioritere, uttalte Trøen til lokalavisen.

I løpet av dagen var det flere møter og besøk, blant annet ved Frisklivssentralen, Råholt Bad, Råholt Fysioterapi, Vilberg kompetansesenter og i lokalene til de kommunale fysioterapeutene. ■

Les mer: www.ueb.no

Kan gjøre utrente mer smidige

Utrente personer kan forbedre smidigheten med opptil 94 prosent hvis de begynner å spille fotball, ifølge en ny serbisk studie.

FORBEDRINGEN gjaldt både kondisjon, fettprosent, styrke og smidighet, skriver videnskab.dk i en artikkel om studien. Det var 64 deltakere i studien, og ingen av dem trente regelmessig. De ble inndelt i tre grupper: Den ene skulle spille fotball i én time tre ganger i uken på små baner; den andre skulle løpe lange turer av én times varighet tre ganger i uken. Og den siste gruppen skulle ikke gjøre noe.

Hovedforfatter er Zoran Milanović. Peter Krustrup, professor ved institutt for idrett og ernæring, Københavns Universitet, er en av medforfatterne.

– Dette bekrefter at både løping og fotballtrening er effektive metoder for å slanke seg og forbedre oksygenopptaket. Men fotball har også en rekke positive effekter på muskelfunksjonen. Vi så markante forbedringer på både hopphøyde og smidighet i lår og korsrygg hos fotballgruppen, og ingen endringer for de andre gruppene, sier Krustrup til videnskab.dk.

Peter Magnusson, professor ved institutt for klinisk medisin ved Københavns Universitet, deltok ikke i prosjektet. Han mener det kan være vanskelig å avgjøre hvilken del av treningen som gir effekt. Både løpegruppen og fotballgruppen tøyde nemlig ut etter treningen, men fotballspillerne har strukket ut mer – blant annet i pausene. Magnusson utelukker likevel ikke at bevegelsene i fotball er med på å øke smidigheten. ■

Energimangel gjør eliten beinskjør

Idrettsutøvere og elitemosjonister som får i seg for lite energi, risikerer problemer som beinskjørhet, menstruasjonsforstyrrelser og lavere treningseffekt, ifølge forskere ved Health Sciences Lab i Lund.

Det svenske tidsskriftet Fysioterapi viser til den økende trenden med å trene hardt og ønsket om å holde lav vekt.

– Hvis man trener mye, bør man ikke være så restriktiv med maten. Man kan tillate seg noen raske karbohydrater, sier Åsa Tornberg, forsker og leder for Health Sciences Lab.

For tre år siden publiserte Tornberg og Anna Melin, forsker innen idrettsernæring, en studie av kvinnelige eliteidrettsutøvere innen maraton, orientering og triatlon. Resultatene viste at halvparten av deltakerne spiste så lite at de risikerte alvorlige skader, skriver Fysioterapi.

Fortsetter å trene etter hjerteflimmer

To av tre ski-birkebeinere fortsetter med regelmessig utholdenhetstrening etter at de har fått hjerteflimmer, ifølge en ny studie fra Diakonhjemmet sykehus og Folkehelseinstituttet.

I TILLEGG viser resultatene at flere bør vurderes for blodfortynnende behandling, skriver fhi.no.

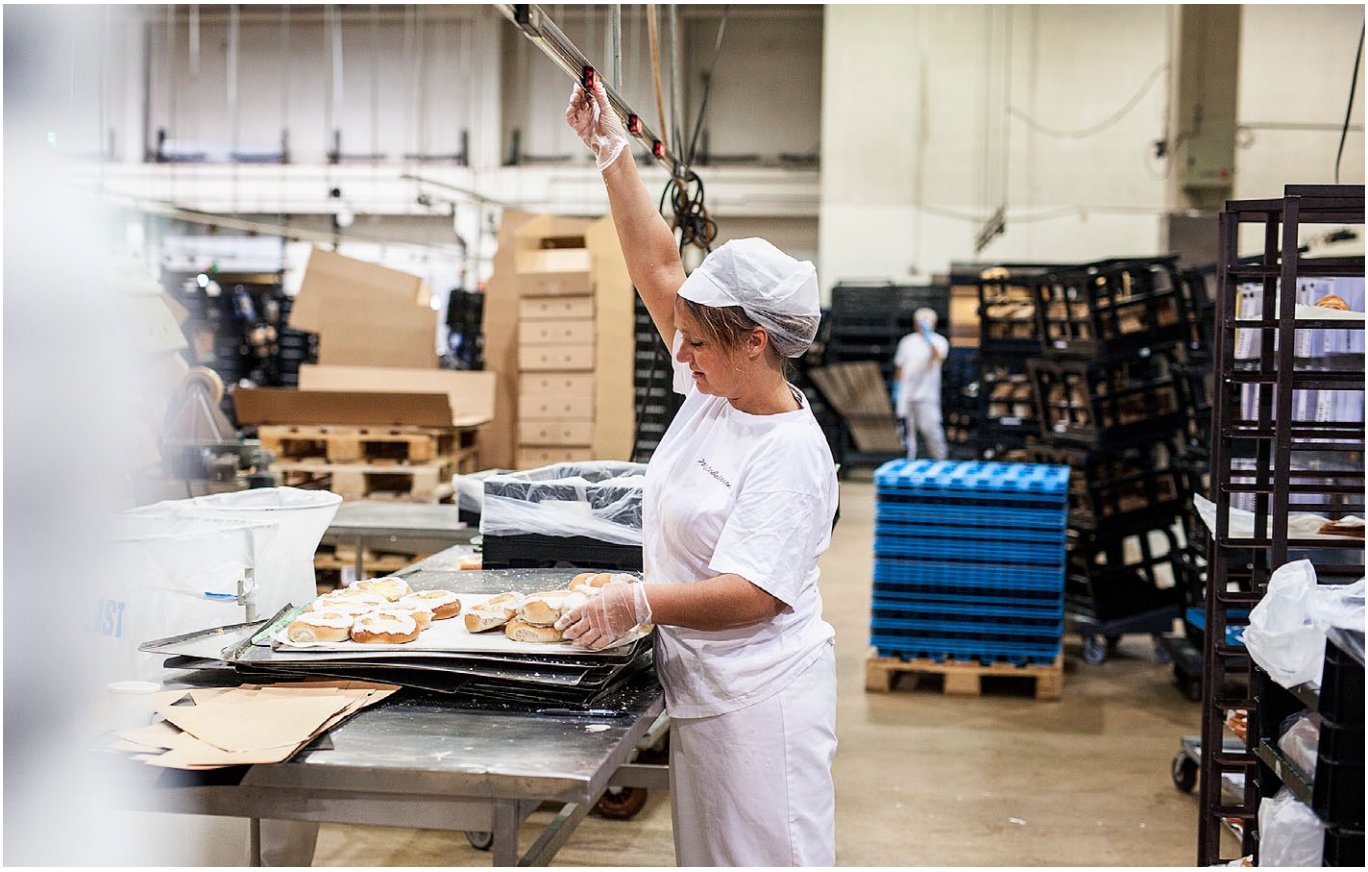
Studien ble nylig publisert i tidsskriftet Clinical Research in Cardiology.

Fysisk aktivitetsnivå, symptomer, medisinbruk og selvopplevd helse ble undersøkt blant birkebeinere og i et utvalg med atrieflimmer i den generelle befolkningen.

Resultater:

- Forekomsten av selvrapportert atrieflimmer var 12 prosent.
- Blant 140 birkebeinerløpere der diagnosen var bekreftet ved hjelp av sykehusjournal, hadde mer enn halvparten opplevd hjertebank i løpet av det siste året.
- En av tre rapporterte redusert fysisk yteevne relatert til sin hjertesykdom.
- Atrieflimmer var forbundet med dårlig selvopplevd helse, men likevel var ni av ti birkebeinere med atrieflimmer fortsatt regelmessig fysisk aktive.
- Selv om en tredjedel av birkebeinerne med atrieflimmer hadde sluttet å delta i rennet på grunn av rytmeforstyrrelsen, oppga hele 64 prosent at de fortsatt praktiserte regelmessig utholdenhetstrening minst tre ganger i uken.

I alt 4.952 norske menn og kvinner i alderen 53-85 år deltok i undersøkelsen, 2.326 av dem hadde tidligere deltatt i Birkebeinerrennet på ski, opplyser Folkehelseinstituttet.



PAKKER BOLLER Henriette Storebø gjør klar bestillinger som skal ut til butikkene. For hver bestilling som er pakket, må hun trykke på en av knappene som er høyt over bordet. Bedriftsfysioterapeut Ingrid Nødtvedt anbefaler fjernkontroll i stedet, om det er mulig å få til.

Får ned sykefravær ved å tenke forebygging

Mesterbakeren i Bergen ønsker å forebygge belastningsskader hos sine ansatte. Derfor har de inngått samarbeid med fysioterapeut.

TEKST Kristine Askvik
FOTO Ingvild Festervoll Melien
fysioterapeuten@fysio.no

FRA BAKERIET på Kokstad like ved Flesland lager de 30.000 brød og 40.000 småvarer hver dag. De 120 ansatte har fysisk krevende jobber, med mye repetisjon. Flesteparten er på jobb om natten, for å sørge for at ferske bakervarer er på plass i butikkene på morgenkvisten.

Bedriften hadde i utgangspunktet et lavt sykefravær til en slik bedrift å være. Etter at Mesterbakeren begynte å samarbeide med fysioterapeuter og andre i bedriftshelsetjenesten Stamina Helse, har sykefraværet gått ytterligere ned. Det ligger nå på litt over fire prosent.

– Vi er veldig fornøyd med at sykefraværet har gått ned etter vi startet samarbeidet, sier konsulent Vibeke Saue hos Mesterbakeren.

Hovedårsaken til at de ønsket å samarbeide med fysioterapeut var å forebygge skader.

Ensformig arbeid

– Arbeidet her er veldig ensformig og vi vet at det kan resultere i sykefravær på lang sikt, og da gjerne langtidssykefravær. Det er noe vi ikke ønsker. Vi ønsker at de ansatte skal ha det bra og trives på jobb. Derfor har vi valgt å sette i gang tiltak, sier Saue.

Forebygging

■ Les også Inger Helene Guddings kronikk på side 28. Hun ønsker mer fokus på forebygging av muskel- og skjelettplager ute i bedriftene.

Inne i fabrikklokalene foregår det pakking av småvarer på formiddagen. Ved et samlebånd kommer det rundstykker. Ved et annet samlebånd kommer det fortløpende avkappede deigstrimler, klare til å formes til ostehorn.

Espen Erenstsen står med en skrape og får ut restene av deigen som skal bli til dansk rugbrød. Han må jobbe med armen høyt over hodet.

– Det er tungt, men det går greit. Kneip og loff-deigen slipper lett, men denne deigen er så klissete. Vi bytter på oppgaver og gjør ikke det samme hele tiden, så da går det fint, sier Erenstsen.

– Å variere mellom ulike arbeidsoppgaver er veldig viktig når det er så mye ensformig arbeid som her, sier bedriftsfysioterapeut Ingrid Nødtvedt i StaminaHelse.

Hun har kartlagt hva som bør gjøres for at de ansatte her skal ha en arbeidshverdag som er minst mulig belastende for helsen.

Eksperter på hvert sitt felt

– Bedriften er eksperter på arbeidet her, mens vi er eksperter på kroppen. Tiltakene har vi laget i samarbeid. Mye handler også om å informere de ansatte om hvorfor tiltak innføres og hva de selv kan gjøre, sier Nødtvedt.

Enkle tiltak som er blitt iverksatt er blant annet gummimatter som de ansatte kan stå på. Nødtvedt har også rådet ansatte til å stå på kasser eller lignende for å få en mer riktig arbeidshøyde og unngå unødvendig belastning for skuldrene.

Jesus Rayabb setter sammen deigstrimler til ostehorn. Han må stå på tå hev. Her er det ikke tid til en pause. Han beveger seg innenfor en radius på en til to meter når han utfører denne jobben. Dette er et av stedene hvor Nødtvedt anbefaler at de ansatte står på en gummimatte.

– Akkurat i dag står jeg ikke på den, men jeg bruker å stå på den når jeg kjenner at jeg får vondt i knærne. Da hjelper det, sier Rayabb.

Eget treningsrom

De siste fire-fem årene har Mesterbakeren hatt et eget treningsrom tilgjengelig for ansatte. De siste to årene har bedriften også hatt en avtale med en kiropraktor, hvor de som har størst utfordringer med helsen sin får hjelp. Kiropraktoren kommer en dag annenhver uke.

Men bedriften ønsker fortsatt å forbedre seg når det gjelder tilrettelegging for en best mulig helse-god arbeidshverdag.

– Vi ønsker å bli enda bedre på rullering ved de ulike stasjonene. Vi ønsker også å gi mer informasjon til de ansatte, sier Saue.

Høyt tempo og støy

Nødtvedt peker på at hovedutfordringene er at det er høyt tempo, ensidig arbeid, støy og at de ansatte kanskje ikke er bevisst på å tenke konsekvenser for egen helse.

OSTEHORN Jesus Rayabb snur seg frem og tilbake når han skal hente nye deigremser. Han har fått en gummimatte å stå på om han ønsker, men i dag står han rett på betonggulvet.

SAMARBEIDER Bedriftsfysioterapeut Ingrid Nødtvedt (til venstre) er ekspert på kroppen, mens konsulent Vibeke Saue er ekspert på arbeidet som utføres hos Mesterbakeren.

– Rullebåndet ruller. Man kan ikke stoppe det. Det blir desto viktigere å planlegge arbeidsoppgavene og tilretteleggingen. Som arbeidstaker har man også et ansvar for å tenke på sin egen helse på jobb, sier Nødtvedt.

Hun viser til at de oppfordrer ansatte og ledelse til å tenke helse i et helhetsperspektiv. At jobben påvirker fritid og nattesøvn. Hos Mesterbakeren har Nødtvedt jobbet med helsefremmende og forebyggende arbeid, og ikke brannslukking.

– Vi prøver hele tiden å jobbe forebyggende, og det er det jeg synes er ekstra kjekt som bedriftsfysioterapeut. Det at man faktisk kan forebygge skader, og ikke bare ser de som allerede har fått skader, sier Nødtvedt.

- Veldig nyttig

Saue vil anbefale andre bedrifter å samarbeide med bedriftsfysioterapeuter.

– Å få noen til å komme inn med åpne øyne og se det som gjøres i bedriften utenfra, er veldig nyttig. Gjennom å tilrettelegge bedre får man både bedre økonomisk vinning og ikke minst er det bra for de ansatte. Det å ta vare på de ansatte er veldig viktig. ■

– Må ha sterkere fokus på primærforebygging i bedriftene

– Det var skuffende lite fokus på forebygging, sammenlignet med reparering, under WCPT-kongressen i Singapore, sier Inger Helene Gudding ved Stami.

TEKST Kristine Askvik
fysioterapeuten@fysio.no

SENIORRÅDGIVEREN ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) etterlyser også et større fokus på forebygging av muskel- og skjelettplager ute i bedriftene. Disse og andre synspunkter kommer fram i en kronikk i dette nummeret av Fysioterapeuten; Bedriftsfysioterapi: Unik mulighet til primærforebygging av muskel- og skjelettplager.

Når det gjelder verdenskongressen for fysioterapeuter i Singapore i vår, er hun skuffet over at programmet hadde så lite å by på innen forebygging.

– Kanskje er det slik, at i et miljø hvor man er opptatt av behandling, så glemmer man å gjøre noe med det som bidrar til at man trenger behandling, eller ulike smertereduserende tiltak på arbeidsplassen, sier Gudding.

Løfte frem risikofaktorer

Hun ønsker at risikofaktorer som bidrar til arbeidsrelaterte muskel– og skjelettplager blir løftet frem, slik at det blir et sterkere fokus på primærforebygging ute i bedriftene.

MER FOREBYGGING
Inger Helene Gudding i Stami ønsker mer fokus på forebygging ute på arbeidsplasser.

Gudding viser til at rundt 380.000 personer oppgir at de har vært ganske eller svært plaget av arbeidsrelaterte smerter i løpet av en måned. Tallene er hentet fra Faktabok om arbeidsmiljø og helse, som er utgitt av Stami.

- Ønsker å forebygge

Faggruppen for ergonomi i NFF ønsker mer samarbeid mellom bedriftsfysioterapeuter og fysioterapeuter i klinikk. Flertallet av faggruppens 300 medlemmer jobber som bedriftsfysioterapeuter og med HMS i bedrifter.

– Jeg har inntrykk av at det er et stort ønske ute i bedriftene om å kunne jobbe forebyggende. Der det er bedriftsfysioterapeuter tilgjengelig, kartlegger de og lager risikovurderinger for å få fram tiltak som virker forebyggende, sier leder for faggruppen, Tove Michalsen.

Mer samarbeid

De aller fleste fysioterapeuter i Norge jobber mest med undersøkelse og behandling, mens bedriftsfysioterapeuter jobber mye med forebygging. Michalsen mener det vil være positivt med et bedre samarbeid mellom fysioterapeuter i klinikk og bedriftsfysioterapeuter.

– Vi møter ofte de samme personene. Om vi samarbeider mer kan vi forebygge flere plager, sier Michalsen.

Målet for bedriftsfysioterapeutene er å komme inn så tidlig som mulig, før muskel- og skjelettplager har fått utvikle seg hos de ansatte.

Det skjer endringer

Tove Michalsen opplyser at fagseminarer arrangert av Faggruppen for ergonomi også er åpne for medlemmer i andre faggrupper. Hun håper at det fremover vil bli større fokus på forebygging – på tvers av de ulike områdene fysioterapeuter jobber med.

– Det skjer endringer hele tiden. Nå er det mye fokus på friskliv, fysisk aktivitet og det å være i stand til å takle utfordringer på jobb. Å hjelpe folk best mulig til å oppnå dette, er et felles mål for alle fysioterapeuter, sier Michalsen.

Les kronikken på side 28.

3-DELT CLASSIC BEHANDLINGSBENK

Med sin klassiske utforming, sentrallåsbare hjul og solide rammeverk er behandlingsbenken fra Steens Physical stabil og enkel å forflytte. Benken kan tilpasses en hvilken som helst terapeutisk behandling og kan leveres med elektrisk hev/senk, drenasjefunksjon og armstøtte.

Veiledende pris kr. 15.940,- eks. mva.
Leveres direkte fra produsent

Steens Physical®

www.steens-physical.no - tlf. 62 33 00 00

Mål: 10 % flere medlemmer i NFF

For NFFs nye generalsekretær har medlemmene førsteprioritet. Det betyr å ta godt vare på de som allerede er medlemmer, og å rekruttere mange nye.

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

- JEG ØNSKER å utvikle NFF til et enda mer synlig og tydelig forbund, slik at flere fysioterapeuter vil velge å bli medlemmer hos oss, sier Arild Stange, generalsekretær i Norsk Fysioterapeutforbund fra 1. juni.

– Det viktigste er å gjøre et godt arbeid for medlemmene, noe sekretariatet i NFF allerede gjør. I tillegg ønsker jeg å utvikle tilbudet når det gjelder medlemsgoder, med særlig vekt på forsikringsordninger. Jeg tar også sikte på å øke bemanningen med en stilling for markedsføring, profilering og medlemsverving. Det er spesielt viktig å jobbe aktivt blant studentene, sier Stange.

– *Har du et helt konkret mål for medlemsveksten?*

– Målet er en økning på ti prosent. Det vil si 11.111 medlemmer – beregnet ut fra antallet medlemmer per i dag. Det vil kreve mye av NFF som organisasjon, men jeg håper vi kan nå målet i løpet av to-tre år. NFFs sekretariat har mange dyktige medarbeidere, og vi har et godt samarbeid med de fem regionlederne. Jeg håper vi kan skape så mye entusiasme at vi når målet.

– *Hvorfor er dette så viktig?*

– Flere medlemmer gir økt økonomisk handlefrihet, noe som igjen betyr at vi kan følge opp det enkelte medlem på en bedre måte. Det er også viktig for å fremme faget fysioterapi. Jeg tror at fysioterapeutene trenger et sterkt NFF.

Arild Stange har de siste tre årene kommer vært HR-rådgiver ved Ahus. I løpet av sine 30 år i Forsvaret, var han også stabssjef i Befalets Fellesorganisasjon, en stilling tilsvarende generalsekretær i NFF.

– Administrative lederjobber av denne typen har en stor bredde i oppgaver og utfordringer, og jeg har faktisk savnet det. I jobben ved Ahus har jeg fått et godt innblikk i helsetjenesten, og det har gitt mersmak. Fysioterapi er et er et spennende område som favner mye. En stor del av befolkningen er potensielle brukere av fysioterapitjenester. Derfor blir det egne publikumssider på forbundets nye nettsider, sier Arild Stange. ■

Arild Stange (53)

- Ny generalsekretær i NFF.
- Fra Ramnes i Vestfold.
- HR-rådgiver ved Ahus siste tre år.
- 30 år i Forsvaret.

GENERALSEKRETÆR Arild Stange, generalsekretær i NFF fra 1. juni i år.

Hvilepulsen synker i Tromsø

I LØPET AV to tiår har hvilepulsen falt med ti slag i minuttet, viser tall fra Tromsøundersøkelsen.

Studien baserer seg på Tromsøundersøkelsens tallmateriale fra 1986 til 2007. I denne perioden har hvilepulsen for menn sunket fra 73,4 til 64,7 slag i minuttet, og for kvinner 78,3 til 66,4 slag i minuttet.

– Dette er trolig godt nytt, mener forsker Ekaterina Sharashova ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT.

– Vanligvis er det slik at jo lavere hvilepuls du har – jo sunnere er du. Fysisk aktive mennesker har en tendens til å ha lavere hvilepuls, mens røykere har en høyere hvilepuls. Dermed er nedgangen mest sannsynligvis et godt tegn. Det viser at folk blir sunnere, sier hun.

Likevel kan hun ikke peke på konkrete årsaker til nedgangen.

– Bare en femtedel av nedgangen kan forklares med bedre helse som lavere blodtrykk, røykeslutt, økt fysisk aktivitet, mindre dårlig kolesterol og reduksjon av triglyserider i blodet. I tillegg kan lav hvilepuls være et symptom på kardiovaskulær sykdom.

– For å være helt sikre, må vi analysere sammenhenger mellom ulike hvilepulsnivåer og risikoen for flere sykdommer.

Tromsøundersøkelsen er en folkehelseundersøkelse som startet i 1974. Mer enn 40 000 personer har deltatt i en eller flere av de seks undersøkelsene som er gjennomført. Den store oppslutningen har sikret kvaliteten på helseundersøkelsen og de vitenskapelige resultatene. ■

Spesialavtale på strøm

til deg som er medlem av
Norsk Fysioterapeutforbund

Les mer og bestill avtalen Topp 5 Garanti på
fjordkraft.no/nff eller ring 06100 (8-20).

Fjordkraft
Mer for pengene

Lavere blodtrykk i Tromsø

■ Her er en gladnyhet til alle tromsøværinger, skriver uit.no: Til tross for at vi blir tjukkere, kryper blodtrykket vårt stadig nedover!

– Gjennomsnittlig blodtrykk i en befolkning er en viktig indikator på folkehelsen, forteller forsker Sidsel Graff-Iversen ved Folkehelseinstituttet (FHI), så dette er gode nyheter.

Ifølge Nasjonalforeningen for folkehelsen er røyking, overvekt og lite fysisk aktivitet noen av risikofaktorene for å utvikle disse sykdommene. Tradisjonelt sett har vi også regnet høyt blodtrykk for å være en av årsakene.

Nordmenn blir stadig mer overvektige, så da skulle man kanskje tro at blodtrykket vårt også ble høyere. Men Tromsøundersøkelsen viser altså det motsatte, ifølge uit.no.

God effekt på leddgikt

■ Ti uker med to harde økter i uka på spinningsykkel, ga leddgiktpasienter mindre betennelse i kroppen, skriver gemini.no.

Det er revmatologisk avdeling ved St. Olavs hospital og NTNUsom er i gang med å teste treningsøkter med høy intensitet for ulike pasientgrupper. Pilotstudien, som kun inkluderte kvinner, hadde deltakere fra 20-49 år.

Deltakerne varmet opp i ti minutter med en puls på ca. 70 % av makspuls. Deretter fulgte fire runder med høy intensitet, 85-95 % av makspuls i fire minutter. Pausen var på tre minutter mellom hver runde (ca.70 % av makspuls) Treningsøkta varte i ca. 35 minutter.

Etter 10 uker fant forsker Anja Bye ingen forverring av smerter eller sykdomsaktivitet hos deltakerne. Det var derimot en tendens til mindre betennelse i kroppen, målt med markøren CRP.

Psykomotorikere, journaler og epikriser

Fysioterapeuter får kritikk for manglende skriving av journaler og epikriser. Men psykomotorikerne gjør tilsynelatende en bedre jobb på dette området.

- Mitt inntrykk er at psykomotorikere skriver oftere og mer detaljerte notater enn fysioterapeuter uten denne spesialistutdanningen, sa Marte Kvittum Tangen i Fysioterapeuten nr. 7/2015. Hun er fastlege på Tynset og medlem av Statens Helsepersonellnemnd.

I Fysioterapeuten i nr. 4/2015 uttalte overlege Helge Hartmann ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset Levanger, at han altfor sjelden får epikriser fra fysioterapeuter. Unntaket var spesialister i psykomotorisk fysioterapi.

Hva er årsaken til forskjellene? Fysioterapeuten har forsøkt å finne svar.

– Må gjøre rede for sin faglige tenkning

– At psykomotorikere skriver epikriser til samarbeidspartnere er ingen overraskelse. Jeg oppfatter det som regelen, heller enn unntaket.

TEKST Dagrun Lindvåg
dl@fysio.no

DET SKRIVER førstelektor Anne Gretland i en redegjørelse til Fysioterapeuten om hvorfor psykomotorikere – tilsynelatende – er bedre til å skrive epikriser og journaler enn andre fysioterapeuter. Gretland er fagansvarlig for masterstudiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved UiT Norges arktiske universitet.

Legen og fysioterapeuten

Årsaken er, ifølge Gretland, den sterke vektleggingen i norsk psykomotorisk fysioterapi (PMF) av samarbeidet mellom lege og fysioterapeut.

– I denne fagtradisjonen ses dette samarbeidet som en forutsetning for trygg og effektiv behandling for pasienter med det vi nå kaller muskel-skjellett-lidelser, sammensatte lidelser, belastningslidelser og lettere psykiske lidelser som angst og depresjon.

Anne Gretland viser til at PMF ble utviklet med bakgrunn i et klinisk samarbeid mellom fysioterapeut Aadel-Bülow-Hansen, psykiater Trygve Braatøy og allmennpraktiker Thoralf Hødal fra begynnelsen av 1950-årene. Bülow-Hansen mente blant annet at psykomotorikere ikke skulle gå i gang med behandling uten kontakt med lege.

Somatiske reaksjoner

Mange pasienter får somatiske reaksjoner og symptomer i løpet av en behandlingsprosess i PMF, og det ble ansett som uhyre viktig for behandlingsforløpet at pasientens reaksjoner raskt kunne vurderes av en medisinsk kompetent lege. I motsatt fall ville pasienten, ifølge Bülow-Hansen, trekke seg tilbake i sine gamle spennings- og reaksjonsmønstre, og «det kunne ta evigheter før det begynte å slippe igjen».

– Tilsvarende har det alltid vært viktig for psykomotorikere å redegjøre for sin faglige tenkning, sine undersøkelser og vurderinger. Dette må vel ses i lys av at det var legen som henviste pasientene til psykomotorikere, og samtidig var medisinsk ansvarlig for behandlingen. God informasjonsutveksling må ha vært i begge parters interesse, skriver Anne Gretland.

Tyngre pasienter

Hun påpeker at psykomotorikere i dag også ofte får pasienter med tyngre problematikk, både med hensyn til traumatiske livshistorier og psykiske lidelser. Det krever ofte samarbeid med flere faggrupper. Dagens helsevesen er dessuten atskillig mer komplisert enn person-triangelet «legen-pasienten-psykomotorikeren»:

Samarbeidspartneren i dag er like gjerne BUP, DPS eller NAV som legen. Pasientens

VIKTIG – Det legges stor vekt på samarbeidet med legene i psykomotorisk fysioterapi, sier Anne Gretland, UiT. Foto: UiT

›››

– Må lære å uttrykke seg presist

– Psykomotoriske fysioterapeuter bør kunne gi en faglig vurdering som ledd i en større utredning. Da må studentene lære å uttrykke seg presist og faglig godt fundert.

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

DET UNDERSTREKER høgskolelektor Elisabeth Møyner ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Førstelektor Kirsten Ekerholt og Elisabeth Møyner er faglig ansvarlig for enheten Fysioterapi i psykisk helsearbeid ved bachelorutdanningen i fysioterapi, og for Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (PMF) ved HiOA. Begge er spesialister i psykomotorisk fysioterapi.

I fokus fra start

Ekerholt opplyser i en e-post til Fysioterapeuten at PMF-studentene får innføring i å skrive journal allerede i første semester. Og til eksamen i første semester er oppgaven å redegjøre for en pasientundersøkelse presentert som journal med faglig vurdering. Det samme gjelder oppgaven ved avsluttende klinikkeksamen i tredje semester. Både undersøkelse og behandlingsforløp skal beskrives. Gjennom hele veiledningsprosessen (72 timer) legger veilederne vekt på at alle studentene skal bidra med skriftlig materiale til samlingene.

- Tidsaspektet er viktig

Når det gjelder hvorfor psykomotorikere ser ut til å bruke mer tid på journaler og epikriser, peker Elisabeth Møyner på at pasientene ofte går til behandling over lengre tid enn i vanlig fysioterapi.

– Som behandler har i hvert fall jeg tenkt at jeg må gi en tilbakemelding til henvisende lege etter en viss tid og/eller ved avslutning av behandlingen. Vi ser pasientene ukentlig over tid, og setter av god tid hver gang. Det kommer ofte mer frem av pasientens livshistorie, viktige hendelser eller problemer (hos pasienter) i psykomotorisk fysioterapi enn hos legene. Tidsaspektet i hver konsultasjon er viktig. Det betyr at det kan være viktige prosesser som settes i gang, og som kan være av betydning for pasientens liv, aktuelle plager og eventuelt arbeidsevne. Slike forhold kan det være viktig å formidle videre i en faglig sammenheng. Ut fra praksiserfaring har jeg også vært opptatt av at psykomotorikere bør kunne gi en faglig vurdering som et ledd i et større utredningsarbeid i samarbeid med fastleger og NAV. Da må studentene lære å uttrykke seg presist og faglig godt fundert, understreker Elisabeth Møyner. ■

TIDSASPEKTET – Pasientene går ofte til behandling over lengre tid enn i vanlig fysioterapi, sier høgskolelektor Elisabeth Møyner ved HiOA.

››› plager er fortsatt omdreiningspunktet i psykomotorikernes praksis, men samarbeid med andre omfatter nå også bidrag til flerfaglige behandlingstilbud der skriftlig kommunikasjon er blitt viktigere.

- En varig utfordring

Anne Gretland mener også at selv om mye er forandret de senere år når det gjelder ansvars- og arbeidsfordeling og samarbeidsformer i helsevesenet, har psykomotorikere tilsynelatende en varig utfordring: Andre faggruppers forståelse av psykomotorikeres arbeid er fortsatt langt på vei avgjørende for hvordan de blir brukt.

– I den erkjennelsen ligger antakelig også noe av motivasjonen for at psykomotorikere skriver til samarbeidspartnere. De må ikke bare formidle informasjon og vurderinger om pasienten, men også stadig skape forståelse for tradisjonens faglige tenkning blant nye samarbeidspartnere som i utgangspunktet tenker annerledes, skriver hun.

Ved UiT blir det ifølge Gretland lagt stadig mer vekt på skrivetrening i ulike formater, som journaler, epikriser, rapporter, gitte oppgaver om faglige tema og masteroppgaven. Studentene skoleres også til å ivareta rollen som primærkontakt for pasienter. Trygdefaglige emner inngår i studiet på samme måte som for leger, kiropraktorer, og manuellterapeuter. ■

Pasienter med langvarige og sammensatte plager

Faggruppeleder Gro Marit Hellesø peker på pasientene som en mulig forklaring på hvorfor psykomotorikere legger større vekt å skrive journaler og epikriser.

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

- MANGE av dem har langvarige eller sammensatte plager. Pasientene har flere lidelser samtidig, både psykiske og fysiske, og årsakene er ofte sammensatte. Plager som hodepine, muskelsmerter, ryggplager, angst og depresjon kan være en del av det samlede bildet. Funksjon og spenningsmønster danner utgangspunkt for vurdering og behandling av pasienten.

Det skriver leder i NFFs faggruppe for psykomotorisk fysioterapi, Gro Marit Hellesø, i en e-post til Fysioterapeuten.

Hun mener at fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse har en kunnskap om pasienten som andre ikke har, og som det er viktig å få fram.

Se sammenhenger

– Epikrisen kan formidle denne måten å forstå pasienten på, sammenhenger, problemstillinger og perspektiver framover. Det å se sammenhenger mellom livssituasjon, tidligere opplevelser og muskel-skjelettplager, står sentralt. Mange pasienter har også erfaring med at terapi er noe de må holde ut og tåle, og de tør ikke å si fra. I psykomotorisk fysioterapi spør en etter og ser etter pasientens reaksjoner på behandlingen. Hvordan kan de oppnå en mer hensiktsmessig funksjon? For å formidle dette er det viktig å prioritere tid til arbeidet med journaler og epikriser, skriver Hellesø.

Tradisjon

Faggruppelederen mener at både utdanning og tradisjon innen psykomotorisk fysioterapi legger vekt på formidling og samarbeid:

– I utdanningen lærer psykomotorikeren å skrive omfattende journaler. Terapeuten skal ha notater til bruk i behandlingen, og opplysningene skal være grunnlag for kommunikasjon med samarbeidspartnere. Psykomotorisk fysioterapi har tradisjon for samarbeid med lege, psykiater og psykolog. Pasienter blir henvist til oss fra smerteklinikker og somatiske sykehus, så vel som psykiatriske sykehus. I primærhelsetjenesten er det også samarbeid med andre fysioterapeuter, men da er det noe mer muntlig overføring av informasjon. Om psykomotoriske fysioterapeuter skriver flere journaler enn andre, vet jeg ikke. Men det er naturlig å tenke at journalen er grunnlaget for å skrive flere epikriser, skriver Gro Marit Hellesø. ■

JOURNALER Førstelektor Kirsten Ekerholt (th) i full sving blant studentene ved videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi ved HiOA. Hun opplyser at journalskriving står sentralt allerede i det første semesteret.

Lederutdanning?

■ En ny lederutdanning for kommunenes helse- og omsorgstjenester har hatt rekordmange søkere, skriver Dagens Medisin.

I Stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten var ett av tiltakene å bygge ut lederutdanningstilbud og styrke ledelsesfunksjonen i kommunene. Handelshøyskolen BI fikk oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Individuell plan

■ Personer med kroniske eller langvarige helseutfordringer får trolig større tro på egen mestring og færre depresjonssymptomer, hvis de har en individuell plan for behandling og oppfølging. Det viser en ny systematisk oversikt fra Cochrane.

Resultatene viser imidlertid også at selvopplevd helse og fysiske helseutfall, som langtidsblodsukker (HbA1c), blodtrykk og kolesterol, trolig påvirkes i liten eller ingen grad.

Cochrane-oversikten er publisert i Sykepleien Forskning og på Kunnskapssenterets nettsider.

Les mer: www.fysioterapeuten.no

Kalde bad og trening

■ Kalde bad etter trening har lenge vært populært blant toppidrettsutøvere, men er tiltaket effektivt?

Forskere fra Norges Idrettshøgskole (NIH) og Australia har sammen gjort en studie som bekrefter at kalde bad kan gi raskere restitusjon, men de påviser samtidig at effekten av treningsøkten reduseres, skriver nih.no.

Mer aktivitet i befolkningen

Men for mange sitter fortsatt for mye i ro, understreker forskere ved Norges idrettshøgskole (NIH).

DEN norske befolkningen er mer aktiv enn den var for seks år siden, men bare én av tre oppfyller de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet. For voksne og eldre er anbefalingen minst 150 minutter moderat fysisk aktivitet eller 75 minutter med aktivitet av høy intensitet per uke.

Forskere ved NIH målte og registrerte aktivitetsnivået til 5.000 voksne og eldre nordmenn i et drøyt år. Resultatene viser at 32 prosent av befolkningen oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet. Tilsvarende tall var 27 prosent for seks år siden.

Videre viser resultatene at vi bruker omtrent 60 prosent av vår våkne tid til å være helt i ro, enten sittende eller liggende. ■

Kilde: www.nih.no

Fysioterapi best mot karpaltunnelsyndrom

I en spansk studie om behandling av karpaltunnelsyndrom (CTS) ga fysioterapi like gode resultater som kirurgi. Studien er publisert på nett i Journal of Pain.

TILTAKENE som ble brukt i studien var manuelle teknikker og teknikker for desensitivisering av sentralnervesystemet. Utkommemål var smerte og funksjon. De spanske forskerne fant at kirurgi og fysioterapi var like effektivt etter 6 og 12 måneder, men at fysioterapi ga bedre resultater på kort sikt.

Forskerne sammenlignet pasientrapporter om smerte og funksjon fra 111 kvinner som enten fikk kirurgi eller fysioterapi. Måleredskapene var Numerical Pain Rating Scale (NPRS), Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ) og Global Rating of Change Assessment. Rapportene ble analysert 1, 6 og 12 måneder etter kirurgi eller fysioterapi.

– Det ser ut til at konservativ behandling bør være førstevalget ved mild til moderat CTS, og av og til også ved alvorlig CTS, før man vurderer kirurgi, skriver forfatterne.

De påpeker at dette er i tråd med retningslinjene fra American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). ■

Begrenset effekt av adferdsterapi

Fedmepasienter som fikk kognitiv adferdsterapi før en slankeoperasjon ble kvitt uheldige spisemønstre. Men etter operasjonen gikk det ikke helt som forskerne hadde håpet.

TEKST Dagrun Lindvåg
dl@fysio.no

RESULTATENE fra de siste åras forskning på fedmebehandling har vist nedslående resultater. Unntaket er fedmekirurgi. Flertallet av pasientene som får koblet ut deler av fordøyelsessystemet, går ned mye, og mange klarer å holde vekta nede etter operasjonen, skriver forskning.no.

Men 20-30 prosent av pasientene legger på seg igjen et par år etter operasjonen, og noen får tilbake alle kiloene fra før inngrepet. Hva er det som gjør at behandlingen ikke virker likt for alle?

Spisemønstre

En av flere faktorer som spiller inn kan være forstyrrede spisemønstre. Spørsmålet er så om det vil hjelpe med kognitiv adferdsterapi før operasjonen. Det er dette temaet Hege Gade ved Sykehuset i Vestfold (SiV) har undersøkt i sin doktorgradsavhandling ved UiT Norges arktiske universitet.

Undersøkelsen gikk ut på at én gruppe fikk adferdsterapi i ti uker i forkant av operasjonen, mens en annen gruppe fikk vanlig oppfølging med fokus på livsstilsendring.

Det viste seg at terapien hadde stor innvirkning både på forstyrrede spisemønster og andre psykiske plager som angst og depresjon.

Skuffende resultat

– Etter at de ti ukene var over, hadde de som fikk adferdsterapi normalisert sine spisemønster. Men etter et år var forskjellen mellom de to gruppene borte. Begge gruppene hadde opplevd samme bedring av spisemønstre, sier Hege Gade til forskning.no.

Hun medgir at resultatet er skuffende, men understreker at det likevel er viktig å publisere funnene. Et spørsmål hun stiller seg er om adferdsterapi hadde hatt større effekt et halvt år etter operasjonen.

Til neste år skal Hege Gade i gang med 4-årsoppfølging av pasientene i undersøkelsen, opplyser forskning.no. ■

Referanse:
H. Gade, O. Friborg, J. H. Rosenvinge, M. C. Småstuen & J. Hjelmesæth, The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours, Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial, Obesity Surgery, 2015, DOI 10.1007/s11695-015-1673-z.

CefarCompex

Din totalleverandør på TENS

Siden midten av 70- tallet har vi utviklet TENS apparater og medisinsk-teknisk utstyr i samarbeid med leger og fysioterapeuter med høy kompetanse. Vi tilbyr alt du trenger fra forebyggende tiltak til rehabilitering.

Vi er her for deg og tilbyr kompetanse og de beste TENS- og muskelstimuleringsapparatene på markedet.

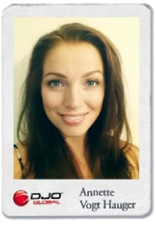
DJO arrangerer gratis inspirasjonsdager ulike steder i landet. Ta kontakt hvis du ønsker å delta eller hvis du vil vi skal komme til ditt arbeidssted.

Ønsker du å holde deg oppdarert på den nyeste forskningen. Gå inn på www.djoglobal.com og registrer deg på MyDJO.

www.cefarcompex.com

CEFAR PRIMO PRO | CEFAR BASIC | CEFAR FEMINA | CEFAR PERISTIM PRO | CEFAR EASY

KONTAKT DIN PRODUKT-SPESIALIST:



Annette Vogt Hauger
mobil: 452 68 687
Annette.Hauger@DJOglobal.com
www.fysioett.no

NYTT FRA JOURNAL OF ORTHOPEDIC

Clinical and economic impact of TENS in patients with chronic low back pain: Analysis of a nationwide database.

Robert Pivec, MD; Michael Stokes, MPH; Abhishek S. Chitnis, MPharm, PhD; Carl B. Paulino, MD; Steven F. Harwin, MD; Michael A. Mont, MD.

Orthopedics
December 2013 - Volume 36 · Issue 12: 922-928
DOI: 10.3928/01477447-20131120-04

CefarCompex by DJO GLOBAL

DJO Nordic AB | Murmansgatan 126 | SE-212 25 Malmö | +46 40 39 40 00
info.nordic@DJOglobal.com | www.DJOglobal.no

Fra utrent til halvmaratonløper på 20 uker

Leif Inge Tjelta, Dr. Philos og dosent i treningslære. Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk, Universitetet i Stavanger. leif.i.tjelta@uis.no

Iselin Brandal Berge, MSc i idrett/kroppsøving. Lektor ved Sandnes videregående skole.

Merknad: Delt 1. forfatterskap mellom Leif Inge Tjelta og Iselin Brandal Berge.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 23. juni 2015. Artikkelen er basert på studie godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Ingen interessekonflikter oppgitt.

Sammendrag

- **Bakgrunn**: Hensikten med studien var å rekruttere fysisk inaktive lesere av en regional avis til en 20 ukers treningsintervensjon.
- **Materiale og metode**: I studien har en fulgt voksne personer som fulgte et løpstreningsprogram over 20 uker. Deltakernes utholdenhet og KMI ble målt ved prosjektstart og etter 20 uker. Ved prosjektets avslutning svarte deltakerne på spørsmål knyttet til hva som motiverte for prosjektdeltakelse, utbyttet av prosjektet og motivasjon for videre trening.
- **Resultater**: Til sammen 45 personer fullførte det 20 uker lange treningsprogrammet. Av disse gjennomførte 35 pre- og post løpstest over 3.050 m. Deres gjennomsnittlige fremgang var 2,22 (min, sekund) (11,2 prosent). Deltakere som ved prosjektstart hadde KMI ≥ 30 fikk denne redusert med 4,3 prosent. De viktigste grunnene til at deltakerne ønsket å være fysisk aktive var at fysisk aktivitet ga fysisk og mentalt overskudd og forbygget helseplager.
- **Konklusjon**: Den forliggende studien viser at det er stort potensiale i å samarbeide med lokale aviser for å øke nivået av fysisk aktivitet til inaktive voksne personer. Studien bekrefter også at utrente personer kan få stor bedring av sin aerobe utholdenhet og redusert KMI som følge av 20 uker med systematisk utholdenhetstrening.
- **Nøkkelord**: Utholdenhetstrening, KMI, motiver for trening.

Innledning

Det er godt dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet (FA) gir helsegevinster (1-3) og at det er dose respons forhold mellom FA og dødelighet i alle aldersgrupper (4, 5). Imidlertid er det kun 31 prosent av den voksne norske befolkning som tilfredsstiller helsedirektoratets anbefalinger om å være fysisk aktive med moderat eller hard aktivitet i minimum 150 minutter per uke (6). Til tross for at det er et stort fokus på helse, trening og fysisk aktivitet i aviser, magasiner og TV programmer (7-9), er det kun én studie som har undersøkt hvordan en livsstilintervensjon publisert i en norsk avis påvirker avisens lesere (10). I denne studien fulgte avisen tre voksne personer som hadde som mål å fullføre et halvmaratonløp (21,1 km) i 2011 etter 14 uker med trening. I løpet av 15 uker (prosjektukene pluss uka før prosjektstart) ble det publisert 48 artikler i avisas papir- og nettutgave. Artiklene fokuserte både på deltakernes trening og utvikling og mer generelle tema knyttet til livsstil, trening og helse. Prosjektets webside hadde 25.000 ukentlige unike treff. Avisens lesere ble ved to anledninger invitert til å delta på trening med de tre prosjektdeltakerne og deres trener. Dette resulterte i opprettelsen av en egen treningsgruppe som fremdeles, fire år etter at prosjektets ble avsluttet, er aktiv. Det møter mellom 30 og 60 personer i snitt på hver av de ukentlige treningene. I et tilsvarende prosjekt våren 2014 undersøkte samme avis hvor mange av avisens lesere som ble inspirert til å bli mer fysisk aktive av å lese om fire utrente som trente fire ganger i uken, og hadde som mål å løpe et 8,2 km langt parkløp (Siddisløpet i Stavanger) etter 13 uker med trening. I dette prosjekt ble leserne invitert til å delta på en ukentlig trening som ble ledet av en kompetent trener.

> Det er stort potensiale i å samarbeide med lokale aviser for å få å øke aktivitetsnivået til inaktive voksne personer.

Mellom 40 og 180 møtte (alder 10-82 år, 75 prosent kvinner) på disse ukentlige fellestreningene. Blant avisens lesere svarte 20 prosent av et representativt utvalg av 623 lesere at de alltid eller ofte leste artiklene relatert til treningsprosjektet, og 16 prosent hevdet at de ble inspirert og mer fysisk aktive som følge av prosjektet. Dersom dette er representativt for alle avisens lesere, som er estimert til å være 143.000 av papiravisen (ca. 2,7 per kopi), 116.000 nettavisen og 69.000 mobilutgaven, betyr det at >25.000 lesere ble inspirert til å bli mer aktive. Deltakerne i 2011- (n = 3) og 2014- (n = 4) prosjektene trente fire økter i uka. To av øktene var intervalltrening hvor 15-25 min ble løpt i en hastighet tilsvarende ca. 90 prosent av maksimal hjertefrekvens (HFmaks), de to andre øktene var kontinuerlig løping fra 40 til 90 min. I snitt økte deltakerne i de to prosjektene sitt gjennomsnittlige maksimale oksygenopptak med 18,5 prosent, fra 34 til 40,3 ml · kg^{-1} · min^{-1}. Gjennomsnittlig løpstid over 3.050 m (rundt Mosvannet i Stavanger) bedret seg med 18,9 prosent fra 20,55 min til 16,33 min.

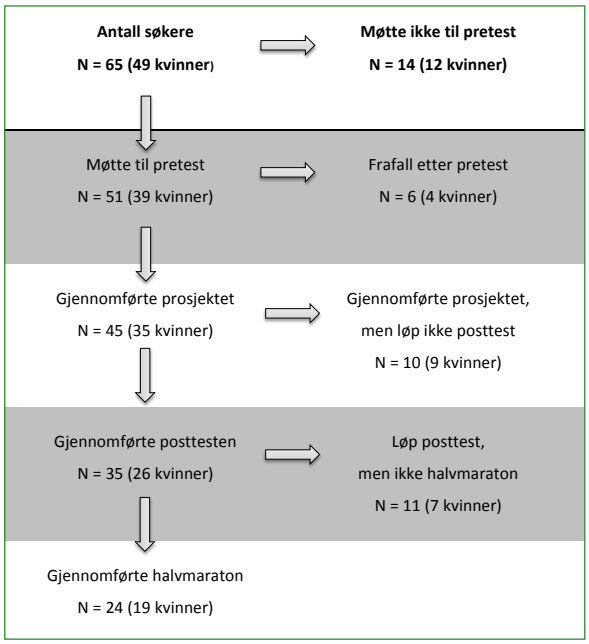
I denne studien ønsket vi å inkludere alle leserne som søkte om å få bli med i en tilsvarende intervensjon. En ønsket å se deltakernes fremgang og hvor mange som etter 20 uker var i stand til å fullføre et halvmaratonløp. Videre ønsket en å finne ut hvor aktive de hadde vært før de meldte seg på prosjektet, hva som motiverte dem for å fullføre prosjektet og om de var motivert for videre trening etter at prosjektet var avsluttet. Prosjektet: «Fra utrent til halvmaratonløper på 20 uker» var et samarbeid mellom Stavanger Aftenblad og Universitet i Stavanger.

En bedriftshelsetjeneste var med og utførte målinger før og etter prosjektperioden. I Stavanger Aftenblad blir prosjektet omtalt som «Sprek-prosjektet».

Materiale og metode

I forkant av prosjektet ble det publisert en annonse i Stavanger Aftenblad. Leserne ble oppfordret til å sende inn en søknad via epost med ønske om å delta. Inklusjonskriteriet var at man var i relativt dårlig fysisk form og hadde lyst til å gjøre noe med det. Søkerne måtte være villige til å bli testet, veid og målt før og etter intervensjonsperioden. Deltakerne måtte også akseptere at deres løpstider på pre- og posttest ble publisert i avisens nett- og papirutgave. Deltakerne har gitt skriftlig godkjenning til at alle data vedrørende prosjektet kan nyttes i vitenskapelig publisering. Prosjektet er rapportert til og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Ved prosjektstart og etter 20 uker gjennomførte deltakerne en løpstest rundt Mosvannet i Stavanger (3050 m). Tiden ble målt i minutter og sekunder ved hjelp av stoppeklokke. Kroppsmasseindeksen (KMI) til deltakerne ble også målt før og etter gjennomført prosjekt. KMI-målingene ble utført av bedriftshelsetjenesten.



FIGUR 1 **Oversikt over deltakelse i prosjektet.**

Treningsprogrammet som besto av fire ukentlige treningsøkter var bygget på eliteløperes treningsprinsipper (11, 12), og besto av en veksling mellom intervalltrening og rolig kontinuerlig trening (langtur). Intervalløktene ble løpt med en intensitet hvor hjertefrekvensen (HF) var ca. 90 prosent av HFmaks og gjennomsnittlig HF på langturene ble anbefalt til å være 70-80 prosent av HFmaks. En typisk intervalltreningsøkt besto av ti min oppvarming, 16-24 min effektiv løpstid og ble avsluttet med ti min generell styrketrening for overkropp og bein. Langturene startet med en tur av 40 min varighet hvor deltakerne vekslet mellom gang og løp, og en ukentlig sykkeltur eller gåtur på ca. en time. Dette programmet ble fulgt i åtte uker (opptreningsprogram). De neste 12 ukene var den ene av de to lange løpeturene (langturene) av ca. en times varighet og lengden av den andre løpeturen ble, for de som skulle løpe halvmaraton, gradvis økt. Deres lengste tur var på sammenhengende 17 km. De som ikke skulle løpe halvmaraton ble oppfordret til å gjøre denne fjerde treningsøkta på sykkel. Dette for å unngå løpsrelaterte skader.

I etterkant av prosjektet ble det sendt ut et spørreskjema til deltakerne. Skjemaet inneholdt spørsmål knyttet til hva som var motivasjonen for å bli med i prosjektet, utbyttet av prosjektet og motivasjon for videre trening. Skjemaet ble konstruert gjennom programvaren «SurveyXact» og sendt ut til deltakerne på epost.

Resultatene fra pre- og posttester er presentert som gjennomsnittsverdier med standardavvik (SD). T-test ble brukt for å

Kort sagt

Implikasjoner for praksis:

- Det er stort potensiale i å samarbeide med lokale aviser for å fremme fysisk aktivitet .
- Flere av leserne har interesse av å starte med trening i grupper initiert av lokalavisa i samarbeid med kompetente fagpersoner.
- Det å møte andre på trening virker motiverende.

TABELL 1 **Treningsprogram for uke 40 for de som løp «Tresjøersløpet» (21,1km).**

Dag 1	Intervalltrening	Oppvarming 10 min rolig jogg + 3 x 40 m fartsøkning + intervall-trening: 7min, 6 min, 5 min, 4 min, 3 min, 2 og 1 min løp Pauser = 2 min, 2 min, 2 min, 2 min ,1 min og 1 min gange. Avslutning 10 min gange/jogg + styrke
Dag 2	Langkjøring	Løp 60 min
Dag 3	Intervalltrening	Oppvarming 10 min rolig jogg + fartsøkning + intervalltrening: 12 x 2 min løp, pauser = 1 min gange. Avslutning 10 min gange/jogg + styrke
Dag 4	Rolig langkjøring	Løp rolig 15-16 km. De som ikke skal løpe «Tresjøersløpet» går en lang tur på minimum en time i skog og mark eller sykler i minimum en time.

TABELL 2 **Gjennomsnittlig løpstid på 3.050 m for pre- og posttest, og gjennomsnittlig tidsmessig og prosentvis fremgang.**

Løpstid 3.050 m (min, sekund)				
	Pretest (snitt)	Post-test (snitt)	Differanse	Gjennomsnittlig fremgang (%)
N= 35	21,12 min (SD = 2,52 min)	18,50 min 1 (SD = 2,26 min)	-2,22 min	11,2 %

Forskjellig fra pretest ($p < 0.001$).

TABELL 3 **KMI og løpstid på 3.050 m før og etter 20 ukers systematisk løpstrening for de åtte deltakerne som ved prosjektstart hadde KMI ≥ 30.**

Deltakere (alder)	KMI (≥30)			Løpstid 3.050 m (min, sekund)		
	Før	Etter 12 uker	Differanse (%)	Før	Etter 12 uker	Differanse (%)
K1 (29)	31,9	30,4	4,7	23,09	18,52	-11,3
K2 (42)	30	30,1	+ 0,3	23,55	19,28	-18,6
K3 (55)	33,7	32,4	3,9	23,13	21,41	-6,6
K4 (35)	36,8	34,2	7,1	22,26	19,39	-12,4
M1 (30)	30,9	29	6,1	18,29	14,35	-20,2
M2 (25)	39,8	38,1	4,3	28,48	24,13	-15,8
M3 (47)	32	31,5	1,5	19,30	18,52	-3,5
M4 (43)	45,3	42,5	6,2	24,38	20,42	-16,0

K = kvinne. M = mann.

sammenlikne to gjennomsnittsverdier for løpstider på pre- og posttester. Forskjeller ble sett på som statistisk signifikante dersom p-verdien var mindre enn 0,05.

Resultater

Totalt 65 personer søkte om å delta og alle fikk beskjed om at de ville bli inkludert dersom de møtte til pretest. Ved pretest møtte 51 personer. Alle ble presentert i Stavanger Aftenblad med navn, alder og bilde. Deltakerne var i aldersgruppen 24-69 år. Til sammen 45 deltakere fullførte (helt eller delvis) det 20 uker lange treningsprogrammet. Gjennomsnittsalderen var 49 (SD 9,2) år. Av disse gjennomførte 35 deltakere pre- og posttest (26 kvinner og 9 menn), og 24 deltakere løp det 21,1 km lange «Tresjøersløpet». Figur 1 viser flytdiagram over prosjektdeltakerne.

Tabell 1 viser treningsprogrammet for uke 40 (fire uker før løpet som ble arrangert i uke 44) for de som gjennomførte «Tresjøersløpet» (21,1km).

Tabell 2 viser resultatene fra pre- og posttesten på 3050 m løping for 35 deltakere. Den viser også deres gjennomsnittlige tidsmessige og prosentvis fremgang.

Åtte deltakere (fire menn og fire kvinner) hadde ved prosjektstart en KMI ≥30. I løpet av de 20 treningsukene ble gjennomsnittlig KMI for disse redusert med 4,3 prosent, fra 35 (SD = 5,3) til 33,5 (SD = 4,3). KMI ved pre- og posttest samt løpstider på 3.050 m for disse deltakerne fremgår av tabell 3.

De 45 personene, som helt eller delvis gjennomførte prosjektet, har svart på spørsmål som omhandler aktivitetsnivå før prosjektet startet, motivasjon for deltakelse i prosjektet og utbyttet av deltakelse i prosjektet.

På spørsmål om hvor aktive de hadde vært før prosjektet startet i juni 2014, svarte 49 prosent at de var fysisk aktive (30 min eller mer med moderat eller høy aktivitet) maksimum en gang per 14. dag, og 33 prosent var i fysisk aktivitet en eller to ganger i uken. På spørsmål om hvor mange ganger i uken deltakerne hadde fulgt treningsprogrammet, eller deler av det, svarte 22 av de 24 som gjennomførte halvmaratonløpet at de de fulgt programmet tre eller fire dager i uken.

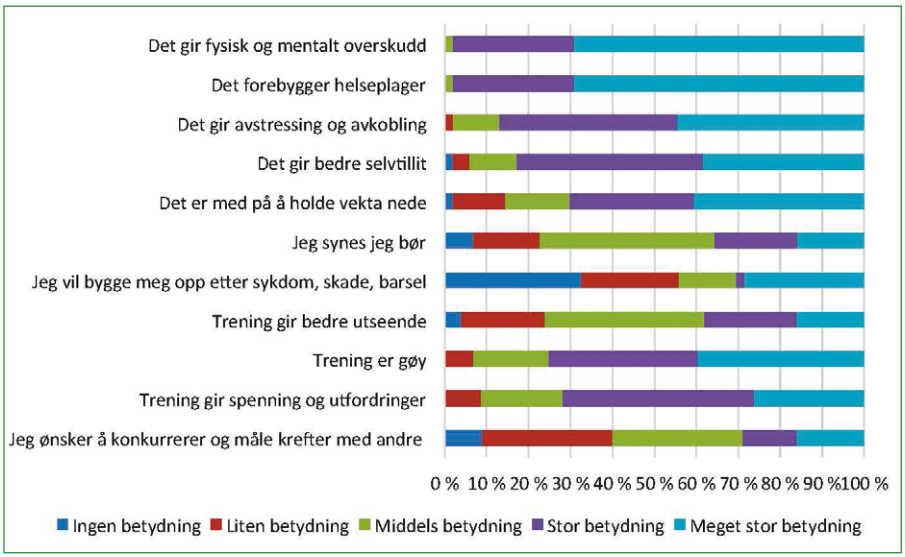
På en femdelt skala hvor svaralternativene var: i meget stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad og ikke i det hele tatt, svarte 96 prosent at Sprek-prosjektet i stor eller meget stor grad hadde motivert dem til å bli mer fysisk aktive. Videre svarte 91 prosent at det var av stor eller meget stor betydning å møte andre deltakere på fellestreningene. At treningene ble ledet av en kompetent trener var av stor eller meget stor betydning for 87 prosent, for 13 prosent hadde det noe betydning. Det å trene mot et mål som «Tresjøersløpet» eller et annet mosjonsløp, var av stor eller meget stor betydning for 63 prosent, av noe betydning for 24 prosent, av liten betydning for 11 prosent og av ingen betydning for to prosent.

På spørsmålet om de ønsket at fellestreningen skulle fortsette etter at prosjektet var avsluttet svarte 96 prosent ja, fire prosent svarte vet ikke. At fellestreningene fortsatte etter prosjektslutt var av meget stor eller stor betydning for opprettholdelsen av videre treningsmotivasjon for 80 prosent.

Deltakerne fikk oppgitt 11 ulike utsagn knyttet til motivasjon for trening. Disse utsagnene er listet i figur 2 som også viser i hvor stor grad de ulike utsagn er viktige for at deltakerne ønsker å drive med FA.

Diskusjon

Intervensjonen førte til en økning i aktivitetsnivået og bedring av løpstiden på 3.050 m hos deltakerne. De 35 deltakerne som løp pre- og posttest hadde 2,22 min (11,16 prosent) fremgang på løpstesten. Tjuefire del-



FIGUR 2 **Motivasjon for trening. Hvor viktige er følgende utsagn for at du driver med fysisk aktivitet?**

takere fullførte et halvmaratonløp etter 20 uker med trening. Deltakernes VO^2maks ble ikke målt før og etter intervensjonen. I de to tidligere prosjektene fant en at 18,5 prosent økning i VO^2maks resulterte i 18,9 prosent bedret løpstid. Det er derfor nærliggende å anta at 11,16 prosent bedret løpstid fra pre- til posttest primært skyldes en tilsvarende prosentvis økning av VO^2maks. Noe av løpsfremgangen fra pre- til posttest kan være et resultat av at deltakerne ved posttest kjenner løpsdistansen, og i større grad enn ved pretest kan fordele en jevn innsats over hele løpsdistansen. Det bør imidlertid tilføyes at pretesten ble løpt i sol, vindstille og ved temperatur 17° den 16. juni. Posttesten ble løpt i vind, regn og temperatur 6° den 27. oktober. Dette oppveier muligens fordelen ved å kjenne løpsdistansen. Deltakerne som fulgte treningsprogrammet tre til fire dager i uka var de som hadde størst tidsmessig fremgang fra pre- til posttest, og det var primært disse som gjennomførte halvmaratonløpet etter 20 uker med trening.

Dårlig utholdenhet er en risikofaktor for tidlig død. Den sterkt økende risikoen som dårlig utholdenhet innebærer, begynner ved VO^2maks like under 30 ml · kg^{-1} · min^{-1} (13). Det ble utført test av VO^2maks på en av deltakerne som ble sterkest profilert i avisa gjennom prosjektperioden. Denne deltakeren bedret sitt VO^2maks fra 30,8 til 35,8 ml · kg^{-1} · min^{-1} (22,6 prosent) i løpet av seks uker fra 8. september til 23. oktober. Han gikk i samme periode ned seks kilo i vekt og var 133 kg da han gjennomførte halvmaraton på 2.53.13. Det var kun fire av prosjektdeltakerne som brukte lengre tid, henholdsvis 2.59.22, 2.59.24, 2.59.34 og 3.12.42. Gjennomsnittstiden for de 24 som gjennomførte «Tresjøersløp» var 2.34.52. Det er derfor nærliggende å anta at deltakerne etter intervensjonens slutt hadde et gjennomsnittlig VO^2maks godt over 30 ml · kg^{-1} · min^{-1}.

Risikoen for å pådra seg hjerte- og karsykdom og høyt blodtrykk øker når KMI overstiger 30 (fedmeklasse 1) (14) . Ved prosjektstart hadde åtte av deltakerne en KMI som oversteg dette. I løpet av intervensjonen gikk gjennomsnittlig KMI for disse ned med 4,3 prosent. Dette er tilnærmet samme prosentvise nedgang som en fant etter seks måneder med sykling hos åtte personer med KMI > 30 som var med i en intervensjon hvor en så på helseeffekter av sykling til og fra jobb (15). I den foreliggende studien har en ikke fokusert på endring av forsøkspersonenes kosthold. Det er derfor nærliggende å anta at nedgangen i KMI primært skyldes det økte aktivitetsnivået, selv om deltakerne også kan ha blitt mer kostbevisste som følge av deltakelse i prosjektet. Overvektige personer kan imidlertid ha helseeffekter av trening selv om de ikke går ned i vekt (16, 17). Fysisk aktivitet er assosiert med lavere risiko for tidlig død, og fysisk aktivitet kan være med å påvirke ratioen mellom muskel- og fettmasse uten at kroppsvekten går ned. Flere studier peker på at bedring av utholdenhet gir helsefremmende effekt (18-21). Det at trening forebygger helseplager og gir fysisk og mentalt overskudd ble oppgitt som de viktigste årsakene til å delta i prosjektet.

Av rapporten «Fysisk inaktive i Norge» (22) fremgår det at 75 prosent av de som er i fysisk aktivitet mindre enn en gang hver 14. dag har et ønske om å bli mer fysisk aktive. Rapporten sier også at disse er avhengige av å bli trukket med av venner og kjente, og at de trenger noen å trene sammen med. Når 49 prosent av deltakerne i den foreliggende studien oppgir at de var i aktivitet en gang hver 14. dag eller sjeldnere, betyr det at en har rekruttert 22 personer fra denne gruppen. Det å trene i en gruppe og møte andre på trening, ble oppgitt å være av stor eller meget stor betydning for de fleste deltakerne (91 prosent).

Kvinneandelen blant de som fullførte prosjektet og blant de som fullførte halvmaratonløpet var henholdsvis 75 prosent og 79 prosent. Dette kan tolkes som om kvinner, i større grad enn menn, er motivert for å trene i faste sosiale settinger som en fast treningsgruppe, noe som også er funnet i en tidligere studie (23). Det var 91 prosent som svarte at det var av stor eller meget stor betydning å møte andre deltakere på fellestreningene. At hele 87 prosent oppgir at det er av stor eller meget stor betydning at treningen ledes av en kompetent trener, kan også ha sammenheng med den store kvinneandelen, etter som det i tidligere studier er funnet at kvinner i større grad enn menn fortrekker treninger ledet av en trener (23, 24).

En begrensning ved intervensjonen er at forskerne alltid tar sine egne erfaringer med inn i datainnsamlingen. Treningsprogrammet som prosjektdeltakerne har fulgt, bygger på den ene forskerens erfaring med eliteutøvers treningsprinsipper, og det å primært trene for å kunne løpe et halvmaratonløp (21,1km) kan virke avskrekkende på enkelte som kun ønsker å komme i bedre fysisk form. Videre viste det seg at tre til fire løpstreninger i uka ikke passet for alle. Det var noen av deltakerne som møtte til pretest som falt fra fordi de syntes treningsprogrammet var for krevende, eller de opplevde å få skader. Enkelte av deltakerne ble, når de klaget på smerter, oftest i legger, anbefalt å løpe kun en eller to ganger i uka og å drive styrketrening og/eller sykling to dager i uka. Det er imidlertid en svakhet ved studien at den ikke har kartlagt hvorfor seks deltakere droppet ut av prosjektet etter pretest og hvorfor 14 personer som primært ønsket å delta i prosjektet ikke møtte til pretest.

Spørreskjema som deltakerne besvarte etter avsluttet prosjektperiode er også preget av forskernes eget ståsted og de svarene forskerne ønsker og forventer å få frem. Dette kan forringe data.

Det bør nevnes at da prosjektet var avsluttet, ble de to ukentlige fellestreningene opprettholdt, og avisens lesere ble invitert til å delta. Det møter i skrivende stund (35 uker etter oppstarten av den foreliggende studien) mellom 120 og 150 personer på fellestreninger to dager i uka. Treningsprogrammet for kommende uke blir hver uke publisert på «Sprek-prosjektets» åpne Facebook-gruppe («Sprek Aftenbladet 2014»). Dette gjør at personer som ikke kan møte på fellestrening også kan følge programmet. Den åpne Facebook gruppen har (per 28.05.2015) 611 medlemmer. Deltakerne bruker Facebook blant annet til å dele treningserfaringer og til å avtale fellestreninger utenom de faste to treningsdagene.

Studien, og erfaringer fra en tilsvarende studie (10), viser at det er stort potensiale i å samarbeide med lokale aviser for å øke FA-nivået til inaktive voksne personer. Studien bekrefter at utrente personer kan få stor bedring av sin aerobe utholdenhet som følge av 20 uker med regelmessig og systematisk utholdenhetstrening, og at flere utrente etter en slik treningsperiode også er i stand til å kunne gjennomføre et halvmaratonløp.

Takk

Vi ønsker å takke bedriftshelsetjenesten Enforme, som hjalp oss med fysisk testing av deltakerne før og etter prosjektperioden, samt KMI-målinger underveis i studien.

Title: From inactive to half-marathon runner in 20 weeks

Abstract

- **Background**: The purpose of this study was to recruit physically inactive readers of a regional newspaper to a 20-week physical activity intervention.
- **Material and methods**: The study has followed inactive adults who followed a training program over 20 weeks. Participants' endurance and BMI were measured. The participants answered questions related to the motivation for joining the project, the benefits of the project and motivation for further training.
- **Results**: A total of 45 participants completed the 20-week training program. Of these 35 completed a pre- and post running test over 3.050 m. Their average progression was 2.22 (min. second) (11.2%). Participants who by start of the project had a BMI ≥ 30, reduced their BMI by 4.3%. As the main reasons why they wanted to be physically active, participants reported that physical activity gave physical and mental energy and prevented health related diseases.
- **Conclusion**: The present study shows a great potential in cooperating with local newspapers to increasing the level of physical activity among inactive adults. The study also confirms that untrained people can improve their aerobic endurance and reduce their BMI as a result of 20 weeks of systematic endurance training.
- **Keywords**: Endurance training, BMI, motives for training.

Referanser

1. Oja P, Bull FC, Fogelholm M, Martin BW. Physical activity recommendations for health: what should Europe do? BMC Public Health. 2010,10:1-5.
2. Vuori I. Physical activity and cardiovascular disease prevention in Europe: an update. Kinesiology. 2010,42(1):5-15.
3. Reiner M, Niermann C, Jekauc D, Woll A. Long-term health benefits of physical activity - a systematic review of longitudinal studies. BMC Public Health. 2013,13(1):1-9.
4. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2010,7:39-.
5. Samitz G, Egger M, Zwahlen M. Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. International Journal of Epidemiology. 2011,40(5):1382-400.
6. Hansen BH, Kolle E, Andersen SA. Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge. Oppdaterte analyser basert på nasjonale anbefalinger i 2014. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
7. Chau J, Bonfiglioli C, Chey T, Bauman A. The Cinderella of public health news: physical activity coverage in Australian newspapers, 1986-2006. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2009,33(2):189-92.
8. Finnagan JR, Viswanath K. Massmedia and health promtion. Lessons learned, with implication for public health campaigns. In: Bracht N, editor. Health promotion at the comunity level New advances. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage1999. p. 119-26.
9. Hamamoto MH, Derauf DD, Yoshimura SR. Building the Base: Two Active Living Projects That Inspired Community Participation. American Journal of Preventive Medicine. 2009,37:S345-S51.
10. Dyrstad SM, Tjelta LI. Newspaper coverage effects on the promotion of a lifestyle intervention program. Journal of Obesity. 2013,2013:516767-.
11. Enoksen E, Tjelta AR, Tjelta LI. Distribution of Training Volume and Intensity of Elite Male and Female Track and Marathon Runners. International Journal of Sports Science & Coaching. 2011,6(2):273-94.
12. Tjelta LI. A Longitudinal Case Study of the Training of the 2012 European 1500 m Track Champion. International Journal of Applied Sports Sciences. 2013,25(1):11-8.
13. Saltin B. Fysisk inaktivitet- en glemt risikofaktor. Perspektiv. 2001,2:10-5.
14. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization 2000.
15. Tjelta LI, Kvåle OH, Dyrstad SM. Helseeffekter av sykling til og fra jobb. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2010,12(130):1246-9.
16. Church TS, Cheng YJ, Earnest CP, Barlow CE, Gibbons LW, Priest EL, et al. Exercise capacity and body composition as predictors of mortality among men with diabetes. Diabetes Care. 2004,27(1):83-8.
17. Wessel TR, Arant CB, Olson MB, Johnson BD, Reis SL, Sharaf BL, et al. Relationship of physical fitness vs body mass index with coronary artery disease and cardiovascular events in women. JAMA. 2004,292(10):1179-87.
18. Blair SN, Kohl HW, Paffenbarger RS, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all cause morality a prospecitive study of healty men and women Journal of the American Medical Association. 1989,262(17):2395-401.
19. Blair SN, Kampert JB, Kohl HW, III, Barlow CE, Macera CA, Paffenbarger RS, Jr., et al. Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. JAMA. 1996,276(3):205-10.
20. Williams PT. Relationship of distance run per week to coronary heart disease risk factors in 8283 male runners - The national runners' health study. Archives of Internal Medicine. 1997,157(2):191-8.
21. Wei M, Gibbons LW, Kampert JB, Nichaman MZ, Blair SN. Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes. Annals of Internal Medicine. 2000,132(8):605-+.
22. Ommundsen Y, Aadland AA. Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive - og hva motiverer for økt fysisk aktivitet? Oslo: Helsedirektoratet, Kreftforeningen og Norges bedriftsidrettsforbund; 2009.
23. Forbes CC, Plotnikoff RC, Courneya KS, Boule NG. Physical activity preferences and type 2 diabetes: exploring demographic, cognitive, and behavioral differences. Diabetes Educator. 2010,36(5):801-15.
24. White JL, Ransdell LB. Worksite intervention model for facilitating changes in physical activity, fitness, and psychological parameters. Perceptual and Motor Skills. 2003,97(2):461-6.

Doktorgrad:

Sammenhenger mellom fysisk form, I-ADL og kognisjon hos eldre mennesker med MCI og demens

Karin Hesseberg, fysioterapeut, PhD. Diakonhjemmet sykehus og Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA).

Veiledere: Professor Astrid Bergland, HIOA (hovedveileder), Ph.D. Hege Bentzen, HIOA, professor Anette Hylen Ranhoff, Diakonhjemmet sykehus, og professor Knut Engedal, Aldring og helse.

Originaltittel: Functioning in community-dwelling older people with mild cognitive impairment and dementia with a focus on instrumental activities of daily living and physical fitness.

Disputas fant sted 29. mai 2015 på Diakonhjemmet Sykehus.

DEMENS en av de viktigste årsakene til nedsatt funksjonsevne og avhengighet av hjelp fra andre. Vi testet fysisk form og evnen til å utføre instrumentelle daglige aktiviteter (I-ADL) hos eldre mennesker med mild kognitiv svikt (MCI) og demens. Disse undersøkelsene kan tilføre viktig informasjon om sammenhengen mellom fysisk og kognitiv funksjon. Dette kan gjøre oss i stand til å fokusere på ikke-farmakologiske intervensjoner for å redusere risiko for nedsatt funksjonsevne og avhengighet av andre mennesker. Forskning innen feltet funksjon, demens og hjernehelse hos eldre mennesker er økende, men ytterligere forskning er nødvendig.

Målet med dette prosjektet var å utforske komponenter av fysisk form og aspekter ved I-ADL hos hjemmeboende eldre med MCI og demens, og se på sammenhengen med kognisjon. I tillegg ville vi teste test-retest reliabilitet av Senior Fitness Test (SFT) blant eldre mennesker med kognitiv svikt.

Tre artikler er inkludert i avhandlingen; to tverrsnittstudier (artiklene I og III) og en artikkel som omhandler test-retest reliabilitet (artikkel II). Felles inklusjonskriterier for alle tre artiklene var: hjemmeboende eldre mennesker (≥65 år) diagnostisert med MCI eller demens etter en førstegangsutredning ved en hukommelsesklinikk for å bekrefte eller avkrefte demens, utredet etter en standardisert protokoll. Alle var inkludert i Norsk demensregister (HUKLI). Artikkel I omfattet 729 pasienter som var rekruttert fra 15 hukommelsesklinikker. Assosiasjoner mellom I-ADL og MCI og Alzheimers sykdom [AD] ble utforsket. I artikkel III ble 98 pasienter fra fire hukommelsesklinikker inkludert. Fysisk form og kognitiv funksjon ble testet med SFT og fem kognitive tester. Assosiasjoner mellom fysisk form og kognitiv funksjon hos eldre mennesker med MCI og demens ble analysert. I artikkel II ble måling av test-retest reliabilitet for SFT gjennomført. Eldre mennesker med kognitiv svikt (n=40) ble testet to ganger med et tidsintervall mellom testene på 24 timer til en uke. Intraclass korrelasjons koeffisient (ICC), standard error of measurement og den minimale kliniske relevante endring (MDC) ble brukt som mål på reliabilitet.

Resultatene fra artikkel I viste en assosiasjon mellom I-ADL og diagnose (MCI og AD). Forskjell i andelen av svikt i I-ADL hos pasienter med MCI og AD, henholdsvis 66 prosent og 90 prosent, ble funnet. Det å kunne handle i butikken, lage mat og ha ansvar for egne medisiner viste den høyeste andel av svikt i begge gruppene. Resultatene fra artikkel III viste at de fleste pasientene hadde dårligere skår enn kriteriene som indikerer evne til å opprettholde fysisk uavhengighet i eldre år. Sammenhenger mellom redusert fysisk form og redusert kognisjon, spesielt eksekutiv funksjon, ble funnet. Resultatene fra artikkel II viste ICC-verdier på 0,93-0,98, som reflekterer en svært høy test-retest reliabilitet. MDC-verdiene viser: Reise-sette-seg test = 2.0 repetisjoner, armfleksjon test = 2.3 repetisjoner, test av smidighet i underkropp = 6.0 cm, test av smidighet i overkropp = 4.6 cm, 2.45-meter up-and-go test = 1.4 sekunder og 6 minutters gangtest = 37.1 meter. Verdier som er større enn disse verdiene kan vi være 90 prosent sikre på er en reell endring i testskåren og ikke bare målefeil.

Konklusjonen i denne avhandlingen er at vi fant sammenhenger mellom fysisk form, I-ADL og kognisjon hos eldre mennesker med MCI og demens. Både fysisk og kognitiv funksjon bør vurderes under utredning av eldre mennesker for mulig demenssykdom. Deltagelse i fysisk aktivitet for å øke fysisk form og evne til å klare I-ADL oppgaver burde få større fokus hos eldre mennesker med MCI og demenssykdom. Individuelle tilrettelagte treningsprogram med mål om å bedre fysisk form og redusere risiko for fysisk avhengighet burde utvikles. SFT kan bli brukt for å teste og evaluere fysisk form hos eldre mennesker med MCI og tidlig demenssykdom.

Artikler:

1. Hesseberg, K., Bentzen, H., Ranhoff, A. H., Engedal, K., & Bergland, A. (2013). Disability in instrumental activity of daily living in elderly patients with Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 36 (3-4), 146-153. doi: 10.1159/000351010.
2. Hesseberg, K., Bentzen, H., & Bergland, A. (2014). Reliability of the Senior Fitness Test in Community Dwelling Older People with Cognitive Impairment. Physiotherapy Research International. DOI: 10.1002/pri.1594.
3. Hesseberg, K., Bentzen, H., Ranhoff, A. H., Engedal, K., & Bergland, A. (2015). Physical fitness in older people with mild cognitive impairment and dementia. Journal of Aging and Physical Activity. DOI: 10.1123/japa.2014-0202.

Doktorgradsarbeidet ble gjennomført ved Universitetet i Oslo, med finansiering fra Høgskolen i Oslo og Akershus.

Bedriftsfysioterapi:

Unik mulighet til primærforebygging av muskel- og skjelettplager

Inger Helene Gudding, seniorrådgiver, Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi. Statens arbeidsmiljøinstitutt. ihg@stami.no

Denne **fagkronikken** ble akseptert 11.8.2015. Fagkronikker vurderes av fagredaktør. Ingen interessekonflikter oppgitt.

MANGE fysioterapeuter møter arbeidstakere med muskel- og skjelettplager de helt eller delvis mener arbeidsmiljøet er årsaken til. Fysioterapeutens muligheter til å påvirke arbeidstakerens konkrete arbeidssituasjon, er likevel begrenset. Annerledes er det for dagens bedriftsfysioterapeuter. De skal gjennom kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse bistå arbeidsgivere med forslag til forbedringer av arbeidsmiljøet.

Historien viser at norske bedriftsfysioterapeuter i mange år har hatt en unik mulighet til primærforebygging av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. Her har den norske lovgivingen vært, og er fortsatt, en viktig premissleverandør. Etter arbeidervernloven av 1956 fulgte i 1977 en ny arbeidsmiljølov som satte krav til et «fullt forsvarlig arbeidsmiljø» for ansatte på norske arbeidsplasser (1). Virksomheter der det var nødvendig å gjennomføre særlig overvåkning av arbeidsmiljøet, måtte sørge for å knytte til seg verne- og helsepersonale til å hjelpe seg med dette. Helsepersonalets hovedoppgave var ifølge loven å bistå arbeidsgiver med å skape «sunne og trygge arbeidsforhold». Det var særlig de forholdene som kunne bidra til utvikling av sykdom som skulle vies oppmerksomhet (2).

Arbeidsplassen ble pasienten

Dette var en viktig presisering både for bedriftshelsetjenestene generelt og for bedriftsfysioterapeuten spesielt. Mange bedriftsfysioterapeuter hadde gjennom flere år brukt mye tid på å undersøke ansatte med muskel- og skjelettplager for deretter å gi tilbud om tilpassede øvelsesopplegg, fysikalsk behandling betalt av virksomheten eller opplæring i det som var ment å være riktig arbeidsteknikk. Med den nye arbeidsmiljøloven, var ikke dette lenger tilstrekkelig. Arbeidsforholdene måtte også kartlegges, og de konkrete arbeidsmiljøforholdene undersøkes. Arbeidsplassen var med ett blitt «pasienten».

Sykdomsfremmende risikofaktorer («symptomer») ved arbeidsplassen måtte identifiseres og deretter fjernes eller reduseres («behandles»), så langt det var mulig.

For mange var dette en svært annerledes arena å bevege seg inn på, og en helt annerledes «pasient» å skulle undersøke. Arbeidsplassundersøkelser var, og er, en krevende oppgave som baserer seg på kunnskap om hvilke eksponeringsfaktorer i arbeidsmiljøet som spesifikt kan bidra til muskel- og skjelettplager, og hvilke risikoreduserende tiltak som kan være aktuelle i det enkelte tilfelle. Tunge løft er et eksempel på en velkjent eksponeringsfaktor som fortsatt finnes i mange bransjer, og som kan bidra til utvikling av arbeidsrelaterte korsryggsmerter (3). Bedriftsfysioterapeuter har i alle år vært opptatt av denne risikofaktoren, og har umiddelbart tilbudt kurs i «riktig løfteteknikk» som et viktig risikoreduserende tiltak. Forskning viser at den generelle opplæringen i «riktig» løfteteknikk med vekt på nødvendigheten av «løft med rett rygg og økt bruk av beina» ikke har den primærforebyggende effekten mot korsryggsmerter som mange trodde (4). Eksempelet synliggjør hvordan forskning bidrar til ny og nødvendig kunnskap, og viser hvorfor bedriftsfysioterapeuter kontinuerlig må følge med i den faglige utviklingen.

Ny kunnskap tyder dessuten på at bedriftsfysioterapeutenes veldokumenterte råd fortsatt kan være av betydning for en betydelig gruppe ansatte. Tall fra Faktabok om arbeidsmiljø og helse utgitt av Statens arbeidsmiljøinstitutt i år, viser at om lag 380.000 personer opplever at de har vært ganske eller svært plaget av arbeidsrelaterte smerter i løpet av en måned (5). Rapportens konklusjoner viser at behovet for en primærforebyggende tilnærming til arbeidsplassen som en viktig kilde til muskel- og skjelettplager, fortsatt bør prioriteres, og være en naturlig utfordring for bedriftsfysioterapeuter. Arbeids- og sosialdepartementet har bidratt ytterligere til utfordringen ved å utvide antall bransjer med pålegg om å knytte til seg en godkjent bedriftshelsetjeneste. Utvidelsen ga bedriftsfysioterapeutene nye arbeidsmiljøforhold å sette seg inn i og økt kunnskapsbehov. Ifølge «Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning 2011» er det særlig de risikoreduserende tiltakene basert på arbeidsmiljøkartlegginger og risikovurderinger, virksomhetene trenger faglig bistand til (6). Sentrale forskrifter og dagens arbeidsmiljølov fungerer som viktige «døråpnere» for landets bedriftsfysioterapeuter (7, 8, 9). Norge er i tillegg det eneste landet i Norden med egen godkjenningsordning av bedriftshelsetjenester (10).

Godkjenningsordningen setter blant annet krav til tjenesten om å dokumentere tilstrekkelig kunnskap innen angitte fagområder og til å ha egne kompetanseplaner for bedriftsfysioterapeuter og annet fagpersonell tilknyttet ordningen.

Liten interesse?

Selv om norske bedriftsfysioterapeuter har et unikt lovverk i ryggen og kan bidra med

> Jeg fant ikke hva jeg lette etter i programmet for årets fysioterapikongress på Lillestrøm.

arbeidsmiljørettede tiltak tilpasset den enkelte virksomhet, så overrasket det meg likevel at World Confederation for Physical Therapy-kongressen i Singapore 2015 i så liten grad var opptatt av hvilke primærforebyggende muligheter arbeidsmiljøet gir. På enhver arbeidsplass finnes eksponeringsfaktorer som kan bidra til utvikling av muskel- og skjelettplager. Og selv om tilgangen til lønnet arbeid verden over er ulikt fordelt, så er arbeidsplassen likevel en sentral del av hverdagen til svært mange mennesker.

Men hva med oss? Hvor opptatt er vårt eget fagmiljø av at risikofaktorer for arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager blir identifisert og forsøkt gjort noe med? Synes vi det er viktig å synliggjøre bedriftsfysioterapeutenes unike muligheter og bidrag til akkurat dette?

Jeg fant ikke hva jeg lette etter i programmet for årets fysioterapikongress på Lillestrøm. Det bekymret meg. Bekymringen ble ikke mindre etter å ha deltatt på årets WCPT-kongress i Singapore. Her var oppmerksomheten rettet mot tiltak for å redusere eksisterende plager. En primærforebyggende tilnærming til de arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager var åpenbart av mindre interesse.

Referanser

1. Utvikling av arbeidervernlovgivningen. Arbeid - og sosialdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/innsikt/arbeidsmiljoloven/ny-arbeidsmiljolov/id448286/.
2. Verne- og helsepersonale. Forskrift til arbeidsmiljøloven fastsatt av Direktoratet for arbeidstilsynet. Tiden Norsk Forlag; 1994.
3. Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr. 227. ISBN 978-91-85413-68-3.
4. Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, Furlan A, Takala EP, Kuijor P et al. Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. BMJ. Nov 2007.
5. Faktabok om arbeidsmiljø og helse - status og utviklingstrekk. Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø og -helse. Oslo. Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2015. s.93. Tilgjengelig fra: https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2015-status-og-utviklingstrekk/.
6. Arbeid - og sosialdepartementet. Forskrift om Organisering, ledelse og medvirkning. FOR- 2011- 12- 06- 1356. Kap. 13. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1355.
7. Arbeid - og sosialdepartementet. Forskrift om Utforming av arbeidsplasser og arbeidslokaler(arbeidsplassforskriften). FOR-2015-06-26-798. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1356.
8. Arbeid - og sosialdepartementet. Forskrift om Utførelse av arbeid. FOR-2015-06-26-806 . Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357.
9. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). LOV -2005-06-17-62. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62.
10. Arbeid - og sosialdepartementet. Forskrift om Administrative ordninger. FOR-2011-12-06-1360. Kap. 2. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2014-12-22-1883.

Pasientjournaler og profesjonalitet

Eline Thornquist, professor i fysioterapi, Institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi, Høgskolen i Bergen. Privatpraktiserende fysioterapeut, Nesttunhjørnet psykomotoriske praksis.
Eline.Thornquist@hib.no.

Denne **fagkronikken** ble akseptert 28.8.2015. Fagkronikker vurderes av fagredaktør. Ingen interessekonflikter oppgitt.

GJENNOM debattinnlegg, reportasjer, ledere og artikler i Fysioterapeuten er vi blitt minnet på at journal- og epikriseskriving er en lovpålagt oppgave og en selvfølgelig del av profesjonell virksomhet.

Utgangspunktet for det hele var et debattinnlegg fra en overlege som pekte på fysioterapeuters mangelfulle rutiner når det gjelder journal- og epikriseskriving (1), og Fysioterapeuten skal ha honnør for å følge opp saken med å belyse flere aspekter ved journaler og epikriser. Det er viktig, siden pasientjournaler og epikriser har en nøkkelfunksjon i helsetjenesten.

I årene som kommer vil skriftlig kommunikasjon trolig spille en stadig større rolle i helsevesenet og ellers i samfunnet. Man kan anta at pasientjournalen oftere vil være et dokument til bruk i så vel kvalitetssikring og forskning som i juridiske og forvaltningsmessige sammenhenger. Journalers primære funksjon er imidlertid å sikre den enkelte faglig forsvarlig helsehjelp (2). Det er med utgangspunkt i dette primære målet at journaler også kan fylle andre funksjoner. Det er derfor avgjørende at de faglige observasjoner og handlinger, valg og vurderinger som vektlegges i konkret praksis, også kommer tydelig frem i skrift.

I medisin er det pekt på farene ved å tilpasse journaler til dagens klima med økning i rettssaker og nye lesergrupper, slik at de mister noe av sin verdi som faglig dokument og redskap for helsepersonell. Det gjelder særlig i USA (3,4). Og i massemedia kan vi lese at journaler (mis)brukes blant annet i rettssaker, i fengsler og i forsikringssammenheng. I denne situasjonen er det viktig å holde fast ved at journaler er fagtekster, primært til bruk mellom helsepersonell for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp.

I det videre vil jeg reflektere over *innholdet* i journaler og epikriser – *hva* vi skriver og *hvordan* – med utgangspunkt i kjennetegn ved profesjonell virksomhet generelt og fysioterapi spesielt.

Praksis, skrift og pasienter

Når oppgaven er å formidle fysioterapi til andre helsepersonellgrupper møter vi flere utfordringer. Derfor vil jeg starte med å omtale sentrale kjennetegn ved profesjonell fagutøvelse og fysioterapi, og derigjennom berøre utfordringer knyttet til to hovedanliggender som er forbundet: forholdet mellom praksis og skrift og mellom faglighet og pasientsentrering.

Profesjonell virksomhet innebærer at handling og forståelse knyttes sammen. Det betyr at profesjonelle fagutøvere handler, vurderer og kontinuerlig revurderer sine handlinger etter hva som skjer – etter situasjon, tid og sted. Det dreier seg om situasjonstilpasset og individualisert praksis, det motsatte av teknisk og standardisert virksomhet (5-8).

I begrepet «profesjonell» skal det altså ligge en garanti for at praksis ikke er tilfeldig eller basert på vane, men er et resultat av bevisste valg og begrunnete vurderinger. Profesjonell praksis er med andre ord systematisk, men nettopp ikke standardisert.

Å få frem det dynamiske og sammensatte ved praksis er vanskelig i kortfattete tekster som journaler og epikriser. Men for at de skal fylle sin funksjon i en travel hverdag, skal de nettopp være korte og oversiktlige. Her skal det balanseres mellom å sammenfatte informasjon og gi oversikt på den ene siden, og å gi nedtegnelsene konkret innhold og faglige vurderinger på den andre. For løsrevne opplysninger uten vurderinger og sammenheng fungerer dårlig som arbeidsredskap og kommunikasjonsmiddel mellom yrkesgrupper. Gitt at dagens sykdomsbilde er preget av kroniske og sammensatte lidelser, er dette ekstra viktig å understreke.

I fysioterapi er det spesielt utfordrende å skrive på måter som yter praksis rettferdighet, fordi samtaler, instruksjoner, bevegelser og hands-on-virksomhet er flettet i hverandre; det skjer kort sagt flere ting samtidig. *Samhandling* er en forutsetning for og en integrert del av fysioterapi. Dette har i høy grad med pasientsentrering å gjøre.

Det er lett og fort gjort å skrive ned resultater fra en del tester eller tall fra en VAS-skala (Visual Analogue Scale), men det kan være vanskelig og tidkrevende å formulere seg om pasienters bevegelsesmønstre og belastning slik at relevansen av opplysningene kommer frem for lesere med annen fagbakgrunn. Det er heller ingen lett oppgave å finne dekkende ord for pasienters stemme slik at deres erfarings- og meningsverden kommer fram.

Her kommer *organiseringen* av tekster inn i bildet: Når pasienter forteller oss noe med høy relevans skjer det ofte i forbindelse med berøring og bevegelser, men det kan virke rotete og uoversiktlig om vi nedtegner pasientenes ord sammen med kliniske opplysninger. Derfor samler vi gjerne alt som er kommer frem i samtale under overskrifter som «sykehistorie/anamnese», selv om vi da kan miste sentrale poeng til forståelse for pasientens samlede tilstand.

Alle tekster må organiseres, og selve organiseringen er hverken bare et resultat av, eller noe som kommer i *tillegg* til innholdet, men er selv med på å skape innholdet og styre leserens oppmerksomhet (9,10). De fleste journalmaler har en struktur som inviterer til at vi skriver én ting om gangen.

> Det som er nedfelt på papiret styrer leseres oppmerksomhet, og de kan ikke vite noe om forhold som ikke omtales.

Desto viktigere er det å etablere forbindelser mellom de opplysninger som er gitt når vurderinger presenteres. Nettopp her kommer pasientsentrering inn i bildet.

For pasienters deltakelse må gjøres til en selvfølgelig og integrert del av teksten, slik det er i klinisk praksis (8,11-13). Å delta – å være aktiv – er noe mer og annet enn å gjøre hjemmeøvelser eller trene på visse tider. Målet med all fysioterapi er å bidra til at den enkelte endrer uheldige vaner og får hjelp til å bruke seg selv på mer hensiktsmessige måter. Det handler om noe annet og mye mer enn det som lar seg kartlegge ved bruk av enkle registreringsverktøy, slik mange i dag gjør seg til talspersoner for.

Journaler: stor variasjon – krevende oppgave

Her er det nærliggende å vise til noen funn fra to ulike studier jeg selv har gjennomført. De omfatter analyser av journaler og intervju med fysioterapeuter om journalskriving. Den ene er del av et feltarbeid i psykiatriske institusjoner på 1990-tallet (14), den andre er fra 2000-tallet og basert på et journalmateriale fra tre avdelinger ved et somatisk sykehus (se for eksempel 15-17).

Tekstanalysene fra begge studier viser stor variasjon i det innsamlede materialet. Når det gjelder *journalene* fra det somatiske sykehuset fremstår fysioterapi i flere av dem som profesjonell virksomhet i ordets beste forstand, men studien inkluderer også tekster som er standardpregete og knappe med hensyn til funksjonelle forhold og kliniske vurderinger. I *intervjuene* ble fagspesifisitet fremholdt; alle informantene sa på ulike måter at det er essensielt å få frem det som skiller fysioterapi fra andre yrkesgruppers virksomhet. Men det er bare deler av tekstmaterialet som formidler vurderinger av det som først og fremst forbindes med fysioterapi: funksjonelle sammenhenger.

Tilsvarende funn er dokumentert i en nylig publisert undersøkelse om epikriser (18). Utfordringer knyttet til å formidle funksjonsvurderinger understrekes også i en intervjustudie fra Canada (19).

Tilbake til sykehusstudien: Intervjuene underbygger i all hovedsak den informasjon som formidles i journalene, men fysioterapeutene fremholdt enkelte forhold som viktige uten at dette gjenspeilte seg i deres tekster. Muntlig uttalte de seg tydeligere og mer direkte om sammenhenger mellom pasientens liv og deres funksjon enn i skrift. En viss forskyvning i vektlegging og orientering fant altså sted når tekst og tale ble sammenholdt. Gjennomgående var fysioterapeutene tilbakeholdne med å uttale seg om pasienters livsproblemer, noe de i intervjuene sa hadde sammenheng med at de ville beskytte pasienten fra å bli definert som psykisk syk (16,17).

Dette står i kontrast til journalmaterialet og intervjuene fra feltarbeid i psykiatrien, men det framkommer også fellestrekk i de to studiene. Journalnedtegnelsene i psykiatrien var preget av en tenkning om sammenhenger mellom kroppslig og psykisk funksjon, og i intervjuene var fysioterapeutene nettopp opptatt av slike sammenhenger (14). Men også de viste til betydningen av fagspesifisitet, om enn i en litt annen betydning av ordet.

På ulike måter ga fysioterapeutene på den somatiske og den psykiatriske institusjonen uttrykk for det samme: De skulle ikke bare skrive om pasienten og helsehjelpen. De følte også en forpliktelse til å formidle hva fysioterapi står for. Fysioterapeutene i psykiatrien la dessuten inn tilleggskommentarer og forskjellige former for leseveiledninger for å bli forstått. De strevde først og fremst med å få gehør for kroppens plass i det tverrfaglige miljøet der samtale, opplevelser og atferd har dominerende plass.

Felles for alle var at de synes journalskriving er vanskelig og krevende, og alle viste til tidspress som begrunnelse for at en del journaler var mangelfulle. Samtidig tok de det som en selvfølge at de skulle dokumentere sin praksis i pasientjournalen. For øvrig fortalte de fleste at det var inspirerende å arbeide i tverrfaglig sammenheng, og de viste til at det primært var i møtevirksomhet – når de formidlet seg muntlig om pasienter og fysioterapi – at følte de seg forstått og anerkjent.

Helsetjenesten er for tiden preget av omorganiseringer, og det innebærer nye krav og utfordringer for alt helsepersonell. Men ut fra en omfattende kontakt med kolleger i ulike praksisfelt tør jeg våge å hevde at hovedtrekkene jeg har skissert her, har høy aktualitet i dag, og vil ha det også i fremtiden.

Reliabilitet og relevans

Fysioterapi foregår i direkte møter, det som ofte kalles ansikt-til-ansikt-situasjoner. De innebærer berøring, håndtering, bevegelser og interaksjon av ulik art, og vi bruker lite utstyr. Vi baserer oss både i undersøkelse og behandling på to hovedkilder: verbal og kroppslig informasjon, og som vi vet flyter verbale og kliniske tilnærmingsmåter mer eller mindre over i hverandre. I travle hverdager kan det være fristende å ty til det enkle og kjappe framfor det som er mer krevende. Men når det gjelder journalføring kan virkningen av å redusere dokumentasjon fra fysioterapi til bruk av tester og standardiserte registreringsverktøy være uheldig over tid.

Her kommer vi ikke unna grunnlagsproblemer. Det synes nødvendig å minne om at fenomener er av ulik art, og at *mening* er et konstituerende trekk ved mennesket. Dette skulle være premissgivende for all form for dokumentasjon. Derfor noen ord om mål(ing) og mening, presisjon og entydighet.

Mens presisjon i en *kvantitativ* tradisjon er forbundet med tallstørrelser, krever presisjon i en *kvalitativ* sammenheng at man beskriver og tydeliggjør fenomeners egenart og setter dem inn i en meningsfull sammenheng. Et eksempel som ofte gjentas i vitenskapsteoretiske klargjøringer er dette: Når noen gråter kan man måle tårevæsken nøyaktig, men vi får ikke dermed tilgang til hva tårene betyr (20). Som Mol skriver om bruk av instrumenter og teknologi: «devices do more than register facts» (21); de intervenerer i situasjonen og de styrer både pasienter og helsepersonells oppmerksomhet – på kort og lang sikt. Her er vi ved kjernen av spenningsforholdet mellom reliabilitet og relevans. Som påpekt av flere: Det som vinnes i reliabilitet tapes lett i relevans.

For å hindre misforståelser må jeg kanskje gjenta hva jeg har gitt uttrykk for i mange sammenhenger tidligere: Å argu-

mentere for eller mot måling i seg selv er meningsløst (22,23). Spørsmålet er hva som måles, på hvilket grunnlag og hva slags fortolkningsramme målingene settes inn i. Ingen prinsipielle problemer oppstår ved å måle kvantifiserbare forhold. Da stemmer jo fremgangsmåten med fenomenenes art. Men store problemer oppstår når kvalitative forhold og meningssammenhenger presenteres i numeriske størrelser. For det innebærer en omgjøring – en transformasjon – av fenomenene: til noe de ikke er (22:15).

Med økende bruk av tester og instrumenter risikerer vi i dag at viktige praksiserfaringer forblir usynlige og usystematiserte. De forblir utilgjengelige for andre enn de handlende fagutøvere selv. Denne usynliggjøringen som vi selv bidrar til har omfattende konsekvenser både for hvordan fysioterapi presenteres og oppfattes i den offentlige verden, for hvordan faget vårt videreføres og utvikles i utdanning og praksis, for vår selvforståelse – og selvfølelse.

Det som er nedfelt på papiret styrer leseres oppmerksomhet, og de kan ikke vite noe om forhold som ikke omtales. Dermed kan det skrevne lett oppfattes som det viktigste. Gjennom hva vi skriver, skapes et bestemt bilde av hva fysioterapi går ut på, og det vil i neste omgang være avgjørende for forventninger til og bruk av fysioterapi. Å tydeliggjøre kliniske og funksjonsorienterte vurderinger i journaler og epikriser er et viktig bidrag til å sikre faglig forsvarlig helsehjelp og hensiktsmessig bruk av fysioterapi.

Referanser

1. Hartmann H. Fysioterapeuter fram fra mørkeloftet. Debattinnlegg. Fysioterapeuten. 2014; 81(11):38.
2. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell mv. av 1999-07-02 nr 64.
3. Burnum JF. The misinformation era: the fall of the medical record. Annals of internal medicine. 1989;110(6):482-4.
4. Reiser SJ. The clinical record in medicine Part 2: Reforming content and purpose. Annals of internal medicine. 1991;114(11):980-5.
5.Eraut M. Developing professional knowledge. London: Rouledge, 2006.
6.Grimen H. Profesjon og kunnskap. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008, s.71-86.
8. Thornquist E. Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
9. Skelton J. The representation of truth in academic medical writing. International Journal of Applied Linguistics. 1997; 18(2):121-140.
10. Svennevig J. Språklig samhandling: innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse. 2. utg. Oslo: Landslaget for norskundervisning; 2009.
11. Montgomery K. How doctors think: clinical judgement and the practice of medicine. Oxford: Oxford University Press; 2006.
12. Monroe WF, Holleman WL, Holleman MC. «Is there a person in this case?» Literature and medicine. 1992;11(1):45-63.
13. Charon R. To build a case: medical histories as traditions in conflict. Literature and Medicine. 1992;11(1):115-32.
14. Thornquist E. Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern. Forskningsrapport. Oslo: Universitetet i Oslo; 1992.
15. Thornquist, E. Fysioterapeuters journaler – en undersøkelse av språkbruk. Fysioterapeuten. 2007; 74(9):22-28.
16. Thornquist, E. Pasientjournaler i fysioterapi – en sykehusundersøkelse. Del I. (oktober) Hentet fra http://fysio.dk/Upload/Fafo/PDF/Tema/Journaler/Pasientjournaler_I_Thornquist_2010.pdf.
17. Thornquist, E. Pasientjournaler i fysioterapi - en sykehusundersøkelse. Del II. (oktober) Hentet fra http://fysio.dk/Upload/Fafo/PDF/Tema/Journaler/Pasientjournaler_II_Thornquist_2010.pdf.
18. Stavang V, Thornquist E. Fysioterapiepikriser - mangfaldig funksjon og nytte. Fysioterapeuten. 2014; 81(10):40-44.
19. Harman K, Bassett R, Fenety A, Hoens A. «I think it, but don't often write it»: the barriers to charting in private practice. Physiotherapy Canada. 2009;61(4):252-8.
20. Heidegger M. Zollikon Seminars. Protocols - Conversations - Letters. M. Boss (red.). R. Askay & F. Mayr (overs.). Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 2001.
21. Mol AM. What diagnostic devices do: the case of blood sugar measurement. Theoretical Medicine and Bioethics 2000;21:9-22.
22. Thornquist E. Dokumentasjon: Mål(ing) og mening. Fysioterapeuten. 1996; 63(9):14-22.
23. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.

Mindre smerter med fysioterapi etter skivekirurgi

Pasienter som får fysioterapeutisk trening fire ganger eller mer etter skivekirurgi, har mindre smerter enn pasienter som må sørge for sin egen rehabilitering, ifølge en australsk retrospektiv studie med 600 deltakere.

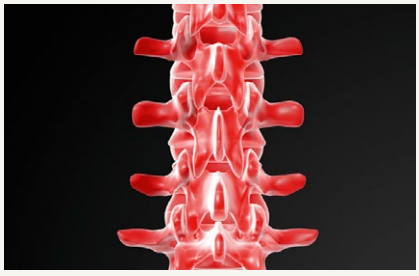
TEKST Dagrun Lindvåg
dl@fysio.no

HENSIKTEN var å vurdere effekten av fysioterapi etter total lumbal skiveprotese. Dette ble gjort ved å gjennomgå rehabiliteringen etter operasjon for 600 pasienter. Den retrospektive studien er publisert på nett i Physiotherapy Resarch International. Den er også omtalt i Fysio, nyhetsbrevet for fysioterapeuter (7/2015).

Tre grupper

Deltakerne ble delt inn i tre grupper. I den første gruppen trente pasientene på egen hånd. Den andre pasientgruppen fikk en til tre sesjoner med fysioterapeut, mens den tredje gruppen fikk fire eller flere.

Rehabiliteringen besto av øvelser for postural kontroll og stabilisering, gangtrening, stretching, manuellterapi, avslapningsøvelser, ulike former for smertelindring, samt informasjon om blant annet selve inngrepet, om smerte, tilhelingsprosess og strategier for smertehåndtering.



Signifikante forbedringer

Resultatene viste at begge gruppene som trente med fysioterapeut hadde statistisk signifikante og muligens også klinisk relevante forbedringer i forhold til funksjonsnedsettelser, smerte og livskvalitet, sammenlignet med egentrening.

Postoperative oppfølginger ble utført etter 3, 6, 12 og 24 måneder. Forbedringene vedvarte ved 24 måneders oppfølging.

Kilde: Green A, Gilbert P, Scott-Young M, Abbott A. Physiotherapeutic rehabilitation following lumbar disc replacement: A retrospective study. Physioter Res Int 2015; epub ahead of print.

En systematisk oversikt er en oversikt som bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt hente ut, sammenstille, analysere og gradere data fra studiene som er inkludert i oversikten.

Kvaliteten på dokumentasjonen i en systematisk oversikt bedømmes blant annet ut fra studiedesign, risiko for systematiske feil, om resultatene peker i samme retning og om studiene totalt har tilstrekkelig antall deltakere. Vi bruker Grades of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) sitt system for å lage en profil over kvaliteten på dokumentasjonen for hvert utfallsmål. Dokumentasjonen kan være av høy (✪✪✪✪), middels (✪✪✪○), lav (✪✪○○), eller svært lav kvalitet (✪○○○). Jo høyere kvalitet, jo sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist anslått.

Trening kan muligens påvirke beintetthet i lårhalsen hos kvinner etter overgangsalderen

Omtalt av **Underland V** og **Denison E**
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Trening kan muligens påvirke beintettheten i lårhalsen hos kvinner etter overgangsalderen. Dette antyder resultatene fra en systematisk oversikt publisert i BMC Musculoskeletal Disorders. Forskerne har ikke sett på hvilken type trening som gir best effekt.

Bakgrunn

Osteoporose rammer ca. 200 millioner kvinner i verden årlig. Ved osteoporose er beinmassen redusert slik at risiko for brudd øker, særlig etter overgangsalderen. Det vanligste er å få brudd i hofte og rygg. Norge er blant landene i verden med flest lårhalsbrudd og syv av ti brudd rammer kvinner. Primærforebygging av osteoporose begynner allerede i barndommen og pubertetsalderen gjennom tilstrekkelig vektbærende aktivitet for å bygge opp beinmassen maksimalt. Tap av beinmasse skjer gradvis etter 20-års alder. I voksen alder kan vektbærende fysisk aktivitet bidra til å vedlikeholde beinmassen. For personer som har fått påvist osteoporose benyttes legemidler og en kombinasjon av kalsium og vitamin D for å redusere risiko for frakturer. Andre tiltak er endring av livsstilsfaktorer som fysisk inaktivitet, røyking og høyt alkoholforbruk. Trening har som mål å påvirke både risiko for fall og beintetthet. Trening som anbefales går enten på vektbærende øvelser som f. eks. gange, jogging og hopp, eller styrketrening.

Hva sier forskningen?

I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av trening med fokus på vektbærende øvelser eller styrketrening på mer enn 24 uker på beintetthet hos kvinner etter overgangsalderen. Forfatterne av oversikten har ikke beskrevet hva tiltakene er sammenlignet med. Forfatterne har slått sammen studier med vektbærende øvelser og styrketrening.

Forfatterne fant at:

- Trening muligens har en liten effekt på beintettheten i lårhalsen (✪✪○○)
- Trening trolig har liten eller ingen effekt på beintettheten i korsryggen (✪✪✪○)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av den systematiske oversikten, publisert i BMC Musculoskeletal Disorders, gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i august 2011. De fant 25 studier med til sammen 1.775 personer som de inkluderte i oversikten. De inkluderte studiene var publisert mellom 1992 og 2011.

Studiene var utført i USA, Australia, Canada, Brazil, Japan, Portugal, Sverige, Storbritannia, Kina og Tyskland.

Det var stor variasjon av tiltakene i de ulike studiene, med varighet fra 24 til 104 uker. Tiltakene varierte med styrketrening, aerob trening, gange og hopp. I enkelte av studiene fikk deltakere i studien også D-vitamin eller kalsiumtilskudd.

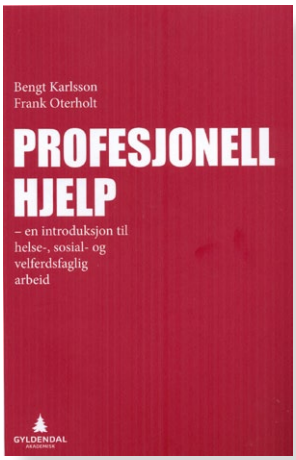
Utfra resultatene i metaanalysene ser det ut til at alle studiene har liknende resultater, uansett om tiltaket er vektbærende øvelser eller styrketrening. Heterogeniteten i metaanalysene for utfallet beintetthet i lårhalsen kommer av at to studier i metaanalysen viser stor effekt av tiltaket.

Kilde

Kelley GA, Kelley KS, Kohrt WM. Effects of ground and joint reaction force exercise on lumbar spine and femoral neck bone mineral density in postmenopausal women: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Musculoskeletal Disorders 2012; 13: 177. http://www.biomedcentral.com/1471-2474/13/177.

Refleksjon og undring

Bengt Karlsson, professor i helsearbeid og Frank Oterholt, leder av sentralt fagforum i Norsk Sykepleieforbund:
Profesjonell hjelp - en introduksjon til helse-, sosial- og velferdsfaglig arbeid
Gyldendal Norske Forlag A/S, 1. opplag 2015
147 sider
ISBN: 978-82-05-48058-2



Denne boka retter seg mot studenter ved bachelorutdanningene i helse-, sosial- og velferdsfagene. Forfatternes hensikt er å beskrive og drøfte hva helse- og sosialhjelp kan være. De peker på at vi alle begynner vårt arbeid med en forforståelse, og de forsøker videre å belyse noen likheter og ulikheter mellom de ulike fagene. Boka består av syv kapitler, og i disse reflekteres det rundt temaene kunnskap, relasjon og kommunikasjon samt kontekst og samarbeid. Hver del avsluttes med invitasjoner til videre refleksjoner og lesning. Det er mange forfattere som har skrevet om disse temaene tidligere. I denne boka er det imidlertid gjort på en så lettfattelig og pedagogisk måte at jeg synes at boka er godt egnet til gruppearbeid for studenter i helse- og sosial- og velferdsfagene.

Kan ferdige fysioterapeuter finne denne boken interessant og finne temaer her som berører deres praktiske virkelighet? Det mener jeg absolutt. Ulike former for kunnskap og kunnskapssyn blir belyst og skrevet om på en lettfattelig måte. Forfatterne påpeker at noe kunnskap har høy status og kaller vår tid for kunnskapsevidensens tidsalder. De fremhever at taus kunnskap og faglig skjønn også må tas med som viktige kunnskapskilder for den profesjonelle hjelperen. I dette kapittelet vil flere fysioterapeuter kunne finne godt gjenkjennelig stoff, for eks. referansene til Tom Andersen og hans utvikling av samtaleterapiens reflekterende prosesser. Andersen har som kjent samarbeidet med fysioterapeuter som Gudrun Øvreberg.

En rød tråd gjennom hele boka er at samhandling med hjelpetrengende mennesker må baseres på et subjekt til subjekt forhold. Ord som tillit, respekt, håp og ansvarlighet trekkes frem som bærebjelker i en god relasjon. I kapitelet om hjelp og kontekstens betydning blir det stilt flere viktige spørsmål som: «Hva er det som styrer mine faglige valg, verdier og handlinger?». Forfatterne skriver at tradisjoner og kunnskap forandrer seg kontinuerlig. Akkurat som barna bør man hele tiden undre seg over hvorfor ting er som de er, og hvorfor man gjør som man gjør. Slik ettertenksom undring vil kunne bidra til videreutvikling av en selv både som person og fagperson. De gode svarene er gjerne de som først dukker opp i etterkant av utfordringene. Det tror jeg de fleste har erfart i løpet av sin yrkeskarriere.

Grete Stokkenes, tidligere førstelektor i fysioterapi ved Høgskolen i Bergen

«Det blåser en forandringens vind over samarbeidet mellom fysioterapeuter og ortopeder ved St. Olavs Hospital.»

-Vi må tenke nytt

Det har lenge vært dokumentert at kirurgi ofte ikke hjelper ved artrose og degenerativ menisk. Likevel er antallet operasjoner mangedoblet. Men i Trondheim er det mye nytt på gang. Ortoped Tarjei Egeberg gleder seg til mer tverrfaglighet rundt artrosepasientene.

TEKST Anne Kristiansen Rønning
fysioterapeuten@fysio.no

TARJEI EGEBERG er ortoped og overlege ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Han har fått med seg medieoppslagene den siste tiden, om skjevheten i operasjonsfrekvensen i ulike landsdeler, og at dokumentasjonen på at operasjon er mer effektivt enn konservative tiltak, kan være mangelfull.

Han erkjenner at en del pasienter burde ha fått konservativ behandling istedenfor operasjon.

– Også i Trøndelag har vi en tendens å operere for mange. Et eksempel kan være eldre pasienter med artrose og degenerative meniskskader. Ortopeder velger fortsatt i stor grad operasjon, selv om nytten av dette inngrepet ikke er dokumentert, sier Egeberg.

En årsak kan være at gamle holdninger henger igjen.

– Enkelte kolleger vil helst gjøre som de alltid har gjort. Det kan også være at private klinikker gjør dette av økonomiske grunner, og at små lokalsykehus kanskje synes det gir inntrykk av stor aktivitet. Et annet aspekt er nok også at fastleger og pasienter har svært stor tro på at kun operasjon vil hjelpe, konstaterer Egeberg.

JOBBER FOR PASIENTENS BESTE Overlege og ortoped Tarjei Egeberg. Foto: St. Olavs.

Han peker også på tendensen til overdiagnostisering:

– For eksempel utreder fastlegene nærmest sjablongmessig alle leddplager med MR. Dette er en svært kostbar og sensitiv røntgenundersøkelse, som ofte påviser forhold i leddet som ikke er klinisk relevante.

Selv er han i en rolle der han vurderer alle henvisningene til Røros sykehus – også impingement-problematikk i skulder, og andre skulderplager. Men han opererer ikke skuldre selv.

Ønsker seg andre rutiner

Egeberg ønsker seg fastleger som i større grad vurderer behandling i primærhelsetjenesten, for eksempel fysioterapi, i stedet for å tro at alt må vurderes av ortoped først.

– I min praksis med artrosepasienter er det langt flere som ikke skal opereres enn de som bør opereres. Sånn sett burde de egentlig ikke vært henvist til sykehuspoli- »»»

– Artrosepasientene må få tidlig informasjon

Pasienter trenger å høre at bevegelse kan være minst like bra som operasjon. Mange velger da egeninnsats foran å legge seg under kniven.

TEKST og **FOTO** Anne Kristiansen Rønning
fysioterapeuten@fysio.no

DET MENER fysioterapeutene Monika Engdal og Astrid Rasch, som jobber ved leddproteseseksjonen i ortopedisk avdeling, St. Olavs Hospital. Begge er sentrale i prosjektgruppa for artroseskolen, og de andre tiltakene for artrosepasienter ved sykehuset. Prosjektgruppa består av ortoped, fysioterapeuter, farmasøyt, revmatolog, sykepleier og brukerrepresentant.

Planen er å arrangere ukentlige kurs på to-tre timer, der pasienter med hofte- og kneartrose får informasjon fra ortoped, fysioterapeut og andre faggrupper.

– Målet er at alle hofte- og kneartrosepasienter som blir henvist til St. Olavs Hospital skal få lik og kunnskapsbasert informasjon om sykdommen, om trening og medikamentell behandling, vektreduksjon, operasjon og komplikasjoner ved kirurgi. De skal også få utveksle erfaringer, forteller Monika Engdal.

Pasientene skal få denne informasjonen tidlig i forløpet, før det er snakk om individuell konsultasjon hos ortoped.

– Artrosepasientens forløp vil bli satt mer i system. Alle vil få god informasjon gjennom artroseskolen, og med mindre det er klar operasjonsindikasjon, skal pasienten henvises til trening hos fysioterapeut etter kunnskapsbaserte metoder før de eventuelt kan vurderes til proteseoperasjon, slår Engdal fast.

Utspring fra lærings- og mestringskurs

Engdal og Rasch har stått i bresjen for et lærings- og mestringskurs for pasienter med artrose i hofte eller kne ved sykehuset i tre år nå. Kurset foregår over to dager og ledes av fysioterapeuter, med innlegg fra brukerrepresentant, ortoped, farmasøyt, ergoterapeut og sosionom. Deltakerne får informasjon om trening, fysisk aktivitet, medikamentell behandling, rettigheter, praktisk bassengtrening og styrketrening. Og de utveksler erfaringer.

– Den nye artroseskolen er tenkt å være en kortversjon av LMS-kurset. Den vil nå ut til en mye bredere andel av artrosepasientene før de kommer til individuell konsultasjon hos ortoped. Man vil også sikre at alle får samme, viktige informasjon, før det overhodet kan bli snakk om proteseoperasjon, forteller Rasch.

Fysioteraputene har stor tro på dette, og gleder seg til å ta fatt.

– Ifølge behandlingspyramiden for artrosepasienter er protese det siste behandlingsalternativet for et fåtall av pasientene, ca. ti prosent. Det finnes ingen dokumentasjon på at artroskopiske inngrep på knær og hofter hvor det er påvist artrose, har bedre effekt enn trening, eventuelt i kombinasjon med medikamentell behandling og vektreduksjon, der det er aktuelt. Det er dokumentert at for pasienter med mild til moderat artrose, kan trening bedre funksjon, redusere smerte og lette aktivitetene i hverdagen. Det er svært viktig at denne informasjonen når ut til pasientene, sier Engdal.

Fastlegen viktig

De to fysioterapeutene erfarer at pasienter som får god informasjon om ikke-kirurgisk behandling som trening og øvelser, medikamenter og vektreduksjon, for de det er aktuelt, blir tryggere.

– Det er svært viktig at fastlegen informerer pasienten om at bevegelse hjelper. Og det er nyttig med et godt samarbeid mellom

››› klinikken. Mange pasienter sitter med en forventning om at det å bli operert er en ganske enkel og risikofri måte å bli bra på, sier Egeberg.

Han anslår at 60-70 prosent av pasientene som blir henvist til poliklinikken på grunn av kne- eller hofteartrose ikke trenger operasjon. De trenger informasjon og burde ha kommet i gang med konservativ behandling i stedet for å vente på en poliklinikktime.

Nå planlegger St. Olavs Hospital oppstart av et nytt prosjekt, med artroseskole som erstatning for individuell samtale med ortoped i poliklinikken. Her skal pasienten få informasjon av fysioterapeut, revmatolog og farmasøyt, i tillegg til ortoped.

Egeberg gleder seg til å forsøke nye arbeidsrutiner og en mer tverrfaglig tilnærming:

– Dette tror jeg pasientene vil profitere på. Og ikke minst vil yrkesgruppene som er hovedaktørene i den konservative behandlingslinjen få kontakt med artrosepasientene på et tidligere tidspunkt, før pasienten skal bestemme seg for operasjon eller ikke.

- Mangelfull og dårlig utført

Ifølge ortopeden går en del av prosjektet også ut på å forbedre den konservative behandlingen ute i primærhelsetjenesten, ved at sykehusets fysioterapeuter sprer evidensbasert kunnskap om treningsterapi til kolleger i kommunene. Prosjektet skal evalueres etter at det har pågått noen måneder.

– Noe av årsaken til de høye forventningene til operasjon, både hos fastlege og pasient, er dessverre at den konservative behandlingen har vært mangelfull og til dels dårlig utført. Vi håper at disse tiltakene kan imøtekomme artrosepasientenes behov på en bedre måte i de ulike stadiene av sykdommen. Men avgjørelsen om operasjon er det til syvende og sist pasienten som må ta – på et best mulig informert grunnlag, understreker Tarjei Egeberg. ■

EN UTVIKLING Fysioterapeutene Monika Engdal og Astrid Rasch er opptatt av å ha et godt samarbeid med ortopedene. – Vi føler at det har blitt stadig bedre de siste årene, sier de.

ortoped og fysioterapeut i den fasen da det ennå er usikkert om det blir proteseoperasjon. Pasientene må få god og balansert informasjon om behandlingsmuligheter og alternativer til kirurgi. Fysioterapeuten kan være med å vurdere om pasienten kan ha nytte av å bli henvist til fysikalsk øvelsesbehandling, sier Rasch.

Fast Track

Hun forteller engasjert om Fast Track, et kunnskapsbasert og standardisert pasientforløp, der alle ledd er optimalisert for å gjøre behandlingsforløpet så bra som mulig.

– Før innføringen av Fast Track i leddprotesekirurgien ved St. Olavs, hadde fysioterapeuten ingen innvirkning på hvilke pasienter som ble operert. Fysioterapeuten møtte pasienten på forhånd kun for å gi preoperativ informasjon. Etter innføringen av Fast Track, er det fortsatt ortopeden som vurderer henvisningen fra fastlegen og sammen med pasienten bestemmer om man skal operere eller ikke. Men etter at operasjon er bestemt, har pasienten en individuell konsultasjon med undersøkelse hos fysioterapeut ved preoperativ poliklinikk, forteller Rasch.

Ved denne konsultasjonen hender det at fysioterapeuten kommer fram til at det likevel ikke er indikasjon for proteseoperasjon. Dersom ortoped og pasient er enig i vurderingen, tilbys i så fall pasienten i stedet deltakelse på lærings- og mestringskurset for artrosepasienter.

En forandringens vind

Dette har ifølge fysioterapeutene ført til bedre forståelse de to fagfeltene imellom.

– Vårt inntrykk er at fysioterapeuten i større grad enn for fire, fem år siden er enig med ortopedens vurdering av hvilke pasienter som bør tilbys proteseoperasjon, forklarer de.

Rasch og Engdal føler at det blåser en forandringens vind over samarbeidet mellom fysioterapeuter og ortopeder ved St. Olavs Hospital. Ortopedene ved sykehuset ønsker nå selv å drive artroseskole sammen med fysioterapeut, revmatolog og farmasøyt. Målet er at henvisninger fra fastlegene vedrørende pasienter med mild til moderat artrose skal gå direkte til denne skolen, i stedet for at pasienten får individuell konsultasjon hos ortoped.

– Forskning viser jo nå at ikke-kirurgisk behandling og trening er den beste behandlingen for flere tilstander. Vi ser ikke bort fra at dette vil kunne føre til en holdningsendring blant ortopeder, og en endring i hvordan vurderingene gjøres. Etter hvert vil forhåpentligvis bedre informasjon til pasientene om behandlingsalternativene også gjøre dem bedre rustet til å ta en kvalifisert avgjørelse når det gjelder operasjon, slår de fast. ■

Det gikk bra andre gangen

– Fysioterapeuter og ortopeder må samarbeide for at vi pasienter skal få god behandling. For oss er trygghet og kunnskap helt avgjørende.

TEKST og **FOTO** Anne Kristiansen Rønning
fysioterapeuten@fysio.no

– AT FASTLEGEN og lokale fysioterapeuter også kjenner til hva som kan hjelpe, og bidrar for å få det til, er viktig.

Det mener Ann Elisabeth Sønstelien fra Klæbu (51). Hun fikk operert inn protese i hofteleddene, med fem års mellomrom. Den første gangen gikk hun lenge sykemeldt og måtte vente tre år på operasjon. Hun følte heller ikke at hun fikk god informasjon om trening.

Den andre gangen gikk det veldig greit. Kunnskapen hun hadde fått da, var avgjørende for at det gikk så bra. Det ga henne en helt annen trygghet.

– Det er viktig for oss pasienter at det er et godt samarbeid mellom fastlege, fysioterapeut og ortoped i fasen før operasjon er fastsatt. Det kan være en fase som varer lenge, og det kan være vanskelig å vite hvor mye man kan belaste leddet, sier hun.

Selv visste hun ikke hvordan og hvorfor hun skulle trene mens hun ventet på operasjon første gangen. Det medførte stor svekkelse av muskulaturen. Et negativt bevegelsesmønster førte også til at kneet begynte å stivne.

Opptreningsperioden etter operasjon ble lang.

– Det tok over seks måneder før kneet var smertefritt og i full bevegelse igjen, og å få muskulaturen i setet og rundt hofteleddet på plass har tatt flere år, til tross for mye trening. Det er ennå ikke på høyde med slik det var. Jeg tror at jeg ville unngått disse problemene om jeg hadde fått nok informasjon og opplæring av ortoped, fysioterapeut og andre relevante faggrupper.

Raskt i jobb igjen

Da hun måtte operere motsatt hofte fem år

ENGASJERT Første gangen hun fikk plager i hofte og kne savnet Ann Elisabeth Sønstelien god informasjon om hvordan hun skulle trene. Den andre gangen gikk hun ikke lenge sykmeldt før hun var i jobb igjen.

senere ble forløpet helt annerledes.

– Jeg hadde nok kunnskaper og erfaringer til å fortsette med trening, tilpasset min situasjon. Jeg trente intensivt sykling og spinning helt opp til operasjonen, og beholdt muskelmasse og styrke. Jeg var da brukerrepresentant i prosjektet som startet med lærings- og mestringskursene for artrosepasienter, forteller hun.

Sønstelien var sykemeldt bare en kort periode etter operasjon nummer to.

– Etter tre uker jobbet jeg i full stilling, samtidig som jeg fortsatte med opptrening veiledet av fysioterapeut. Jeg deltok også i en treningsgruppe for nyopererte. Mye ville nok vært annerledes for meg om jeg hadde fått slik oppfølging første gangen!

Unngå kompleksitet

Sønstelien mener det kan være nyttig å videreutvikle et mer strukturert samarbeid mellom fysioterapeut og ortoped i forkant av operasjon.

– Jeg savner et samarbeid med fysioterapeut med tanke på symptomkartlegging og treningsveiledning. Dette kan være ganske komplisert for pasienten som ofte er veldig alene i påvente av utredning og behandling. Tilstrekkelig kunnskap om trening, hvile, tilrettelegging og alternative treningsmetoder er avgjørende for å kunne mestre hverdagen. Dette kan føre til færre og kortere sykemeldingsperioder, sier hun.

Kunnskap gir bedre resultat

I hennes tilfelle var det ikke noen tvil om behovet for operasjon den første gangen.

– Den andre gangen klarte jeg ved hjelp av trening og fastlege å utsette operasjon, helt til det ikke var tvil om at jeg måtte opereres. Jo mer kunnskap pasienten har, jo lettere er det å gjøre de riktige vurderingene sammen med ortoped og fysioterapeut, påpeker hun.

Nå jobber hun som forskningsmedarbeider ved St. Olavs Hospital. Hun er fremdeles brukerrepresentant på lærings- og mestringskursene til Rasch og Engdal, og i prosjektgruppa for den nye artroseskolen.

– Jeg har fått god, personlig oppfølging og er opptatt av friskfokuset. Går du til fastlegen og får henvisning til operasjon, uten at det er noen tanker om trening, skyves du ofte inn i en «sykhetsboks». Da er det utrolig lett å komme inn i en ond sirkel, påpeker hun, og fortsetter:

– Jeg er så opptatt av dette. Uansett hvilke plager man har i muskler og ledd, og om det blir operasjon eller ei: Det er veldig viktig å prøve et intensivt treningsopplegg først! ■

HAR KJENT DET PÅ KROPPEN **Ann Elisabeth Sønstelien har hatt to totalt ulike behandlingsforløp med sine hofteoperasjoner. – Det er umåtelig viktig at vi pasienter får informasjon om hva som virker, og hvordan vi kan trene selv, sier hun.**

Nr. 9
Årets fagutgivelse
«Fysioterapi i rehabilitering»

Vitenskapelige artikler, kronikker, essays og sammendrag m.m.

Kommer 30. oktober

FOLLO FUTURA
www.follo-futura.no | www.alfacare.no

Kirurgi ved kneartrose bør unngås

En ny omfattende studie gir støtte til oppfatningen om at knekirurgi ved artrose hos middelaldrende pasienter ikke er forsvarlig.

TEKST John Henry Strupstad
js@fysio.no

DET MENER danske og svenske forskere, som i sommer publiserte en metaanalyse som så på nytten og risikoen ved artroskopisk kirurgi hos middelaldrende personer (1).

Ikke klinisk signifikant

I studien framholder forfatterne at det finnes en liten positiv effekt på smerte etter kneoperasjon, men at den effekten er så liten at den ikke anses for å være klinisk signifikant.

Forskerne fant kun en marginal kortvarig effekt av kneartroskopi sammenlignet med kontrollintervensjoner, placebokirurgi og trening, for middelaldrende og eldre pasienter med knesmerter. Det var ingen tydelig effekt etter ett år.

Pasientene var rundt førti år og eldre, med eller uten artrose fastslått ved røntgen, og med degenerative forandringer i kneet, typisk meniskskader, og/eller bruskskader.

Komplikasjoner

Forskerne fant heller ingen effekt av kirurgi på funksjon. Kirurgi var forbundet med risiko for komplikasjoner som er sjeldne, men som kan være veldig alvorlige. Man kan imidlertid ikke avvise at det er grupper av pasienter som har nytte av kirurgien, men det er ingen evidens for hvem disse måtte være. Aktive idrettsutøvere er en pasientgruppe forskerne nevner som spesielt interessante studiedeltakere i neste omgang.

- Ineffektiv og potensielt skadelig

Andy Carr, som er professor i ortopedisk kirurgi ved Oxford University, har skrevet en følgekommentar (2) til studien, der han sier at vekten av bevis for at artroskopisk knekirurgi for smerte ikke virker nå er tyngre enn bekymringene for at kvaliteten på slike studier er for dårlig, eller at forskerne påvirkes av ulike interesser. Behandlingen er ineffektiv, brukes for mye og er potensielt skadelig, fastslår han. Carr trekker også frem det faktum at effekten av placebokirurgi og kneartroskopi var tilnærmet lik.

Norge ikke bedre

I Norge har det også den siste tiden pågått en debatt omkring dette temaet. Forskningen peker i en retning, men ikke alle fagmiljøer lar seg påvirke av dette:

– Det er et generelt problem at det tar lang tid før kunnskap implementeres. Det at artroskopi ikke er virksom mot degenerativ menisk, har vi visst i ti, femten år. Likevel er antallet operasjoner mangedoblet. Det er altså ikke mangel på kunnskap, men mangel på implementeringen av den. Vi har et høyt antall retningslinjer, men måler man i hvilken grad de blir fulgt, blir man veldig skuffet, har Ole Tjomsland, direktør for kvalitet og fagområder i Helse Sør-Øst, tidligere uttalt til Dagens Medisin.

Granskning

Det Nasjonale helseatlaset som ble lansert i januar 2015 (3), viser store ulikheter i dagkirurgi. Granskningen, som omfattet 360.000 inngrep fordelt på 12 vanlige dagkirurgiske operasjoner, avslørte at befolkningen i Norge ikke får likeverdige tilbud. I granskningen heter det at «Særlig er variasjonen stor for inngrepene meniskoperasjoner og skulderkirurgi: I Møre og Romsdal er det over fire ganger så mange meniskoperasjoner som i Stavanger-regionen.»

– Helsetjenesten har i stor grad vært styrt av køer og etterspørsel, og det kan spørres om man i større grad burde planlegge tilbudet ut fra påviste forbruksvariasjoner, dokumentasjon av nytteverdi, og nasjonale gjennomsnitt, skrev forfatterne av rapporten, som tok for seg dagkirurgiske inngrep i Norge i perioden 2011-2013.

Kort oppsummert

Ut fra den nyeste forskningen på dette området, levnes det ikke lenger særlig tvil om hva som bør gjøres av tiltak ved kneartrose hos middelaldrende mennesker: Fysioterapi og opptrening er både billigere, mer effektivt eller like effektivt, og ikke minst langt mindre risikofylt, sammenlignet med kirurgi.

Sundhedsstyrelsen i Danmark skal nå utforme nye, evidensbaserte retningslinjer for denne pasientgruppen. ■

Kilder:
1. J B Thorlund, C B Juhl, E M Roos, L S Lohmander: Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms, BMJ 2015; 350.
2. A Carr: Arthroscopic surgery for degenerative knee, BMJ 2015; 350.
3. L Balteskard, T Deraas, O H Førde, T Magnus, F Olsen og B Uleberg. «Dagkirurgi i Norge 2011-2013», rapport. www.helseatlas.no. Lest 24.8.2015.

Hele organisasjonen i arbeid!

Det er spennende å være forbundsleder i NFF disse dager. Primærhelsetjenesten angår i aller høyeste grad fysioterapeuter, både selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte. Det er betryggende å se at det er mange kloke hoder som har vært og fortsatt er i arbeid, for at våre innspill til stortingsmeldingen og fysioterapiforskriften som kommer i kjølvannet av denne, skal bli så gode som mulig. Og jeg kan melde at det er mye positivt engasjement som blir lagt for dagen!

Etter at meldingen ble lagt fram i mai, har vi satt sammen grupper på tvers av seksjonene i NFFs sekretariat. Meldingen er grundig lest og analysert og vi har fokusert på hva meldingens forslag vil kunne bety for både fysioterapeuter og pasienter. Er dette gode forslag? Er vi enige i forutsetningene?

I august var sekretariatets første utkast ferdig, og kunne sendes over til råd, utvalg og fag- og interessegrupper for synspunkter og innspill. Flere av organisasjonsleddene benyttet anledningen til å gi uttrykk for sine synspunkter. Forbundsstyret behandlet deretter saken og mange av innspillene ble tatt til følge. Den 20. september ble NFFs synspunkter oversendt Stortinget.

1. oktober skal jeg møte i Stortingets Helse- og omsorgskomite for å legge frem noen av synspunktene i en muntlig høring. Hver organisasjon får kun fem minutter, så det sier seg selv at det er det skriftlige dokumentet vi sendte inn 20. september som blir det viktigste innspillet. Komiteen vil avgi sin innstilling innen 5. november. De ulike forslagene, det være seg lovendringer, direkte tilgang, spesialistgodkjenning, veileder og forskrift vil deretter bli behandlet på ulike steder, til ulike tider og på forskjellige måter i forvaltningsapparatet. Noe vil komme som forslag i statsbudsjettet, noe blir utredet i Helsedirektoratet og noe vil bli direkte behandlet i Helse- og omsorgsdepartementet.

I forbindelse med primærhelsemeldingen har regjeringen varslet ny forskrift for avtalefysioterapeuter, og vi har allerede vært innkalt til to møter med Helse- og omsorgsdepartementet om forskriften. Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF) og Norsk Manuellterapeutforening (NMF) er også involvert sammen med oss.

En arbeidsgruppe i sekretariatet ble nedsatt i sommer. Denne kom med saksinnspill til Næringspolitisk råd, som hadde saken oppe til behandling på sitt møte i slutten av august. Næringspolitisk råds innspill ble deretter behandlet av Forbundsstyret. Det første overordnede innspillet fra NFF ble oversendt departementet 15. september. Regjeringen tar sikte på at forskriften skal tre i kraft i 2017.

> Er dette gode forslag? Er vi enige i forutsetningene?

Fred Hatlebrekke
forbundsleder

Jus og arbeidsliv

NFFs forhandlingsseksjon informerer om arbeidslivsspørsmål som berører medlemmene.

Ansattes ytringsfrihet i offentlig sektor

Thea Wessel Jørgensen, advokat, NFFs forhandlingsseksjon

NFF MOTTAR jevnlig spørsmål om grensene for de ansattes ytringsfrihet i arbeidsforhold. Det er vår erfaring at arbeidsgiver kan synes å ha en oppfatning av at arbeidstakers lojalitetsplikt veier tyngre enn deres ytringsfrihet, og at arbeidstakere i stor grad har samme forståelse – til tross for at regelverket tilsier det motsatte. Det er inngrep som må begrunnes, ikke omvendt.

Rettslig utgangspunkt

Ytringsfriheten er en av de grunnleggende menneskerettighetene, beskyttet i Grunnloven § 100, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 10 og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 19. De to konvensjonene gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven. Ansattes ytringsfrihet er ikke særskilt regulert i disse bestemmelsene, men det rettslige utgangspunktet er at de har det samme vernet som enhver annen borger. Hensynet bak ytringsfriheten er å bidra til at sannheten kommer frem, at demokratiet sikres og til individets meningsdannelse.

Beskyttelsen gjelder adgangen til å ytre seg på egne vegne slik at det i utgangspunktet er arbeidsgiver som kan bestemme hvem og hva som skal sies på vegne av virksomheten. Om en ansatt må anses å ha ytret seg på egne eller arbeidsgivers vegne, vil derfor kunne være sentralt og ofte avgjørende i vurderingen av om en ytring er rettmessig.

En ansatt må også tåle visse begrensninger i ytringsfriheten for uttalelser de kommer med på egne vegne, men det følger av Grunnloven § 100 og EMK artikkel 10 at slike begrensninger krever et særskilt rettslig grunnlag. Dette kan være lovfestede begrensninger (for eksempel taushetsplikt), avtaler om taushetsplikt eller den ulovfestede lojalitetsplikten som gjelder i alle arbeidsforhold.

Arbeidstakers lojalitetsplikt

Lojalitetsplikten innebærer at ansatte i utgangspunktet har plikt til å opptre lojalt i forhold til den virksomheten de er ansatt i. Dette betyr imidlertid ikke at arbeidsgiver fritt kan regulere eller sanksjonere ytringer som ansatte fremsetter på egne vegne. De ansatte selv kan sitte med kunnskap og innsikt som er av særlig interesse for den offentlige debatten. Et velfungerende demokrati er avhengig av at viktige, men kanskje ubehagelige forhold kommer frem. Ansattes ytringsfrihet kan også bidra til å motvirke og avdekke ulovlige eller kritikkverdige forhold.

Når lovligheten av en ansatts ytring skal vurderes, må hensynene bak lojalitetsplikten i det konkrete tilfellet veies mot hensynene bak ytringsfriheten. Ved avveiningen må det tas

hensyn til at ytringsfriheten er en menneskerett, beskyttet av Grunnloven og EMK, mens lojalitetsplikten er et ulovfestet prinsipp som skal ivareta arbeidsgiverens interesser. Utgangspunktet for vurderingen er klar: Det skal mye til før en ytring begrenses av arbeidstakers lojalitetsplikt, og det er begrensninger i ytringsfriheten som saklig må begrunnes.

Hvorvidt den ansattes ytringsfrihet kan begrenses ut fra lojalitetsplikten, beror på en konkret vurdering. Momenter vil være identifikasjonsfaren med arbeidsgiver, sannheten av utsagnet, ytringens form, hensynet til allmenheten, hensikten med ytringen, om ytringen er fremsatt internt eller eksternt, og om utsagnet og fremgangsmåten er i tråd med interne retningslinjer. Begrunnelsen må videre være relevant og tilstrekkelig i den enkelte sak.

Sivilombudsmannen

Sivilombudsmannen fører tilsyn med forvaltningens praktisering av de ansatte ytringsfrihet i enkeltsaker og i forhold til for eksempel vurdering av en kommunes interne regler. Kontrollen utføres på grunnlag av klager fra borgerne om urett og feil som måtte være gjort. Ombudsmannen behandler klager som gjelder både statlig, kommunal og fylkeskommunal forvaltning. Ombudsmannen tar også opp saker av eget tiltak.

Ombudsmannen har i en rekke tidligere uttalelser lagt til grunn at arbeidsgiveren som utgangspunkt ikke har adgang til å reagere på en ansatts ytringer, med mindre det foreligger en åpenbar risiko for skade på arbeidsgiverens legitime og saklige interesser. Det er også pekt på at det skal mye til før grensene for den ansattes ytringsfrihet er overskredet. Ytringer som ikke er undergitt taushetsplikt, og som i hovedsak gir uttrykk for arbeidstakerens egne oppfatninger, vil det vanligvis være anledning til å komme med. Det gjelder også ytringer som arbeidsgiveren oppfatter som uønskede, uheldige eller ubehagelige. Offentlige ansatte har et vidt spillerom – både i form og innhold – for offentlig å gi uttrykk for sin mening, også om eget arbeidsområde og egen arbeidsplass.

Eksempel på klagesak

I en klagesak fra september 2014 (sak 2014/379) gjaldt spørsmålet om en kommune hadde rettslig adgang til å gi en ansatt sykehjemslege en skriftlig tilrettevisning på bakgrunn av legens uttalelser i lokalavisen om kommunens budsjett- og økonomiprosess.

I uttalelsen heter det blant annet: *«I forbindelse med X kommunes budsjett- og økonomiplanprosess høsten 2013 uttalte sykehjemslege A seg ved to anledninger kritisk i lokalavisen om kommuneadministrasjonens forslag til kutt i omsorgsbudsjettet og muligheten for en eventuell nedleggelse av sykehjemsplasser. Første gang var i et intervju 25. oktober 2013 og deretter i et leserinnlegg 3. desember 2013. I intervjuet uttalte legen at nedleggelse*

Driftstilskudd og takstkompetanse

SEKRETARIATET har fått spørsmål om det kreves takst A8 (manuellterapi), A9 (psykomotorisk fysioterapi), A2k-kompetanse (spesialistkompetanse) eller mastergrad for å få driftstilskudd. Dette er opp til kommunen. Utlysningsteksten skal oppgi hvilke fysioterapifaglige kvaliteter kommunen etterspør, og ved tildeling er det kommunen som bestemmer hvilke fysioterapibehov kommunen vil ha dekket. NFF erfarer at kommunene oftere enn før krever mastergrad og/eller spesialistkompetanse ved tildeling av driftstilskudd.

Det kan være flere kilder til usikkerhet omkring hva kommunene krever. Fra 1. januar 2016 er det kun mastergrad sammen med veiledet praksis som vil gi spesialistgodkjenning i NFF. Fra samme dato vil godkjenning for takstene A8 og A9 forutsette mastergrad. De som allerede har takst A8 eller A9 uten mastergrad, mister ikke sin takstrettighet. Vær også oppmerksom på at rett til A8 også forutsetter at man oppfyller kravene til primærkontakt.

Fra 1. januar 2016 må du søke SAK om A9-kompetanse. Dette gjelder allerede for takst A8. For å oppnå takst A2k må du kvalifisere til spesialist, og søknaden for å oppnå slik kompetanse skal gå til NFF. ■

av sykehjemsplassene ville være drastisk.

Lege skrev blant annet: *«Helsepersonell må tydeliggjøre premissene for de valgene politikerne gjør. For å være overtydelig: legger en ned sykehjemsplasser, har vi god dokumentasjon for at det medfører betydelig dårligere kvalitet på helse- og omsorgstjenester for den skrøpeligste gruppen i vårt samfunn.»*

Innlegget var undertegnet «*A, Fastlege og sykehjemslege*».

A fikk 13. desember 2013 en skriftlig tilrettevisning fra arbeidsgiveren X kommune som følge av de to avisoppslagene. Det ble i tilrettevisningen vist til at det var rådmannen som skulle orientere offentlig på kommunens vegne om budsjett 2014/økonomiplan 2014 – 2017, og at de ansatte var blitt orientert om dette, blant annet gjennom instruks fra rådmannen. Med henvisning til As uttalelser i intervjuet i lokalavisen og leserinnlegget samme sted het det videre:

«... Med bakgrunn i at du er gjort kjent med rådmannens instruks, finner arbeidsgiver det uheldig at du likevel uttaler deg i kraft av din stilling i X kommune. Faglig uenighet omkring interne prosesser bør søkes løst tjenestevei. I ditt tilfelle er du en del av den faglige ledelsen ved sykehjemmene, og arbeidsgiver forventer en høyere grad av lojalitet fra ledere. På bakgrunn av dette finner arbeidsgiver det nødvendig å gi en tilrettevisning som følge av det omtalte forhold.»

Etter en konkret vurdering kom Sivilombudsmannen med følgende uttalelse:

«Ombudsmannen har kommet til at As ytringer i lokalavisen 25. oktober 2013 og 3. desember 2013 ikke kan anses fremsatt på vegne av X kommune, og at ytringene derved ikke er i strid med det interne regelverket kommunen har vist til. Slik saken er opplyst var de heller ikke i strid med den alminnelige lojalitetsplikten. Det er derved ikke grunnlag for tilrettevisningen, og den må anses som en urettmessig begrensning av As ytringsfrihet. Kommunen bes derfor om å trekke tilrettevisningen tilbake.»

Kommunen trakk tilrettevisningen tilbake, og beklaget også saken overfor A*.

Fra klagebehandlingen ser ombudsmannen at det offentlige på ulike måter innskrenker de ansattes rett til å ytre seg offentlig. Dette skjer blant annet gjennom interne etiske retningslinjer og medieregelement, eller ved tjenestlige tilrettevisninger og ordensstraff. Det offentlige har i mange saker krevd for stor lojalitet fra de ansatte i strid med ytringsfriheten. Ombudsmannen har derfor stilt spørsmål til Kommunal- og moderniseringsdepartementet om det er gjennomført lovlighetskontroller på bakgrunn av klager eller eget tiltak. Departementet er også bedt om å redegjøre for hvordan de vil sikre at kommunale, fylkeskommunale og statlige retningslinjer og instrukser om offentlig ansattes ytringsfrihet er i samsvar med gjeldende rett.

** Les hele begrunnelsen på Sivilombudsmannen.no.*

NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

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

FORBUNDSLEDER
Fred Hatlebrekke
Steingrims vei 22 A, 1185 Oslo
Tlf. 934 04 037, fh@fysio.no

GENERALSEKRETÆR
Arild Stange, 22 93 30 50

SEKSJON ORGANISASJON OG KOMMUNIKASJON
Seksjonsleder: Elin Robøle Bjor, 901 47 513
Kommunikasjonsleder: Vidar Rekve, 957 08 990
Seniorrådgiver: Kari Bente Sørlie, 482 25 205

ADMINISTRASJONS- OG ØKONOMISEKSJONEN
Seksjonsleder: Sunniva Borgen, 901 46 523
Regnskapsansvarlig: Rune Tørrlenn, 932 56 955
Rådgiver: Maren Helene Berntsen, 915 83 781
Økonomikonsulent: Kjellaug Kristoffersen, 969 03 358
Konsulent: Kristin Stormo, 969 03 109
Sekretær: Liss Kristoffersen, 22 93 30 50

FAGSEKSJONEN
Seksjonsleder: Marianne Aars, 934 12 066
Seniorrådgiver: Jorunn Lunde, 952 21 005
Seniorrådgiver: Bente Øfjord, 482 61 726
Seniorrådgiver: Áslaug Skúladóttir, 402 38 662
Rådgiver: Siri Nergård, 977 43 418
Rådgiver: Mona Raddum Loe, 969 04 042
Rådgiver: Ingunn Andersen, 451 22 759
Konsulent: Monica Haugen, 943 24 777
Seniorkonsulent, kurs: Micheline Viktil, 924 28 247

FORHANDLINGSSEKSJONEN
Forhandlingssjef:
Ruth-Line Meyer Walle-Hansen, 408 52 840
Advokat: Thea W. Jørgensen, 913 45 224
Advokat: Irja Anthi, 950 26 665
Advokat: Else-Margrethe Husby, 900 99 021
Advokat: Jan Rino Austdal, 958 59 406
Seniorrådgiver: Bente Eide, 907 30 901
Seniorrådgiver: Kirsti Glad, 908 52 024
Seniorrådgiver: Henriëtta Richter, 990 30 661
Seniorrådgiver: Thomas Volden Åse, 22 93 30 50
Rådgiver: Ida Bentestuen, 22 93 30 50
Seniorkonsulent: Else Jørgensen, 926 53 470

NFFs etterutdanningskurs

Kursoversikt 2015

Det tas forbehold om endringer

Kurstittel	Kursdato	Sted	Påmeldingsfrist
Helse- og miljøarbeid – fysisk arbeidsmiljø	19.-23. okotober	Oslo	Fortsatt ledige plasser!
Hjerterehabilitering – med trening som middel og mål	19.-23. oktober	Oslo	Fortsatt ledige plasser!
Fysioterapi for eldre – ortogeriatri og osteoporose	9.-11. november	Oslo	Fortsatt ledige plasser!
Kurs i inflammatoriske revmatiske sykdommer	12.-13. november og 8.-9. februar 2016	Oslo	Fortsatt ledige plasser!
Lungefysioterapi ved kronisk respirasjonssvikt	18.-20. november	Bergen	Fortsatt ledige plasser!
Balansekoden/læringsorientert fysioterapi	18.-20. november	Oslo	30. september
Kursoversikt 2016			
Onkologi for fysioterapeuter – teoretisk grunnkurs	11.-15. januar	Trondheim	11. oktober
Grunnkurs i treningslære for fysioterapeuter	28.-29. januar og 21.-22. april	Bergen	15. oktober
Helse- og miljøarbeid – fysisk arbeidsmiljø	1.-5. februar	Oslo	1. november
MT – basiskurs i undersøkelse og behandling av cervical, thoracal og skulder	3.-5. februar og 18.-19. april	Oslo	3. november
MT – basiskurs i undersøkelse og behandling av lumbal, bekken og hofte	8.-10. februar og 2.-3. mai	Oslo	7. november
Fordypningskurs i undersøkelse og behandling av kjeveleddet	11.-12. februar	Oslo	15. november
Fysioterapi i palliasjon	4.-6. april	Bergen	4. januar
Fysioterapi for voksne med nevrologiske lidelser	6.-8. april og 9.-10. juni	Bodø	3. januar
Bekkenrelaterte plager 1	11.-14. april	Oslo	10. januar
Helse- og miljøarbeid – psykososialt arbeidsmiljø	18.-22. april	Oslo	8. januar
Onkologi for fysioterapeuter - kreft 3	18.-19. april	Oslo	17. januar
Undersøkelse og behandling av voksne med nevrologiske tilstander – Bobath konseptet	25.-29. april, 23.-27. mai og tredje uke uavklart tidspunkt	Kristiansand	14. januar
Helsefremmende og forebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv	29. august - 2. september	Oslo	29. mai
Advanced course based on the Bobath Concept	19.-23. september	Ahus	12. mai
Helse- og miljøarbeid – fysisk arbeidsmiljø	24.-28. oktober	Oslo	24. juli
Grunnkurs i kreftrelatert lymfødem	24.-28. oktober	Oslo	26. juli
Fysioterapi for eldre – forebygging av funksjons-svikt og fall	26.-28. oktober	Trondheim	19. juni
Fysioterapi for eldre – alderspsykiatri	10.-11. november	Sandefjord	11. august
Bekkenrelaterte plager 2	14.-17. november	Oslo	13. august

> Man lærer så lenge man lever.
>
> **Giambattista Gelli**

Det kommer flere kurs i 2016, som ikke har endelig dato bekreftet. Noen av disse er:

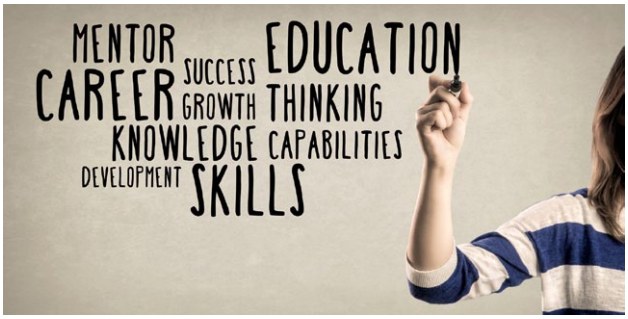
- Grunnkurs i fysioterapi for eldre
- Fysioterapi og psykisk helse

Hva annet skjer?

Det foregår utvikling av flere kursområder høsten 2015 og i 2016:

- Fysioterapi for barn- og ungdom
- Hjerte- og lungefysioterapi
- Psykomotorisk fysioterapi

Det kommer kurs innen disse fagområdene så snart som mulig. Følg med på www.fysio.no/kurs.



Deltakere på NFFs kurs kan søke reisestipend hos Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter. Se **www.fysiofondet.no**

Fysiofondet | Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

Kollegaveiledning

NFF tilbyr kollegaveiledningsgrupper jevnlig – og spredt rundt i landet. Ved å delta i en kollegaveiledningsgruppe får du mulighet til å oppdage sider ved deg selv – og utvikle deg som fagperson, i et fellesskap med kolleger og en erfaren veileder.

Kollegaveiledning er et aktuelt fagutviklingstiltak for alle fysioterapeuter.

Deltakelse i kollegaveiledningsgruppe er obligatorisk ved fornying av spesialitet MNFF.

Vi setter i gang grupper i hele landet, avhengig av etterspørsel. Det må være min 5 deltakere i en region for å starte opp en gruppe. Vi lyser ut kollegaveiledningsgrupper i de største byene, men kan også starte opp grupper basert på lokale initiativ. Hvis du ønsker gruppe der du bor, få med deg min. fire kolleger og ta kontakt med oss.

Gruppene går over 17 timer, vanligvis fordelt på 6-8 samlinger på ettermiddagstid over en 4-9 mnd periode eller 2 ganger 2 samlinger.

Målet er at alle som ønsker å delta i gruppe, skal kunne få et tilbud innen rimelig tid.

Grupper med planlagt oppstart høst 2015:

- Ettermiddagsgrupper: Trondheim, Oslo, Bergen, Skei i Jølster
- 2x2 dager: Namsos, Tromsø.
- Gruppe for ledere i Trondheim (2x2 dager)

Grupper med planlagt oppstart vår 2016:

- Ettermiddagsgrupper: Skien, Gjøvik, Molde, Arendal
- 2x2 dager: Klepp

Ta kontakt for grupper andre steder, mh@fysio.no

KURS OG MØTER Fra NFFs faggrupper og regioner.

Workshop i Elastic Therapeutic Taping in Pediatrics

Arr.: Faggruppen i barne- og ungdomsfysioterapi
Tid og sted: 13. og 14. november 2015 kl. 08.30. SSE, Sandvika
Kursavgift: Kr. 3000,-
Bindende påmeldingsfrist: 15. oktober 2015 (Kun 20 plasser)
For påmelding se våre nettsider på www.fysio.no
Ved spørsmål ta kontakt med faggruppen på epost: barneogungdom@fysio.no
Fullstendig annonse: www.fysioterapeuten.no/Kurs-og-konferanser

Høstseminar 2015

Tema: Behandling og tilnærming til smertepasienter

Arr.: NFFs faggruppe for Mensendieckfysioterapi
Tid: 31.10.15 kl. 10-16
Sted: OUS, Rikshospitalet
Påmeldingsfrist: 23.10.15.
Fullstendig annonse: www.fysioterapeuten.no/Kurs-og-konferanser

ANDRE KURS OG MØTER

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

LHL-klinikkene Glittre

Tverrfaglig lungerehabiliteringskurs

5.-6.november 2015

Kurset gir en innføring i grunnlagsforståelse for hva rehabilitering er. Videre gir kurset også kompetanse for å ivareta pasienter med lungesykdom ved å lære hvordan man kan påvirke funksjonsnivå, redusere tung pust og bedre livskvalitet. Dette vil styrke deres mestring av sykdommen og hverdagen.

Kurset er for ansatte i primærhelsetjenesten, rehabiliteringsteam, frisklivssentraler, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Program, informasjon og påmelding:
http://www.lhl.no/klinikkene/kurs-og-konferanser/kurs/
Kurset vil kunne brukes ved søknad om spesialist.
Søknad sendes NFF i etterkant.

BODY EXAMINATION

Norges ledende oppslagsverk i undersøkelse av muskel- og skjelett

Like praktisk i klinisk hverdag som for studenter!

Høstkampanje nå:
Kun kr 49,- de første 2 mnd.

Bruk registreringskode **"fysio"**.

www.bodyexamination.com

Bli Massør fra Axelsons

Oppnå diplom fra bransjens eldste og største skole

Utdannelse starter 5. januar 2016

For mer info: 23 10 36 20
Møllergt 4. Oslo
Besøk www.axelsons.no

AXELSONS BODY WORK SCHOOL

Irradia Norge AS Med.tek.

KURS

i samarbeid med fysioterapeut Cecilia Lind

Hva kan laserbehandling gjøre innen fysioterapi?
Teori, metode og virkelige pasienttilfeller.

Foto: Mats Holmström

Cecilia Lind, Leg. sjukgymnast, Cert. laserterapeut. Lind har bakgrunn som artist og profesjonell danser. På grunn av en skade måtte hun bytte karriere, og valget ble fysioterapi. Hun ble uteksaminert i 2006. Lind begynte med laserterapi i 2007, og i 2014 kom boken «Laserterapi – en praktisk guide». Boken er basert på hennes praktiske erfaring.

Irradias 904 nm laser bygger på en unik teknisk løsning. Uavhengige RCT-studier viser effekt på inflammasjon – tendinopatier – kneartrose – meniskrupurer – idrettsskader etc.
Tid: Lørdag 21. november kl. 10-18
Sted: Arena Hotell, Lillestrøm
Pris: kr. 1.800,- inkl. pausebuffet
Ved flere påmeldte fra samme arbeidssted, kr. 1.300,- p.p.
Påmelding: Før 30. oktober (pris: 1.400,-)
Kontonr.: 1310 25 25234

Irradia Norge AS i samarbeid med Spectro Analytic Irradia AB produserer og utvikler alle våre termiske og medisinske lasere i Stockholm

Irradia Norge as, Strømsveien 50, 2010 Strømmen.
Tlf. +47 928 31 651 - info@irradia.no - www.irradia.no - Org.nr. 965 825 657

BIOFREEZE®

COLD THERAPY PAIN RELIEF

GELE SPRAY ROLL ON PRO

Bli forhandler og få opptil 50% rabatt

Biofreeze er et «evidence based» produkt noen som gir økt trygghet for både terapeuten som skal formidle produktet og pasienten som skal bruke produktet.

Besøk vår nye biofreeze nettside for mer produkt informasjon og forskning

www.biofreeze.no

Startpakke

Verdien på startpakken er: 4.630,-

Du får startpakken til 1.688,- + frakt.
1 pakke pr. NY kunde.

Alle priser er oppgitt inkl.mva. Det tas forbehold om eventuelle prisendringer som følge av økte importpriser, endrede valuta -forhold, eller andre forhold som ligger utenfor vår kontroll.

info@altiusgruppen.no
tlf: 40 00 70 08

www.altiusgruppen.no Altius Gruppen

bransjeregisteret

AdCARE AS
Din spesialist på ***Ultralyd.***
www.adcare.no
ultralyd@adcare.no

Alere – Verdiskapende produkter til deg og din klinikk

Alere AS, Pb. 93 Kjelsås, N-0411 OSLO
Tlf: 24 05 68 00. Fax: 24 05 67 80.
alere.no

Altius Gruppen "Behandlingsutstyr og forbruksmatriell"
Trykkbølge
Super pulsert laser
Biofreeze
G5 massasjeapparat
Behandlingsbenker
Elektroterapi
Kinesiotape
Ortoser
HotPac
Therabath
info@altiusgruppen.no · www.altiusgruppen.no · Tlf: 40 00 70 08

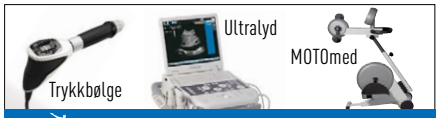
AlfaCare
Alt innen idrettsmedisinsk materiell, treningsartikler, ortoser, behandlingsbenker, såler etc. Vi arrangerer en rekke kurs innen Kinesio Taping, Formthotics sålekonsept, trening etc. Forhandlerpriser til institutt, kommuner og institusjoner.
AlfaCare AS, 3676 Notodden, Tlf: 35 02 95 95, post@alfacare.no, www.alfacare.no

DORCASCARE.no
Pasientpapir • Puterengjøring
Massageoljer • Kremer
Varme- og kuldepakninger
Behandlingsbenker og -stoler / puter etc.

Vi er eneforhandler i Norden av utstyr til trykkbølgebehandling med dokumentert effekt.
enimed.no
Tlf.:+47 67 07 91 80

ErgoLine®
Ergonomiske produkter på arbeidsplassen
ergonomi · data · design
www.ergo-line.com

fitnessagenten
post@fitnessagenten.no | 22 25 55 76
ALT AV TRENINGSUTSTYR
www.fitnessagenten.no
MATRIX · casall · TOMAHAWK



fysiopartner T: 23 05 11 60 | www.fysiopartner.no

FOLLO FUTURA
www.follo-futura.no | www.alfacare.no

Irradia
Boks 65 Strømmen,
2010 Strømmen
Tlf. 928 31 651
MID-Laser
Medical Intelligent Diode Laser
Kontakt oss for kurs!
Vår kunnskap - din sikkerhet
Internett: www.irradia.no Epost: info@irradia.no

Medium modul
■ Kontakt **Henriette** 971 98 747, henriette@a2media.no

MASOLET J B ØDEMARK
Ledende leverandør av benker/utrustning:
OMI Naprapati
www.masolet.no Tlf: 915 72 035

MASOLET J B ØDEMARK
Benker for Manuell Terapi
Standard
MT/OMT MT-tillbehør
Special
Skreddersydde benker
www.masolet.no Tlf: 915 72 035

Powerlaser PRO
Probably the best handheld laser in the world

www.powermedic.no
tlf. 92 46 63 33

Fra pasient til medlem
www.qicraft.no/helse
Qicraft
training · equipment · solutions

Programvare forlaget AS
C Corpus
"Setter bilder til dine ord"
Gi god informasjon til dine pasienter!
Telefon:(+47) 22 62 72 40 post@pvf.no www.ccorpus.no

rønda hjelpemidler

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

Tlf. 51 58 87 81 www.ronda.no

Bli med i bransjeregisteret!

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

SKANLAB NG PRO
69 35 20 80
BEHANDLE OVER METALLER
NAVIGASJON PÅ HÅNDKONTROLLEN
TOUCHSCREEN
www.skanlab.no info@skanlab.no

EXTENSOR
HELHETLIG PASIENTADMINISTRASJON
extensor.no
Leverandør av journalsystem

GYM2000
High quality gym equipment
Etablert 1991
Tlf. 32 78 63 63
www.GYM2000.no
Norsk produsent - Treningsutstyr - Spesialproduksjon - Serviceapparat - Stort varelager
SportsArt FITNESS PANATTA SPORT

SKANLAB NG PRO
SKANLAB LASER PRO
TRYKKBØLGE
ELEKTROTERAPI
www.skanlab.no info@skanlab.no 69 35 20 80

PHYSICA
T: 35 05 79 10
@: post@physica.no
w: www.physica.no

30 år som totalleverandør av TRENINGSUTSTYR
Gymline AS | Tlf: 69 34 36 20 | post@gymline.no | www.gymline.no
GYM Line LifeFitness HAMMER STRENGTH TRX

RIMELIG BENKEPAPIR - HØY KVALITET
Bestill på 4843 4224
salg@helseoghudpleie.no
nettbutikk FOR HELSE OG HUDPLEIE

ProMed for Windows
Programvare for lærget AS
Elektronisk oppgjør
NHN - Partner
Online Booking og SMS
Norges mest brukte journal- og administrasjonssystem
Kontakt oss på: 22 62 72 40 - www.pvf.no

VELCO BENKSERVICE
Tlf: 90 73 09 90
E-post: kontor@velco.no
www.velco.no
20 års erfaring!
Konstruksjon, produksjon og vedlikehold av behandlingsbenker og treningsutstyr.

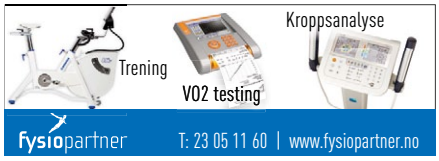
Solid og prisgunstig utstyr
sportsmaster.no
post@sportsmaster.no – www.sportsmaster.no
Tlf. 66 85 04 60

TEST-, TRENINGSUTSTYR/HJELPEMIDLER

Leverandør av hjelpemidler for barn og voksne
Bamse Produkter
www.bamseprodukter.no 69 30 01 05

DATAPRODUKTER

ARKO Terapeut
- For din effektivitet -
Fornøyde kunder
Lettlært
Oversiktlig
Brukervennlig
57 72 70 20
www.arko.no
firmapost@arko.no



Er du på jakt etter en fysioterapeut - eller er du på utkikk etter jobb?
Fysioterapeuten på Facebook hjelper deg inn på riktig spor. Hundrevis er innom hver dag!

A2 MEDIA AS
Kontoradresse:
Kaffegata 16, 2270 Flisa
Postadresse:
Postboks 2, 2271 Flisa

Annonse i Bransjeregisteret? Ta kontakt med:

Henriette Brattli
Tlf.: +47 971 98 747
henriette@a2media.no

Ronny Grenberg
Tlf.: +47 907 63 984
ronny@a2media.no

kalender

OKTOBER

14. Oslo
Konferanse om arbeidsrettet rehabilitering
Arr.: RI Norge
Info: www.ri-norge.no

15.-16. Oslo
Oppfølgingskurs
Arr.: Skandinavisk Forum for Lymfologi
Info: www.lymfologi.no

20.-22. Oslo
Kurs i trygdefaglige emner for kiropraktorer og fysioterapeuter
Arr: UiO
Info: info-trygdekurs@helsam.uio.no

21.-23. Stockholm
Fysioterapi 2015
Arr: Fysioterapeuterna
Info: www.fysioterapi2015.se

23.-24. Trondheim
Faglig kongress
Arr.: Norsk Kiropraktorforening
Info: www.fagligkongress.no

29.-30. Oslo/Sunnaas
Håndfunksjon og behandlingsmuligheter v skader i CNS
Arr: Norsk forening for håndterapi
Info: www.handterapi.no

NOVEMBER

3. - 4. Oslo
Helse i utvikling 2015
Info: www.kunnskapssenteret.no

5.-6. Gardermoen
Inspirasjonskonferanse
Arr.: Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Info: www.kognitiv.no

6.-8. Trondheim
Idrettsmedisinsk høstkongress
Arr: FFI, NIMF
Info: www.imhk2015.com

6. 7. København
3rd European Conference on Weaning & Rehabilitation in Critically ill Patients
Info: icurehab.cph2015@gmail.com

12. Stavanger
Fagseminar: Bedre tilbud for pasienter med bekkenleddsmerter
Arr.: NFFs faggruppe for kvinnehelse og LKBs fagråd
Info: www.lkb.no

12.-13. Tromsø
Arctic pelvic floor meeting, APFM2015
Arr.: KIB
Info: www.apfm2015.no

24.-25. Trondheim
RTW-konferansen 2015 Forskningskonferanse innen sykefravær, arbeid og helse
Arr: NTNU m.fl.
Info: www.arbeidoghelse.no

25.-27. Oslo
Nordisk konferanse i barnepalliasjon
Arr.: JLOB
Info: www.barnepalliasjon.no

2016

JULI

6.-9. Wien
ECSS Vienna 2016. Congress of the European College of Sport Science.
Info: www.ecss-congress.eu/2016

Vi trenger tips til kalenderen

Fysioterapeuten trenger informasjon om seminarer, konferanser og andre begivenheter som er av interesse for norske fysioterapeuter.
Bidrag til kalenderen sendes: fysioterapeuten@fysio.no

ÅRSABONNEMENT 2015
Norge: 1.100 kroner. Utland: 1.150 kroner.
Offentlige institusjoner: 950 kroner.
For medlemmer av NFF inngår årsabonnement i medlemskontingenten. Årsabonnementet løper til det blir skriftlig oppsagt.

ANNONSEPRISER - 2015
Se www.fysioterapeuten.no/Annonsere
Byråprovisjon: 3,5 prosent.

STILLINGSANNONSER kun på nett fra 2015
Stillingsannonser legges ut fortløpende. Annonsen kan ligge ute i inntil fire uker og koster kr. 4.500.
Bestilling sendes til fysioterapeuten@fysio.no
Annonseteksten legges ved som et word-dokument. Kommunevåpen eller logo legges ved som eget vedlegg i jpg- eller pdf-format.
Bestilles hos: fysioterapeuten@fysio.no

MØTER OG KURS:
Per sp. mm.: Kr. 34.
Spaltebredde: 88 og 180 mm.
Kursannonse kun på nett: kr. 3.500.

Alle priser er ekskl. moms.

FRISTER 2015

Nr.	Frist produkt- og kurs-annonser/debatt	Utgiv. dato
9	5/10	30/10
10	9/11	4/12

Fra januar 2015:
Stillingsannonser kun på nett.

Fristene som er angitt, gjelder mottatt i redaksjonen. Bestillingsfrist, materiellfrist og annulleringsfrist er samme dato. Reklamasjonsretten bortfaller hvis materiellfrist ikke overholdes.

PRODUKTANNONSER
A2 Media AS:
Henriette Brattli, henriette@a2media.no og Ronny Grenberg, ronny@a2media.no,

ANDRE ANNONSER
Kirsten Stiansen, fysioterapeuten@fysio.no
Tlf. 41 31 81 88

ANNONSEMATERIELL
Elektronisk. Tilleggsomkostninger for annet materiell belastes kunden.
Tekniske data:
Format: 210 x 280 mm.
Satsflate: 180 x 247 mm.

OPPLAG
9.200

TRYKK
Merkur Grafisk AS

Tidligere DORCAS har skiftet navn til

NorMedical AS

Det er vi som er den norske fabrikken
som lager de originale kulde- og
varmepakningene.

I vårt sortiment finner du pasientpapir,
kuldekremer, ultralydgele mm.

NorMedical AS, tlf. 32 16 17 90
www.normedical.no

DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
B-Economique
NORGE
P.P.

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

fysiopartner

Se flere produkter på:
www.fysiopartner.no

UTSTYR TIL **TRENING** OG **HELSE** – når kvalitet og kompetanse teller!

TRYKKBØLGE

MASTERPULS® »ultra« radierende trykkbølge

- Unik applikasjonskontroll fra selve håndstykket!
- Integrert display
- Forhåndsinnstilte protokoller
- Kompatibel for alle applikatorer
- Integrert "silent air power"
- Nå enda flere applikatorer tilgjengelig
- Lavere vedlikeholdskostnader

STORZ MEDICAL

BEVEGELIGHETSTERAPI

MOTOmed muvi

- Beveg armer og ben samtidig
- Intuitivt, brukervennlig og stort display
- Individuelle innstillinger
- Stort utvalg tilbehør for individuel tilpassing
- Høy kvalitet

reck MOTOmed
MovementTherapySystems

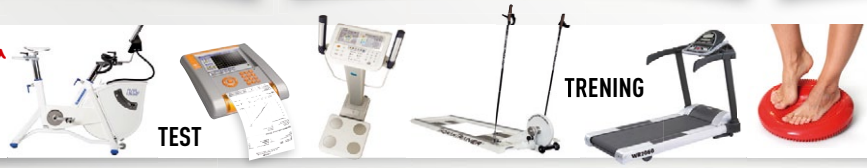
KVALITETSBENKER

Capre FX5

- Rolls Roys'en blant behandlingsbenker!
- Prisvinnende design
- Særdeles behagelig for pasient og behandler
- Mange stillegående innstillingsmuligheter
- To motorer, stødig og sterk
- Svært stabil og stillegående
- 13 standard fargealternativer

LOJER

Annet utstyr du finner hos oss:



STAR TRAC · PURMOTION · TOMAHAWK · SUUNTO · COSMED · fitmate · ALPINION · MOTOmed · TANITA · STORZ MEDICAL
ThoraxTrainer · TKO · myride · BOSU · MONARK EXERCISE AB · h/p/cosmos · xcouch · ASTRA-LITE · Bodystat · sissel · PHYSIOMED · LOJER

Fysiopartner AS | Peter Møllers vei 5A | 0585 Oslo | T: 23 05 11 60 | salg@fysiopartner.com | www.fysiopartner.no