11.13 Årgang 80

www.fysioterapeuten.no

fysioterapeuten

Hatlebrekke til topps

Landsmøtet sa JA til nytt NFF

Ni år med opp- og nedturer

Menn kniper i Trondheim

Fysioterapi og underlivssmerter

Vi er eneforhandler i Norden av utstyr til trykkbølgebehandling med dokumentert effekt.

SWISS DOLORCLAST®

RICHARD WOLF

Vårt utstyr fra tyske Ricard Wolf og fra sveitsiske EMS er det eneste på det norske markedet som kan dokumentere resultater fra en rekke vitenskapelige, randomiserte, uavhengige og kontrollerte kliniske undersøkelser.

Egill Knag
Daglig leder, Enimed

Les mer på enimed.no eller ta kontakt på

☎ +47 67 07 91 80

Importør / distributør:

enimed.no

innhold

Fysioterapeuten nr. 11.2013/80
Redaksjonen avsluttet: 9. desember 2013
ISSN 0016-3384
Forside: Tone Galåen
Foto uten byline: Colourbox.com

MENN KNIPER Ved St. Olavs hospital i Trondheim leder fysioterapeut Mari Overgård bekkenbunnstrening for 16 menn. Alle er operert for prostatakreft. Foto: Anne Kristiansen Rønning

REGIONER Disse fem vil spille en svært viktig rolle i NFFs nye organisasjon.

EILIN EKELAND Hvordan gjøre opp status etter ni år som NFF-leder?

AKTUELT

5 Hatlebrekke til topps

7 - Må kommunisere god helse til folket

8 JA til et helt nytt NFF

12 Ni år med oppturer og nedturer

FAG

16 Norwegian primary health care: Evaluation of a lifestyle intervention program

23 Blikk på forskning

24 Evidens, fysioterapi og langvarige underlivssmerter

27 Doktorgrad: Aktivitetsmåling med kroppsbårne sensorer

28 Cochrane-oppsummering fra Kunnskapssenteret

29 Idrettsmedisinsk høstkongress 2013

30 Osteosarkom i venstre tibiia hos en syv år gammel jente

REPORTASJE

32 Når menn kniper

FASTE SPALTER

36 Debatt

38 Fra leserne

41 Nytt fra NFF

46 Møter og kurs

56 Arbeidsmarkedet

60 Bransjeregisteret

62 Kalender

FAGKRONIKK Evidens, fysioterapi og underlivssmerter.

Spenstig og spennende

Propaganda eller grunn til optimisme? Nyvalgt forbundsleder Fred Hatlebrekke har store utfordringer foran seg. Men sammenfallet mellom starten på en ny regjering og en ny landsmøteperiode kan kanskje gi sårt tiltrengte seiere. Med litt flaks og godt påvirkningsarbeid.

Statssekretær Lisbeth Normann (H) holdt en lengre tale under åpningen av Landsmøtet på Hamar 27. november, med flere positive budskap. Hun sa blant annet at knapt noen annen profesjon har mer å bidra med i forebyggende helsearbeid enn fysioterapeuter.

Statssekretæren pekte også på at mange pasienter med belastningsskader blir sluset inn i spesialisthelsetjenesten, selv om fysioterapi og tilpasset trening er bedre og billigere. Og – at det er et paradoks med lange ventelister i kommuner der det samtidig går fysioterapeuter ledige.

Det er allerede kjent at Solberg-regjeringen ønsker å etablere en ny finansieringsmodell for fysioterapi. De vil også utarbeide en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Klart det blir applaus av sånt. Men hvilke resultater er det realistisk å forvente? Hva er propaganda og hva gir grunnlag for optimisme?

Når det gjelder spørsmålet om en offentlig spesialistgodkjenning, har NFF allerede ventet så lenge at det knapt er noen som tror at det vil komme en avgjørelse umiddelbart. Det er også høyst usikkert om Bent Høie vil gå sin egen vei, eller om han vil støtte sin forgjenger i at det ikke er ønskelig å utvide spesialistordningen. Det samme gjelder autorisasjon for manuellterapeuter.

Finansieringssystemet er overmodent for fornyelse, men hva som kommer i stedet gjenstår å se. Det er slett ikke sikkert at de mest frustrerte DT-motstanderne blir fornøyde med resultatet.

> Hva er propaganda og hva gir grunnlag for optimisme?

Avtroppende NFF-leder Eilin Ekeland mener vi må tørre å stille spørsmålet om dagens måte å organisere pengeflyten på er den beste. Samtidig er hun redd for kjappe løsninger, uten å se på konsekvensene.

– Hva er årsaken til de negative utslagene av dagens system; er det selve systemet det er noe galt med, eller er det manglende finansiering og kommunenes opptreden? Alle modeller har positive og negative sider, og vi kan ikke godta noe som er dårligere, sier Ekeland i intervjuet på side 12.

Landsmøtet 2013 var av det spenstige slaget. Store endringer ble vedtatt og hele ledelsen ble skiftet ut. Avdelingene legges ned og erstattes av store regioner. Veldig spennende!

Inn kommer Fred Hatlebrekke, den fjerde mannlige lederen i NFFs historie.

Vi ønsker god jul, godt nytt år – og lykke til!

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

Journalist
Tone Galåen
tlf. 969 03 116
tg@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

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

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

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT

> Hvor god er egentlig en regionleder i NFF? Det vet ingen, ennå.

Side 10

FORBUNDSLEDER Fred Hatlebrekke ble valgt til ny forbundsleder på Landsmøtet. Foto: Dagrun Lindvåg

Hatlebrekke til topps

Landsmøtet 2013 har talt. Til sammen skal seks personer drive politisk påvirkningsarbeid for NFF de neste tre årene.

TEKST Tone Galåen
tg@fysio.no

I tråd med valgkomiteens innstilling ble Fred Hatlebrekke valgt som leder for NFF i neste landsmøteperiode. Hatlebrekke fikk 83 av 85 stemmer, to stemte blankt.

I de siste ukene før Landsmøtet kom det signaler fra uavhengige kilder om at det ble arbeidet for å lansere en kandidat nummer to. Det ble imidlertid ikke fremmet noe benkeforslag til ledervervet.

Vil være samlende

Hatlebrekke er i dag manuellterapeut ved Hans & Olaf Fysioterapi i Oslo og har i perioden 2006 til 2013 vært leder i Faggruppen for manuellterapi. Han har i en årrekke vært en aktiv og synlig deltager i organisasjonen.

I et intervju med Fysioterapeuten i september (nr. 8/2013) sa Hatlebrekke at han lenge hadde ønsket å klatre helt til topps i NFF, og at han ville være en samlende leder.

– Jeg mener det er unødvendig med tre organisasjoner for fysioterapeuter i Norge. Min ønskedrøm er å samle alle i NFF. Alle grupper har krav på å bli sett og få ivaretatt sine interesser. Jeg er selvsagt klar over at det ikke blir lett. Likevel mener jeg at vi må gå inn i en dialog med vilje fra alle parter til å gi og ta. Jeg vil jobbe hardt for å være samlende. Dette gjelder selvsagt også for de ulike fagmiljøene i NFF, for ansatte og fysioterapeuter i privat praksis, sa han.

»»»

Mektig Forbundsstyre

I sin tale til Landsmøtet sa Hatlebrekke at det var en stor ære å bli valgt. Han påpekte at det etter organisasjonsendringen lå stor makt i Forbundsstyret, og at dette medførte et tilsvarende stort ansvar. Videre beskrev han fysioterapi som en sovende gigant, og at det nå var særdeles viktig med politisk påvirkning ute i kommunene.

Andre satsningsområder Hatlebrekke trakk fram var arbeidet med å få på plass en spesialistordning og å gi pasientene direkte adgang til fysioterapi uten henvisning.

– Jeg er veldig glad for at vi er i havn med en ny organisasjonsmodell og vil berømme det gode arbeidet til styringsgruppen som har loset oss gjennom denne omfattende prosessen. Hele organisasjonen ble involvert fra første stund, og alle fikk sjansen til å uttale seg, sa Hatlebrekke da Fysioterapeuten snakket med ham en uke etter Landsmøtet.

Profesjonalisering

Det var lite diskusjon når det gjaldt hovedgrepene i reformen. Hatlebrekke sier endringene var godt belyst på forhånd gjennom grundig arbeid, og at den store diskusjonen om Næringspolitisk råds plass i organisasjonen i all hovedsak ble tatt på Representantskapsmøtet i mai i år.

– Når vi nå får fem regionledere som skal drive politisk påvirkning ute i kommunene, vil vi få en profesjonalisering av organisasjonen hvor fagpolitikken står i fokus. Det er Forbundsstyret som skal stake ut kursen og legge strategien. NFF må føre en ensrettet politikk utad, sier Hatlebrekke.

- Raskt på banen

Samtidig vil han gripe sjansen når den byr seg:

– Et godt eksempel er når statssekretær Lisbeth Normann i sin tale til Landsmøtet sier det er ønskelig at pasienten skal komme direkte til fysioterapeut. Da må vi være raskt på banen og spille inn gode forslag til hvordan en slik ordning kan gjennomføres, sier han.

Hatlebrekke tiltrer som forbundsleder 1. januar. Det første han vil se nærmere på er organisasjonsstrukturen.

– Det er en del løse tråder inntil regionlederne er på plass 1. juli. Jeg vil også møte medlemmene, det har allerede kommet mange invitasjoner.

Han blir kastet rett inn i forberedelsene til hovedtariffoppgjøret, første møte med UNIO er i midten av januar.

– Jeg heldigvis et drevent sekretariat å støtte meg til, sier Hatlebrekke.

Og en ting er han klar på:

– Dette er et tillitsverv, og jeg håper at jeg gjør meg tilliten verdig.

Fem på heltid

Det var flere enn forbundslederen som fikk Landsmøtets tillit. Å synliggjøre viktigheten av fysioterapi for politiske beslutningstagere både lokalt og sentralt, var et stadig tilbakevendende tema fra talerstolen. Landsmøtet valgte fem regionledere som skal drive politisk påvirkningsarbeid på heltid.

Valgkomiteen hadde innstilt fem kandidater, to av kandidatene hadde i tillegg en utfordrer.

REGIONLEDERNE Fra venstre Bas Van den Beld, Ann-Elin Myklebust, Hans Leo Dagsvik, Karianne Bruun Haugen og Aslaug Terese Kleiveland.

For Region Nord ble helsesjef i Vefsn kommune, Hans Leo Dagsvik, utfordret av leder av Avdeling Nordland, Robert Grønbech. For Region Oslo-området stilte leder av avdeling Oslo, Marianne Tollefsen, som motkandidat til Karianne Bruun Haugen, leder av Faggruppen for barne- og ungdomsfysioterapi.

Ingen av utfordrerne nådde opp.

Leder for avdeling Sunnmøre, Ann-Elin Myklebust, ble valgt som leder av Region Midt, leder avdeling Hordaland, Aslaug Terese Kleiveland, for Region Vest, og leder av Avdeling Aust-Agder, Bas Van den Beld ble valgt som leder av Region Sør-Øst.

Benkeforslag

I tillegg til forbundsleder og de fem regionlederne, skulle det velges fem øvrige representanter til Forbundsstyret; tre råd/utvalgsledere og to styremedlemmer.

Hege Munthe fra forhandlingsutvalget for Oslo kommune, UNIO, ble valgt til leder for Tariffpolitisk utvalg. Nåværende leder av avdeling Vest-Agder, Per Olav Peersen, ble valgt til leder av Næringspolitisk råd, og representant i Fag- og spesialistrådet, Katarina Schiller Langaard, ble valgt til leder av Fag- og utdanningspolitisk utvalg.

Så langt i tråd med valgkomiteens innstiling. Men da det skulle velges to styremedlemmer, ble det fremmet benkeforslag på begge kandidatene.

Resultatet var at de to innstilte kandidatene, leder av Avdeling Sør-Trøndelag, Jan Harry Størksen, og leder av Avdeling Telemark, Kenneth Martinsen, ble vraket til fordel for medlem av Sentralstyret Eirik Helgesen og leder av Faggruppen for kvinnehelse, Nina Theodorsen. ■

– Må kommunisere god helse til folket

Fysioterapeuter må sette seg selv på kartet gjennom å være faglig sterke og ha gode ledere som deltar i den helsepolitiske debatten.

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

OMDØMME Statssekretær Lisbeth Normann mener det er viktig for fysioterapiens omdømme å gi uttrykk for klare meninger.

DET SA statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Lisbeth Normann, da hun åpnet NFFs 24. landsmøte på Hamar.

Normann oppfordret fysioterapeuter til i større grad å kommunisere god helse ut til folket.

– Det er viktig for fysioterapiens omdømme at dere gir uttrykk for en klar mening. Det tror jeg dere med fordel kan gjøre betydelig mer av, sa hun.

Normann, som er tidligere leder av Norsk Sykepleierforbund og tidligere nestleder i UNIO, sa at fysioterapeuter vil få en viktig rolle i arbeidet med å drive frem en innovativ helsetjeneste.

Opptrappingsplan

Solberg-regjeringen vil utarbeide en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Presset på disse områdene er økende. Flere overlever etter alvorlige hendelser med påfølgende komplikasjoner og funksjonshemminger, og flere lever lengere med kroniske lidelser, og muskel- og skjelettplager er lidelser som rammer flest og koster mest.

– Mange pasienter med belastningskader sluses inn i spesialisthelsetjenesten. For en del av disse har fysioterapeuter en bedre og billigere metode, nemlig tilpasset trening. Dere spiller en avgjørende rolle når det gjelder å holde folk i jobb, sa Normann.

Ny finansieringsmodell

At regjeringen ønsker å etablere en ny finansieringsmodell for fysioterapi, er ingen hemmelighet. Normann påpekte paradokset med lange ventelister i kommuner hvor det samtidig går fysioterapeuter og venter på oppdrag.

– Vi vil ta i bruk ubrukt kapasitet, og dette kan få innvirkning på hvordan vi i fremtiden ønsker å organisere fysioterapitjenesten, sa hun.

Hun påpekte også at innholdet i fysioterapitilbudet må endres og utvikles i tråd med fagutviklingen, sykdomsforekomst og demografi, og at omfanget av det som skal dekkes inn av det offentlige, tvinger frem nye løsninger.

– Vi vil fortsette å bygge på offentlig finansierte velferdsløsninger. Samtidig har folk fått bedre kjøpekraft og har råd til å prioritere egen helse. Her tror vi private, lokale og frivillige initiativ kan spille en viktig rolle, sa Normann.

Brukermedvirkning

Regjeringen vil sette pasientene og deres behov i sentrum for utviklingen av helsetjenesten.

– Brukerne skal ikke være passive mottakere. Det handler om mestring, opplevelse og styring over eget liv. Dette skal innsatsen handle om, også for dere, sa Normann, som beskrev pasientene som de mest radikale endringsagentene i norsk helsetjeneste.

Kompetansereform

Solberg-regjeringen står bak samhandlingsreformen. De vil ha mer vekt på folkehelse og forebygging, mer sammenheng i tjenestene, og at en større del av oppgavene skal løses lokalt. Samarbeidet skal styrkes både interkommunalt og mellom kommune og sykehus.

– Vi ser helt klart at det er behov for en kompetansereform i kommunehelsetjenesten. Et eksempel er fastlegene som jobber gammeldags når de ikke bruker fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten og sykepleiertjenesten mer enn de gjør i dag. Vi vil legge til rette for at fastlegene skal benytte seg av denne kompetansen i større grad, sa Normann og høstet applaus fra Landsmøtet.

Bedre folkehelse

Det er ingen tvil om at et friskere folk også er samfunnsøkonomisk mer lønnsomt. I sin tale sa Normann at knapt noen annen profesjon hadde mer å bidra med i forebyggende helsearbeid enn fysioterapeuter. Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, og styrke den helsefaglige og medisinske forskningen.

Normann var opptatt av at det skal være mulig å dokumentere effekt av behandling uansett hvilken type behandling det måtte gjelde, og varslet at prioriteringne til denne regjeringen vil hvile på forskningsbasert kunnskap.

– Det er behov for mer forskning på diagnostisering, behandling og forebygging av muskel- og skjelettlidelser. Det er viktig for å heve fagets anseelse, for å underbygge faglig autoritet, og for å kunne hevde seg internasjonalt. Dere har gjort en imponerende innsats så langt i dette arbeidet, sa hun. ■

JA til et helt nytt NFF

NFFs organisasjonskart tegnes på nytt. Håpet er at kartet etter hvert skal stemme bedre med det politiske terrenget og gi økt gjennomslag for fysioterapeuter.

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

LANDSMØTET på Hamar 27.-29. november vedtok organisasjonsendringer som NFF har jobbet med i nesten tre år. Leder for prosjektets styringsgruppe har vært nestleder Elin Engeseth, som nå slutter i sentrale verv i forbundet etter 18 år som nestleder og styremedlem. Hun ble imidlertid valgt til leder i Valgkomiteen, som skal finne kandidater til Landsmøtet i 2016.

Hovedgrepet går ut på å erstatte dagens 20 lokale NFF-avdelinger med fem regioner, med valgte regionledere på heltid. Regionlederne skal ha politisk påvirkningsarbeid overfor kommuner, helseforetak og helseregioner som sine viktigste oppgaver. Alle medlemshenvendelser om lønn og avtaleverk og juridiske spørsmål skal håndteres av sekretariatet i Oslo, ikke av regionene.

Målene er synlighet, handlekraft og profesjonalitet.

- Stor endringsvilje

Størstedelen av delegatene på landsmøtet er avdelingsledere. De vedtok dermed i realiteten å legge ned seg selv.

Anders Aasheim har vært leder i Avdeling Troms i mange år, og er den av avdelingslederne som har lengst erfaring.

– Det har vært for lite ressurser i avdelingene til å påvirke godt nok lokalt. Noe måtte gjøres for å få økt gjennomslagskraft. Avdelingene viser stor endringsvilje for å få dette på stell, sa Aasheim i debatten om den nye organisasjonsmodellen.

1. juli 2014

Den nye organisasjonsmodellen skal implementeres gradvis fra 1. juli 2014. Regionlederne skal sitte i forbundsstyret fra januar, men vil først fra 1. juni være frikjøpt i hel stilling.

FORNØYD NFFs nestleder Elin Engeseth etter at Landsmøtet sa ja til store organisasjonsendringer.

PRIVAT PRAKSIS PFG-leder Nils Schjelderup ville ha et enda sterkere Næringspolitisk råd.

Ifølge det opprinnelige forslaget skulle avdelingene legges ned i mars. Flere delegater var bekymret for implementeringsfasen, blant annet fordi det er hovedtariffoppgjør til våren. Innspill presentert av avdelingslederne Robert Grønbech (Nordland) og Marianne Tollefsen (Oslo) fikk støtte fra Landsmøtet. Resultatet ble et vedtak om at avdelingene skal fungere fram til 1. juli.

Lite debatt om hovedgrep

Hovedgrepene i forslaget var det nesten ingen debatt om på Landsmøtet. For eksempel hva de fem regionlederne skal gjøre og hvordan de skal jobbe. En forklaring kan være at det har vært en lang prosess, og at disse diskusjonene ble tatt underveis. Det framstår likevel litt spesielt, sett i lys av de store endringene Landsmøtet har vedtatt.

Det som skapte mye debatt var derimot privat praksis, og hvordan de er representert i den nye modellen. Næringspolitisk råd, som erstatter Privat råd, skal ha fem medlemmer og får en særstilling i det nye NFF, med innstillingsrett overfor forbundsstyret. Leder velges særskilt på Landsmøtet hvert tredje år.

Leder i Privatpraktiserende Fysioterapeuters Gruppe (PFG) blir automatisk med i Næringspolitisk råd, og ytterligere tre medlemmer skal velges elektronisk av og blant privatpraktiserende medlemmer i NFF.

Flere medlemmer og frikjøp

Flere av delegatene på Landsmøtet ønsket imidlertid et enda sterkere Næringspolitisk råd. Det kom forslag om både sju og ni medlemmer, og om frikjøp av rådsleder i 40 prosent stilling. Ingen av forslagene ble vedtatt.

De andre politiske rådene i dagens modell er Fag- og spesialistrådet og Ansatt råd. De erstattes av et Tariffpolitisk utvalg og et Fag- og utdanningspolitisk utvalg, som ikke får den samme status som Næringspolitisk råd. De skal ha tre medlemmer, oppnevnes av forbundsstyret, har ikke innstillingsrett, men blir høringsparter på sine områder. Lederne velges særskilt på Landsmøtet hvert tredje år.

AVSTEMNING Landsmøtet vedtok store organisasjonsendringer, uten noen stor debatt om hovedgrepene i forslaget.

HELT NØDVENDIG Det mente Anders Aasheim, leder i Avdeling Troms gjennom mange år.

- Maktforskyvning

Guri Tokle, som er leder i Kontrollutvalget i NFF, gjorde delegatene oppmerksom på det hun mener er en maktforskyving – fra Landsmøtet til Kontrollutvalget. Hun viste til at kontroll av regnskaper vil bli lagt til Kontrollutvalget, i tillegg til de oppgavene utvalget allerede har.

Bakgrunnen er ifølge generalsekretær Tor Tvethaug at landsmøtene holdes i november, mens fristen for rapportering til Brønnøysund er 1. juli.

– Tenk dere godt om før dere vedtar dette, sa Tokle.

Men det kom ingen reaksjoner fra Landsmøtet.

Større avstand?

Enkelte delegater var bekymret for at avstanden fra de enkelte medlemmene opp til regionene og NFF sentralt skulle bli for stor. En av dem var Anne-Sofie Rønningen fra Aust-Agder.

Anders Aasheim mente at avstanden mellom dagens avdelinger og NFF sentralt allerede er stor. Han sa også at det heller ikke er mye kontakt mellom tillitsvalgte på arbeidsplassene og ledelsen i avdelingene.

– Det henger ikke sammen slik det er i dag. Nå kommer lederne i de fem nye regionene til å sitte i forbundsstyret, og da blir den avstanden mindre, sa Aasheim.

Faggrupper og økonomi

Faggruppene er ikke omfattet av disse endringene. De fortsetter som nå og beholder sin representasjon på landsmøtene. Men Landsmøtet vedtok at faggruppenes rolle skal opp til behandling i neste landsmøteperiode.

Endringen skal gjennomføres innen de økonomiske rammene NFF har i dag. Det blir ingen økning av medlemskontingenten i 2014, og kun økning etter prisveksten i 2015 og 2016. Heltidslønnede regionledere finansieres gjennom midler fra driften av de 20 avdelingene. ■

Den nye organisasjonen

Forbundsleder

Velges av Landsmøtet hvert tredje år. Ingen valgt nestleder som i dag.

De tre viktigste råd og utvalg

Næringspolitisk råd:
Får en særstilling med innstillingsrett overfor Forbundsstyret og fem styremedlemmer. Leder velges på Landsmøtet. Andre medlemmer: Leder av Privatpraktiserende Fysioterapeuters Gruppe (PFG), og tre som velges elektronisk av og blant medlemmer i privat praksis.

Tariffpolitisk utvalg og Fag- og utdanningspolitisk utvalg:
Tre medlemmer, Oppnevnes av Forbundsstyret. Har ikke innstillingsrett, men er høringsparter på sine områder. Lederne velges særskilt på Landsmøtet.

Forbundsstyret – 11 medlemmer

- Forbundsleder
- Fem regionledere
- Tre råd/utvalgsledere
- To styremedlemmer

Landsmøtene

Et kort landsmøte hvert år. Et større landsmøte hvert tredje år, med valg, rammebudsjett og planer for neste periode. Antall deltakere reduseres fra 119 til 70.

Fem regioner

Region Nord:
Finnmark, Troms og Nordland. 88 kommuner, 782 medlemmer, 4 delegater.
Region Midt:
Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. 84 kommuner, 1263 medlemmer, 5 delegater.
Region Vest:
Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. 85 kommuner, 1605 medlemmer, 6 delegater.
Region Sørøst:
Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud, Hedmark og Oppland. 2193 medlemmer, 131 kommuner, 8 delegater.
Region Oslo-området:
Oslo, Akershus og Østfold. 41 kommuner, 2739 medlemmer, 10 delegater.

KOMMENTAR **Tone Galåen**, journalist i Fysioterapeuten

Tid for handling

Landsmøtet har etterlyst økt politisk påvirkningskraft. Men det er en krevende øvelse å overtale andre til å skifte mening.

I sin tale til Landsmøtet sa statssekretær Lisbeth Normann at det nå finnes et mulighetsrom i helsepolitikken der man etterspør nye løsninger. For en organisasjon som står overfor til dels store forandringer i tiden som kommer, er dette en unik mulighet til å kunne påvirke. Akkurat hvor stort dette rommet er eller hva som befinner seg der fra før, vil rimeligvis ha lokale variasjoner, men en ting er sikkert: Det kommer til å bli trangt om plassen.

I dette rommet hvor gamle ordninger blir kastet på skraphaugen og nye og bedre blir vedtatt, skal forbundsleder og de fem regionlederne drive politisk påvirkning til beste for fysioterapifaget. Det er ingen enkel oppgave. En rekke profesjoner og organisasjoner er ute i liknende ærend. Alle vil ha sin del av ressursene, aller helst den største, og bare den som vet hvem man skal snakke med, når og hvordan, vil få gjennomslag for sin sak.

Fire av fem regionledere kommer fra jobben som avdelingsleder i NFF. Det er ikke mer enn et greit utgangspunkt for den som nokså alene skal inn i den politiske manesjen på heltid. Riktignok vil de få medietrening og annen opplæring med på veien, men de må selv legge strategien som gir best gjennomslagskraft, basert på forholdene i sin egen region. Skal de lykkes, må regionlederne velge sine kamper med omhu.

Og hvor god er egentlig en god regionleder i NFF? Det vet ingen – ennå.

Veien til det politiske mulighetsrommet må nødvendigvis bli til mens regionlederne går den. Men idet de banker på døra, bør de ikke være i tvil om strategien videre.

– Må vinne politikernes hjerter

Pasienten og pasientperspektivet. Det er det Ansgar Gabrielsen (H) brenner for i helsepolitikken.

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

FOREDRAGSHOLDER Ansgar Gabrielsen (H).

DER ligger også svaret på et spørsmål som Norsk Fysioterapeutforbund er opptatt av, sa Gabrielsen i sitt humoristiske og likevel svært alvorlige foredrag til Landsmøtet: Hvordan skal fysioterapi få større gjennomslag i helsepolitikken?

Ansgar Gabrielsen var næringsminister fra 2001-2004 og helseminister fra 2004-2005. Han er kanskje mest kjent som Høyre-statsråden som drev igjennom kvotering av kvinner inn i bedriftsstyrene. I dag jobber han som konsulent og er nestleder i styret i Helse Sør-Øst.

1144 brev

– I løpet av mine 26 år som politiker har jeg spart på alle personlige brev jeg har fått. De aller fleste fikk jeg som helseminister – 1144 i alt. Disse brevene dannet grunnlaget for boken Brev til en minister, som jeg ga ut i 2008, fortalte Gabrielsen.

– Brevene handlet sjelden om behandlingen. De aller fleste skrev om hvordan de ble møtt som mennesker – av dere som helsearbeidere. Dette må helsepersonell virkelig ta inn over seg, sa Gabrielsen, som hadde forberedt seg til møtet med fysioterapeutene:

Trosartikler

– Enhver organisasjon har sine skrifter og trosartikler, så også dere. Mange organisasjoner er dessuten veldig opptatt av seg sjøl, og det gjelder også dere. Så hvor er pasienten? Etter å ha lest en del av skriftene til dette møtet, kan jeg ikke se at pasientene er nevnt særlig ofte, sa Gabrielsen.

Hans budskap var at hvis du vil nå fram med dine saker, så må du vinne politikernes hjerter. Og det gjør du ved å fremme pasientens sak, og gjennom gode eksempler på hvorfor dine innspill er viktige og riktige.

– Og en offentlig spesialistgodkjenning. Er det viktig for fysioterapeutene eller for pasientene? Spurte Gabrielsen. ■

Æresmedlem Kaltenborn

■ Freddy Kaltenborn (90), en av grunnleggerne av manuellterapi i Norge og den eldste av NFFs æresmedlemmer (medlem siden 1950), var til stede på store deler av Landsmøtet. Her deler han ut gratis eksemplarer av sin bok «Manual Mobilization of the Joints. Traction-Manipulation of the Extremities and Spine. Volume III». Kaltenborn holdt også en lengre tale under landsmøtemiddagen.

To andre æresmedlemmer som deltok var Jorunn Nerby Vannes og Inga Bilberg. Det ble ikke utnevnt nye æresmedlemmer på Landsmøtet 2013.

NFF - sterk, stolt og synlig

■ Det er NFFs visjon for neste landsmøteperiode. Landsmøtet vedtok også nye hovedmål. Dette dokumentet finner du på forbundets nettsider www.fysio.no

Ut av rekka går...

■ Eilin Ekeland (tv) slutter som forbundsleder etter tre perioder. Elin Engeseth gir seg etter fire perioder som nestleder. Hun er spesialist i psykomotorisk fysioterapi, og driver privat praksis i Ski kommune. De siste tre årene har Engeseth vært leder av styringsgruppen for organisasjonsprosessen i NFF.

Likevel – de klarte ikke å slippe alt som har med organisasjonsarbeid å gjøre: Eilin Ekeland ble på Landsmøtet valgt inn i Fondets nye styre, mens Elin Engeseth ble valgt til leder i Valgkomiteen.

Spesialistordning

■ Landsmøtet vedtok enstemmig følgende resolusjon: «Høy kompetanse etter standardiserte krav øker faglig forsvarlighet for pasienten og kvalitet i tjenesten. Det er derfor en hovedsak for Norsk Fysioterapeutforbund å få på plass en offentlig spesialistordning.»

Medaljeutdeling

■ Kristin Stormo, som jobber med medlemsregisteret i NFFs sekretariat, ble på Landsmøtet beæret med Norges Vels medalje for lang og tro tjeneste. Hun har vært ansatt i NFF i over 30 år.

BÆRBARE BEHANDLINGSBENKER
Fra 5800,- eks mva
Se vår NYE nettbutikk www.fysiopartner.no for komplett utvalg!
fysiopartner
Grenseveien 80 - NO-0663 Oslo
T: 23 05 11 60 - F: 23 05 11 70
salg@fysiopartner.com - www.fysiopartner.no

Ni år med oppturer og ne

Nå er det over. Etter ni år som forbunds leder skal Eilin Ekeland over i en ny fase av livet. Men først et par måneder på vinterfjellet med bare bikkja som selskap – uten strøm og innlagt vann.

TEKST Dagrun Lindvåg **FOTO** Tone Galåen
dl@fysio.no

dturer

DET ER NÅ vi må ty til en klassiker i sportsjournalistikken; hva føler du nå? Hvordan gjøre opp status etter tre landsmøteperioder – som både startet og avsluttes i bratte bakker?

Kort tid etter at Eilin Ekeland ble valgt til forbundsleder i 2004 ramlet skjelettene ut av skapet. Norsk Fysioterapeutforbund var i et alvorlig økonomisk uføre, med 1,5 millioner i underskudd og nesten ingen egenkapital. Parallelt pågikk konflikten mellom NFF og Faggruppen for manuellterapi, med Peter Chr. Lehne som faggruppeleder. Det endte med full splittelse på årsmøtet våren 2006.

Og nå? Rett før den rød-grønne regjeringen gikk av, anbefalte den autorisasjon for manuellterapeuter og frarådet offentlig spesialistgodkjenning for flere grupper helsepersonell. I vår ble det slutt på monopolet NFF har hatt i takstforhandlingene.

– *Hva slags tanker gjør man seg i slike situasjoner?*

– Ja, det har vært både oppturer og nedturer. Det har jo hendt, på dårlige dager, at jeg har spurt meg selv hva det har kommet ut av mine ni år som forbundsleder. Heldigvis har vi også positive resultater å vise til. Det vi har fått til er uansett resultat av teamarbeid. Forbundslederjobben er ikke et enmannsshow. Blant de virkelig positive opplevelsene er møter jeg har hatt på arbeidsplasser og i små fora. Mange fysioterapeuter er så engasjerte. Det er imponerende!

> Det var ikke kjent hvor ille situasjonen var, men skjelettene ramlet snart ut av skapet.

- En sterkere organisasjon

– *Hvilke positive resultater vil du framheve?*

– NFF er styrket som organisasjon, har en solid økonomi og har hatt en sterk medlemsvekst de siste årene. Nå har vi over 10.000 medlemmer. Et annet konkret resultat er organisasjonsendringene som Landsmøtet nettopp har vedtatt. Allerede tidlig i min tid som forbundsleder mente jeg at det var nødvendig å gjøre relativt store endringer i organisasjonen. Det har tatt tid, men den grundige prosessen har vært helt nødvendig.

– Det er også en del ting medlemmene ikke ser. Vi er mer «på» i dialogen med politikere og andre samfunnsaktører. Mitt inntrykk er at vi blir sett på en annen måte enn før, og at vi har en sterk posisjon hos beslutningstakerne. De oppfatter oss som løsningsorienterte og ser at vi er opptatt av helheten.

– *Noe som kan beskrives som en skikkelig opptur?*

– Det var stort å få stoppet en videre omlegging av finansieringsordningen. Regjeringen hadde vedtatt en endring, som ikke ble fullført. Vi klarte å få en flertallsregjering til å innse at det ikke var en god idé å fortsette på den veien.

– *Kan posisjonen hos politikere og beslutningstakere tolkes som at dere er for «snille» og samarbeidsvillige?*

– Nei, jeg mener ikke at vi er for snille og håper heller ikke at medlemmene tror det. Vi er tydelige i vårt budskap når det er nødvendig og finner oss ikke i hva som helst. NFF sa tydelig hva vi mente om at Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) anbefalte autorisasjon for manuellterapeuter og frarådet offentlig spesialistgodkjenning. Men vi må velge våre kamper. Jeg tror ikke det er så lurt i det lange løp å si nei for ofte. I alle fall ikke for NFF, som ikke har den rette kjøttvekta. Det er også mye spill i beslutningsverdenen som ikke er bra. Folk bruker virkemidler som jeg ikke vil kopiere. Dette er mitt ståsted. De nye lederne i NFF må finne sin egen vei.

Eilin Ekeland (54)

- Forbundsleder 2005-2013
- 2000-2004: Fagmiljø ved Folkehelseinstituttet/Sosial- og Helsedirektoratet, som ble en del av Kunnskapssenteret i 2004.
- 2004: Master i folkehelsevitenskap fra Helsovårdskolan i Gøteborg. Masteroppgave på systematisk oversikt i Cochrane om fysisk aktivitet og selvfølelse hos barn.
- 1984-2003: Fysioterapeut i blant annet Drammen kommune.
- 1995: Spesialist i barnefysioterapi. Ikke fornyet i perioden i NFF. Har jobbet mest med forebyggende arbeid for barn og unge.
- 1984: Ferdig utdannet fysioterapeut.

Økonomisjokk

– *Hvordan opplevde du den dramatiske økonomiske situasjonen som kom for dagen i 2005, rett etter at du hadde begynt som NFF-leder?*

– På Landsmøtet i 2004, da jeg ble valgt, var det ikke kjent hvor ille situasjonen faktisk var. Men skjelettene ramlet snart ut av skapet. Det var et sjokk, både for meg og styret. Vi måtte først og fremst få kontroll, og den rollen preget hele den første perioden.

– *Ble det vurdert å stille tidligere ledelse i NFF til ansvar?*

– Den debatten valgte jeg å la ligge, og temaet ble heller ikke formelt diskutert i sentralstyret. For meg var det viktig å få kontroll, styrke økonomien og egenkapitalen, og se framover. Parallelt med dette gikk den interne striden mellom forbundet og Faggruppen for manuellterapi, med Peter Chr. Lehne i spissen. Styret i MT-gruppa nektet å forholde seg til Landsmøtets vedtak om at NFF skulle jobbe for offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter. Kunne vi da

›››

godta at en gruppe i forbundet jobbet for et så avvikende syn som autorisasjon? Det var en veldig vanskelig balansegang. Etter hvert ble det tydelig at Lehne ikke ønsket å være en del av NFF. Det endte med splittelse våren 2006, da noen manuellerapeuter valgte å melde seg ut. Som forbundsleder ble jeg nesten nektet talerett. Det var helt absurd, men noen hadde nok planene klare for å bryte ut.

> Jeg blir veldig provosert av utsagn som at fysioterapeuter med driftsavtale «sitter og ruger på tilskuddene sine».

Synlighetens problem

– Mangel på synlighet for NFF og fysioterapeutene er en gjenganger. Hvorfor er dette problemet så vanskelig å løse?

– Vi er slett ikke der vi ønsker å være når det gjelder synlighet. Det finns gode forklaringer på hvorfor det er slik, men ingen enkle løsninger. Fysioterapeuter hver for seg gjør en veldig god jobb, men er dårlige til å fortelle andre om det. Man står der alene i klinikken, uten et større tverrfaglig miljø rundt seg. Da må man være ekstra bevisst på å vise seg fram. Mer overordnet er det jo blålys og omsorg som teller mest. Fru Hansens rehabilitering for å unngå sykehjemmet har ikke samme fokus og oppleves kanskje som traust og kjedelig. Vi er jo heller ikke spesielt synlige bare på grunn av yrkesgruppas størrelse. Der har sykepleierne langt mer å slå i bordet med.

– En del fysioterapeuter synes at akademiseringen av faget har gått for langt, og at dette går ut over den praktiske utøvelsen av fysioterapi. Er det en bekymring du deler?

– Når det gjelder fysioterapifaget ute i kommuner og klinikker, er jeg ikke bekymret. Økonomiske insentiver i utdanningssystemet går imidlertid i retning av at teori og forskning prioriteres framfor praksis. Det er en bekymringsfull utvikling som vi må ha en tett dialog med utdanningene og departementet om. Jeg ønsker meg også flere fysioterapeuter med doktorgrad ute i klinikkene, gjerne i stillinger som kombinerer praksis og fagutvikling/forskning.

– Hvor lenge bør gamle standpunkter få stå, uten å justere eller legge ny strategi?

– Ja, det er nødvendig å tenke nytt, men standpunktet for offentlig spesialistgodkjenning står ved lag. Her skal vi holde trykket oppe helt til den endelige avgjørelsen er tatt. Bakgrunnen for at dette har stoppet opp er en kompleks blanding av politisk spill og rå maktkamp, med LO som en sentral aktør. I det lengste må vi tro på at fornuftige og faglige argumenter vinner fram.

Elsket og hatet

– Hvordan skal fagforeningen NFF forholde seg til den utskjelte driftstilskuddsordningen, som nesten 4000 av medlemmene nyter godt av?

– Den nye regjeringen har varslet at finansieringen av fysioterapi i kommunene skal opp til vurdering. Da må vi være med å tenke nytt. Vi må tørre å stille spørsmålet om dagens måte å organisere pengeflyten i systemet er den beste. Samtidig er jeg redd for kjappe løsninger, uten å se på konsekvensene. Hva er årsaken til de negative utslagene av dagens system; er det selve systemet det er noe galt med, eller er det manglende finansiering og kommunenes opptreden? Alle modeller har positive og negative sider, og vi kan ikke godta og erstatte det vi har med noe som er dårligere. Det må uansett mer penger inn i systemet for at det skal fungere.

– Men er det realistisk å tro at bevilgningene til fysioterapi øker?

– Jeg mener absolutt at overføringene til fysioterapi i kommunene må øke for at dette skal fungere bedre og gi muligheter til flere fysioterapeuter. Kommunene må bruke midlene de har til rådighet på en annen måte. I tillegg er det behov for en diskusjon om sterkere føringer fra regjeringens side, eller om staten skal finansiere rehabilitering og fysioterapi direkte. Kommunene bør dessuten stille krav til fysioterapeutene om faglig ajourføring.

– Dette er et felt som vekker sterke følelser blant NFFs medlemmer. Har du forståelse for det?

– Jeg forstår godt at yngre fysioterapeuter er frustrerte over at de ikke kommer inn på arbeidsmarkedet. Men jeg blir veldig provosert av utsagn som at fysioterapeuter med driftsavtale «sitter og ruger på tilskuddene sine». Er det noen som ville finne på å si at ansatte i kommunene «ruger på stillingene sine», selv om de har vært der i 20 år? Neppe.

- Må kunne samarbeide

– Er organiseringen av NFF optimal når det gjelder ulikhetene mellom privatpraktiserende og ansatte fysioterapeuter?

– Det mest ødeleggende ville være om ansatte og privatpraktiserende ikke klarte å samarbeide. Vi har hele bredden av fysioterapifaget i NFF, og det gjør oss sterke. De aller fleste problemstillingene vi jobber med er uavhengig av jobbtilknytning. Samtidig er det uproblematisk at privatpraktiserende, som jobber alene eller i små klinikker, må ivaretas på en annen måte enn de som er ansatt i større virksomheter.

– Hvor står Norsk Fysioterapeutforbund og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund om ti år?

– Da håper jeg inderlig at vi er en felles organisasjon. Vi snakker sammen og er faktisk enige om nesten alt. Da er det uforståelig at vi ikke kan være i ett forbund. ■

FOLLO FUTURA
www.follo-futura.no | www.alfacare.no
GRIP DAGEN MED ET **USLÅELIG TILBUD**!
Ny generasjon prisgunstige benker:
Follo Corpus SX.
Priser fra kr. **9 990,-** eks mva

Beskytt benken mot slitasje!

Slitesterk

Komfortabel

Hygienisk

Celsius Ansiktspute

Trykkavlastning av ansiktet. Inneholder temperaturfølsomt skum, formes etter ansiktet.

- Rengjøres enkelt med mild såpe
- Hindrer bakteriedannelse
- Trykkavlastende - meget behagelig
- Smuldrer ikke. Lang levetid.
- Behandlingsbenker. massasjestoler o.l.

Kr. **716** eks.mva
Fri frakt ved kjøp av 4 puter eller flere.

Helse-Invest AS
Lysneveien 45
1400 Ski

Telefon: 90 83 94 20
post@helse-invest.no

www.helse-invest.no

Helse-Invest as

Bli sertifisert Neurac-behandler!

Ta sertifiseringskurset Neurac 3 og bli med i nettverket av internasjonale, kvalitetssikrede og anbefalte Neurac-behandlere.

Sertifiseringen gir deg:

- en offisiell tittel; "Certified Neurac Provider", som kan brukes i markedsføring
- oppføring på liste over anbefalte behandlere
- tilgang til forum med faglig informasjon, debatt og oppfølging

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

www.redcord.no/kurs

Kontaktinfo:
Tlf: 37 05 97 70
E-post: redcord@redcord.com
www.redcord.no

redcord®

Norwegian primary health care: Evaluation of a lifestyle intervention program

Silje Stangeland Lie, MSc og fysioterapeut. Doktorgradsstipendiat i Helsevitenskap, Universitetet i Stavanger. silje.s.lie@uis.no

Cecilie Hagland Sevild, Fysioterapeut og prosjektleder Stor og Sterk/Frisklivssentralen, Avdeling for fysio- og ergoterapi, Stavanger Kommune. cecilie.hagland.sevild@stavanger.kommune.no

Leif Inge Tjelta, Dosent, Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk. Universitetet i Stavanger

Sindre Mikal Dyrstad, PhD, Førsteamanuensis, Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk. Universitetet i Stavanger

Denne **vitenskapelige originalartikkelen** er fagfellevurdert etter Tidsskriftet Fysioterapeutens retningslinjer. Akseptert 17.9.2013.

Studien er godkjent av REK.
Ingen interessekonflikter oppgitt.

Abstract

- **Aims**: The aim of this study was to evaluate the physiological effects of an outpatient lifestyle intervention program prescribed by Norwegian primary health care for inactive obese people. The program includes exercise and lifestyle modification education.
- **Methods**: Inactive obese participants were randomly assigned to either an intervention group (n=18), which received six months of intensive training and health education followed by six months of follow-up once a week, or to a control group (n=17). At baseline, six months and 12 months the participants were tested for anthropometrics, VO2max, blood lipids and blood pressure.
- **Results**: Compared to the control group the intervention group reduced waist circumference and fat mass, and increased VO_{2max} by 4.1%, 6.5% and 9.9%, respectively. The difference between the two groups was significant ($p<0.05$) after six months, but not after 12 months.
- **Conclusions**: This small-scale study shows that this multidisciplinary outpatient lifestyle intervention program had beneficial effects on reducing several obesity-related cardiovascular risk factors after six months. However, in the conclusion several adjustments to this and similar programs are suggested to further improve the participants' outcome and reduce drop-out.
- **Keywords**: Obese, waist circumference, weight loss, blood pressure, VO_{2max}, outpatient, randomised controlled trial.

Introduction

One in five adults in Norway are obese and the prevalence is increasing (1), which makes the need for improved prevention and treatment strategies critical. Lifestyle programs are multi-component interventions that focus on promoting a healthy lifestyle with dietary education, physical exercise and behavioural modification (2, 3), and can be an alternative to treatment with gastric bypass surgery (4). Two lifestyle intervention trials in Norway with inpatient programs have proven to produce positive outcomes (4, 5), but to our knowledge no research has been conducted on outpatient programs in Norwegian primary health care.

In one of the larger cities in Norway, physiotherapists, occupational therapists and public health advisors have started an interdisciplinary lifestyle intervention program to help inactive obese people change their lifestyle. These types of programs are currently being conducted in an increasing number of cities all over the country because of the political priority in the health sector to prevent and reduce obesity and inactivity in the population and the establishment of «Healthy living centres» (Frisklivssentraler) (6). Efficacy studies of these small-scale intervention programs are needed to ensure and improve their quality. This study is unique as the participants had the opportunity to live at home and continue working while

> One in five adults in Norway are obese and the prevalence is increasing.

participating. The aim of the study was to investigate changes in participants' anthropometrics, maximal oxygen uptake, blood pressure and blood lipids during a one-year outpatient lifestyle intervention program used in Norwegian primary health care.

Methods

Participants and design

Participants were referred to the program by their own general physicians, and a total of 35 participants were included after meeting the inclusion criteria (age 18-65 years, BMI ≥ 35, inactive, independent in activities of daily living, living in the city where the intervention was executed). Exclusion criteria were severe psychiatric disorders and the inability to communicate in Norwegian. After obtaining informed consent from the participants, they were randomly assigned to either the intervention (n=18) or the control group (n=17). Dropouts are described in Figure 1 and table 5. The study was approved by the Regional Committee for Medical Research Ethics.

Procedures and tests

At baseline, six months and 12 months the participants underwent physical tests and measurements to investigate anthropometrics (waist circumference, body mass and body composition), blood pressure, blood lipids total-, HDL- and LDL cholesterol and triglycerides, and blood glucose level.

Primary outcome was to investigate whether the intervention group managed to obtain significantly greater improvements in waist circumference than the control group. Secondary outcomes of interest were body weight and composition, blood lipids, blood pressure and maximal oxygen uptake.

Maximal oxygen uptake (VO_{2max}) was tested by using a modified Balke protocol and with a Woodway treadmill[1] as ergometer. Participants were connected to the oxygen measuring system, type Vmax 29[2], via a mask and a three-way directional valve[3]. The analyser was calibrated with room air and certified calibration gases. The participants started the test by walking at an incline of 4% at a speed of 3.8 or 4.8 km·h^{-1}, depending on their physical fitness. After a four-minute warm up the incline was increased by 2% every minute until exhaustion. Heart rate was registered continuously during the test using a Polar Sport tester[4]. Blood lactate level was measured using Lactate Pro[5]. Borg's Rating of Perceived Exertion was used to register participants' exertion at the end of the test (7). Values of heart rate, blood lactate, Respiratory Quotient and perceived exertion of the three tests were compared to evaluate exhaustion level during the tests. These data are not presented since no participants were excluded due to large diffe-

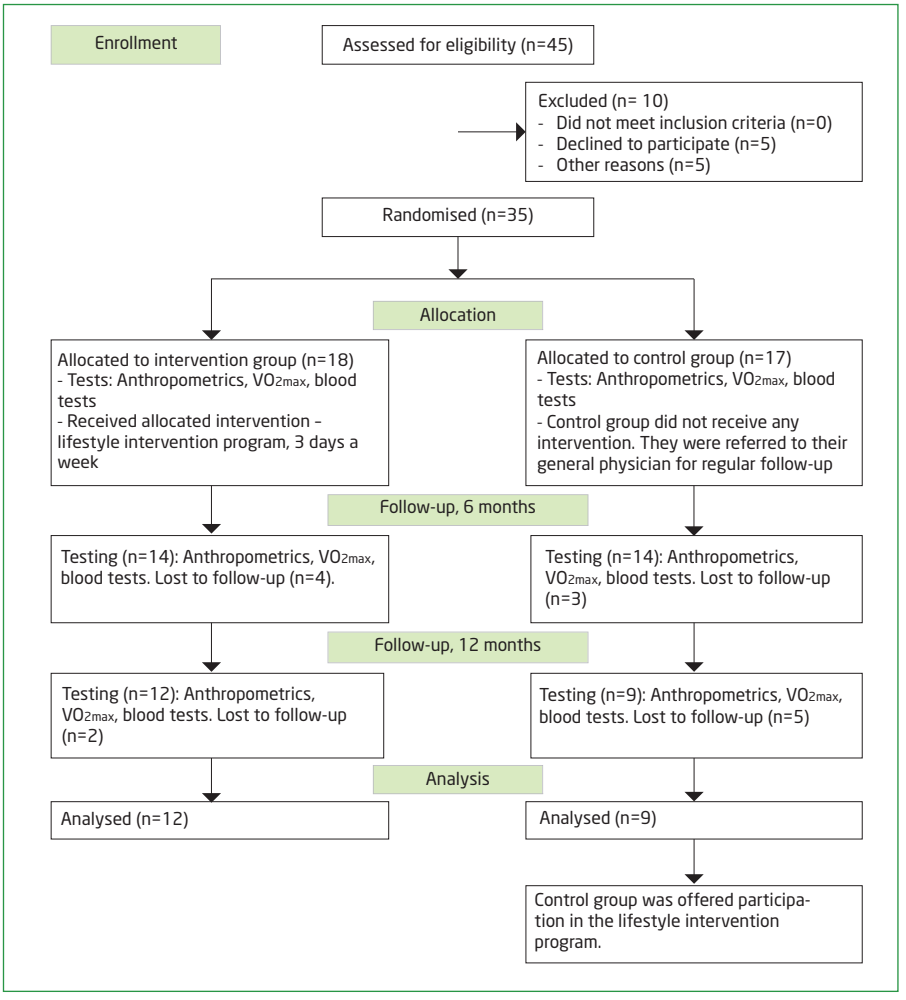


FIGURE 1 Flow of participants through the trial.

1 Woodway, ELG 2, Weil am Rhein, Germany
2 Vmax 29, Medics Corporation, Yorba Linda, CA, USA
3 Hans Rudolf, Inc, Kansas City, USA
4 Polar Electro Oy, Kempele, Finland
5 LT-1710TM, KDK Corporation, Kyoto, Japan
6 Model 770, Seca Corp, Hamburg, Deutschland
7 BioSpace, Seoul, Korea

Kort sagt

Clinical implications:

- This multidisciplinary outpatient lifestyle intervention program in primary health care reduced obesity-related cardiovascular risk factors for the patients.
- Participants with complex problems need a closer follow-up to reduce drop-out.

TABLE 1 Description of exercise, purpose and duration.

	Training	Purpose	Exercise examples	Intervals	Intensity
i	Indoor training (60 minutes)	a) Circuit training. Combined fitness and strength, every second station. Interval training.	Fitness: Jump/knee lift on a crash mat, activities on a «step», jumping with rope, badminton, etc. Strength: Push ups, Situps, back lift, «the plank», squats etc.	One min at each station, 45 sec. break.	Vigorous
		b) Group training (endurance and strength training)	- Warm up - Strength (i.e. squats, push ups, and other functional strength exercises) - Endurance training (i.e. aerobics) - Ball games	10 min. 30 min. 20 min.	Moderate/ Vigorous
		c) Fitness – Interval training (4x4)	Running/walking in stairs	4 sets with 4 min. vigorous intervals, and 4 min. active break	Vigorous/ very vigorous
ii	Outdoor walks (40 minutes)	Fitness	Emphasis on walking in hilly terrain to increase heart rate		Moderate
iii	Pool training (40 minutes)	Combined fitness and strength, exercise to music.	Interval fitness training and strength exercises with water resistance.		Moderate

rences between these data. Blood pressure was tested in sitting position prior to the VO_{2max}-test. Measurements were performed by a standard auscultatory method with an appropriate-sized cuff. The results are specified in mmHg. A calibrated digital scale[6] was used to measure body weight. Waist circumference was measured in standing position from the point midway between the inferior margin of the last rib and the crest of the ileum. Body composition was analysed using InBody 720 analysis[7]. The participants had blood samples taken and analysed by their own general physician to measure blood lipids and blood glucose level. The participants were instructed by the project management to be fasting before blood sampling. Training attendance for each participant was recorded through the first six months.

Intervention

The treatment given to the participants in the intervention group for the first six months consisted of an organised group-based exercise program lasting 40-60 minutes, three days per week at daytime. This program consisted of three types of activities: i) indoor training including circuit training, strength training, high-intensity running, ball games and aerobics, ii) outdoor walks and iii) pool activities including endurance and strength training (table 1). The intensity level was moderate to vigorous.

Once a week prior to exercise, group education concerning different themes was given (table 2). The intervention group was also offered individual counselling with professionals trained in cognitive therapy. For the next six months they were offered organised physical exercise (40-60 minutes) and group education or conversations once a week, as well as individual counselling if requested.

Participants in the control group visited their general physician according to their own schedule, and were offered participation in the lifestyle intervention program after one year.

TABLE 2 Education themes in the lifestyle intervention program.

Week number during the program:	Education concerning:
4	Nutrition
5	Nutrition follow-up
6	LOOP (a movie concerning dedication and mastering)
7	Time, goals and priorities
8	Cognitive therapy
9	Visit from the «Centre for eating disorders»
10	Nutrition
11	Activity and health
12	Peer exchanges
13	Cooking lesson
14	Visit from Stavanger Trekking Association
15	Social activities and phobias
16	Cognitive therapy
17	Nutrition
18	Cooking lesson
19	Nutrition
20	Cognitive therapy
21	How to sustain the new lifestyle
22	Individual conversation with each participant
23	End of intensive program
24-50	The program continues with exercise once a week, and 1.5 hours for conversation and teaching after the training. The participants are also offered optional individual counselling for support.
52	Individual conversations

Statistical analysis

Independent sample t-test was used to compare the mean changes between the intervention and the control groups´ baseline values with the values after six and 12 months respectively. In addition, a general line model for repeated measures was used to compare the physiological parameters within the control and intervention groups at baseline and follow up at six and 12 month (Table 4). Only participants who completed three tests are included. Because of the small sample and outliers the non-parametric Mann-Whitney U-test was executed on the parameters for controlling the results. Pearson's product-moment correlation coefficient analysis was used to study the relationship between the change in physiological parameters (body weight, fat mass, waist circumference, VO_{2max}) and exercise attendance. A probability value <0.05 was considered statistically significant. All statistical analyses were performed using IBM´s SPSS-18 for Mac for quantitative analysis. Data is expressed as mean (SD) unless otherwise specified.

TABLE 3 Comparison of the intervention- and the control groups´ mean changes in anthropometrics, maximal oxygen uptake (VO_{2max}) and blood pressure between baseline and six months, and between baseline and 12 months. Results presented as mean (SD).

Variables		Intervention group		Control group		p-value
		n	Mean change (SD)	n	Mean change (SD)	
Waist circumference (cm)	Baseline-six months	12	- 5.0 (5.9)	8	0.3 (4.1)	**0.04**
	Baseline-12 months		- 5.0 (6.1)		- 0.8 (5.9)	0.15
Body Mass (kg)	Baseline-six months	11	- 4.6 (6.0)	8	0.2 (4.8)	0.08
	Baseline-12 months		- 4.2 (7.8)		1.7 (6.5)	0.10
VO_{2max} (ml O2·kg-1·min-1)	Baseline-six months	9	2.7 (2.6)	9	- 0.9 (2.9)	**0.01**
	Baseline-12 months		0.8 (3.6)		- 1.2 (3.4)	0.23
Fat mass (kg)	Baseline-six months	10	- 4.0 (5.4)	8	1.0 (3.0)	**0.04**
	Baseline-12 months		- 4.2 (6.0)		1.6 (6.0)	0.06
Body fat (%)	Baseline-six months	10	- 1.5 (2.3)	8	0.9 (1.8)	**0.03**
	Baseline-12 months		- 2.3 (3.2)		1.3 (3.3)	**0.04**
Muscle mass (kg)	Baseline-six months	10	- 0.5 (1.1)	8	- 0.5 (0.9)	0.97
	Baseline-12 months		0.0 (1.8)		-1.1 (1.8)	0.23
Systolic blood pressure (mmHg)	Baseline-six months	10	- 9.0 (15.7)	8	- 0.3 (20.0)	0.31
	Baseline-12 months		- 7.1 (16.0)		0.0 (13.2)	0.33
Diastolic blood pressure (mmHg)	Baseline-six months	10	- 7.0 (9.8)	9	- 1.7 (6.3)	0.18
	Baseline-12 months		- 7.4 (10.6)		- 3.0 (7.6)	0.32

Significant p-values of difference between groups are bolded.

Results

Comparison of mean changes in anthropometrics (waist circumference, body mass, body fat mass and muscle mass), as well as maximal oxygen uptake (VO_{2max}) and blood pressure between the groups are shown in table 3.

During the first six months the intervention group reduced their waist circumference, fat mass and body mass by 4.1%, 6.5% and 3.7%, respectively. After 12 months these parameters had small mean changes, but larger SD. The control group had small to no change in these parameters, and the mean changes between the groups were significantly different after six months, but not after 12 months. The only exception was body fat in %, which decreased further in the intervention group after 12 months. VO_{2max} increased in the intervention group by 2.7ml O2·kg-1·min^{-1} (9.9%) after six months, while the control group had a small decrease. After six months the difference in mean change between the groups was significant (p=0.01). After 12 months mean VO_{2max} in the intervention group had decreased and was not significantly different from the baseline value. There was no significant difference in the mean change of VO_{2max} from baseline to 12 months between the intervention and control group. The absolute VO_{2max} in the intervention group increased from 2.92 to 3.04 l O2·min^{-1}, or 4.1% the first six months while the control group's corresponding values was reduced from 2.93 to 2.80 l O2·min^{-1}, or -4.3%. This difference in absolute VO_{2max} values was significant after 6 months (p= 0.03), but not after 12 months.

There was no significant difference in the mean change in diastolic and systolic blood pressure from baseline to six and 12 months between the intervention and control groups. The non-parametric test Mann-Whitney U-test confirmed the results from the parametric tests, and there was no difference in significance level between the parametric and non-parametric tests.

The mean changes in anthropometrics, maximal oxygen uptake and blood pressure within both groups are shown in table 4.

Although there was no significant difference in mean change of diastolic and systolic blood pressure between the groups, the intervention group showed a significant decrease of diastolic blood pressure; 7.6% after six months and 8% after 12 months (p<0.05). There were no significant changes for blood pressure in the control group.

With regard to the blood tests, there were no significant differences between the groups in mean changes when baseline values were compared to six and 12 months. In the intervention group there were no significant changes in the blood lipids total- and HDL cholesterol and triglycerides, as well as blood glucose. However, the level of LDL cholesterol increased by 12% from a mean of 3.07 (0.73) at baseline to a mean of 3.43 (0.75) after six months of intervention (p = 0.04). After 12 months it was no longer significantly higher than at baseline. There were no significant differences for the control group.

The participants in the intervention group attended on average 43 (14) of the 58 training sessions during the first six months of the lifestyle program (n= 14). After both six and 12 months, there were no significant correlations between the attended number of training sessions and the change in VO-2max, body weight, fat mass and waist circumference. After six months the drop-out rate was 22% in the intervention group, and 18% in the control group. After 12 months the drop-out rate was 33% and 47%, respectively.

Baseline data on participants who dropped out compared to those who finished the program in both groups are presented in table 5. There were no significant differences

TABLE 4 Anthropometrics, maximal oxygen uptake (VO_{2max}) and blood pressure within groups measured before the intervention program, after six and 12 months. Results presented as mean (SD).

	Intervention group				Control group			
Variables	**n**	**Baseline**	**6 months**	**12 months**	**n**	**Baseline**	**6 months**	**12 months**
Waist circumference (cm)	12	121.2 (14.0)	116.2 (14.9)*	116.2 (15.4)*	8	126.7 (16.4)	126.9 (16.3)	125.9 (16.5)
Body Mass (kg)	11	120.6 (17.6)	116.1 (17.7)*	116.4 (21.4)	8	120.1 (33.9)	120.2 (31.5)	121.8 (35.3)
VO2max (ml O2·kg-1·min-1)	9	24.5 (5.2)	27.2 (6.3)*	25.3 (6.4)	9	25.0 (6.5)	24.1 (6.3)	23.8 (5.1)
Fat mass (kg)	10	59.6 (7.8)	55.7 (9.2)*	55.4 (11.1)	8	52.6 (14.7)	53.6 (13.8)	54.3 (16.9)
Body fat (%)	10	49.0 (4.6)	47.5 (5.3)	46.7 (5.6)	8	44.2 (4.9)	45.1 (4.8)	45.4 (6.6)
Muscle mass (kg)	10	35.2 (7.8)	34.7 (7.5)	35.2 (8.6)	8	37.0 (8.9)	36.6 (8.9)	36.0 (8.5)
Systolic blood pressure (mmHg)	10	142.0 (16.8)	133.0 (11.4)	134.9 (12.0)	8	143.5 (17.3)	143.3 (19.0)	143.5 (17.6)
Diastolic blood pressure (mmHg)	10	92.5 (10.9)	85.5 (7.6)*	85.1 (8.1)	9	84.8 (8.5)	83.1 (9.1)	81.8 (5.4)

* Different from baseline, $p < 0.05$

between the former and the latter in these important health parameters at baseline.

TABLE 5 Baseline data – comparison between participants who completed the project period and participants who dropped out – both groups.

		Mean values of participants who		
Baseline data	**n**	**Dropped out**	**n**	**Completed the program**
Waist circumference (cm)	14	120.7 (13.8)	20	123.4 (14.8)
Body Mass (kg)	14	120.9 (21.0)	21	121.2 (24.6)
VO2max (ml O2·kg-1·min-1)	14	24.7 (4.9)	20	24.5 (5.5)
Fat mass (kg)	13	57.8 (12.6)	21	57.0 (14.5)
Body fat (%)	13	47.2 (6.5)	21	46.3 (6.7)
Muscle mass (kg)	13	36.4 (9.1)	21	37.0 (9.0)
Systolic blood pressure (mmHg)	14	137.4 (13.2)	21	140 (17.9)
Diastolic blood pressure (mmHg)	14	86.4 (6.3)	21	89.4 (10.1)

Discussion

The main findings of this study were that the intervention group compared to the control group experienced significantly greater reductions in waist circumference, body mass and body fat mass during the first six months of intervention. The participants also significantly increased their maximal oxygen uptake and lowered their diastolic blood pressure during this period. There were no further improvements during the next six months of the intervention, and the significant difference in mean changes between the groups was not maintained, except for body fat mass in %. The drop-out rate was high in both groups after 12 months, but higher in the control group.

Waist circumference is increasingly being looked upon as one of the more accurate tools of measurement of an individual's risk for metabolic syndrome and cardiovascular disease (8, 9). The intervention group participants in this study reduced mean waist circumference by 5 cm. For the target group represented in this study, reducing waist circumference by 5 cm or more has health benefits and is described as a realistic target (10). The mean reduction of waist circumference was maintained after 12 months, even though the significant difference between the two groups and within the intervention group was not maintained because of increased standard deviation. This indicates that the program has a positive effect on this important health parameter for some of the participants.

Studies indicate that a gradual, modest weight reduction of 5-10% will reduce several obesity related cardiovascular risk factors, and greater weight loss can lead to increased improvements and maintenance (11, 12). The mean weight reduction in the intervention group was around 4%, during the first six months, with no further reduction seen at 12 months. The increase in VO_{2max} of 9.9% in the intervention group was also limited to the first six months. This indicates that the intensive training period should be longer than six months, and the number of group training sessions should not have been reduced from three to one session during the last six months of the program. It seems that most participants in the intervention group did not manage to maintain the physical activity level needed to maintain the VO_{2max} gained during the first six months of the intervention.

Even without weight loss, exercise makes a significant contribution to health benefits (13, 14). However, the present lifestyle program could focus more on diet and psychological reasons for overeating. Changing one's diet seems to be one of the major challenges for participants in lifestyle intervention programs (5, 15). Burmeister et al. found that 19% of the overweight or obese people in their sample met criteria for food addiction (16). In this study, the intervention group received diet education, but it is possible that they did not manage to reduce their intake of saturated fats and carbohydrates because of food addiction. In terms of achieving weight loss, earlier research shows that physical activity alone is less effective than diet alone, and the combination of diet and physical activity has proven to have the greatest effect (17-19). The program in this study had a large focus on exercise, as the participants engaged in exercise three times a week for the first six months, totalling 58 training sessions. Diet education was offered six times, and cooking lessons were only offered two times during the six-month intensive project period. A recently published meta-analysis also states that diet and diet combined with exercise are superior to exercise only, for improving blood lipids in adults (20). None of the expected and desired changes in blood lipids were shown in the results from this study. The level of LDL cholesterol was increased in the intervention group after six months. Although this was unexpected, similar results were found by The Björknäs Study (15). The increase in LDL cholesterol may be explained by a

diet high in saturated fats. Since some of the participants may have underlying eating disorders (16), they could benefit from more focus on diet education and cooking lessons, and psychological treatment for food addiction.

The European guidelines for classification of hypertension state that a blood pressure of 140/90 is regarded as mild hypertension, and a lower blood pressure is regarded as normal (21). Even though there was no significant difference in mean change of blood pressure between the two groups, the mean blood pressure in the intervention group improved during the intervention period, decreasing from mild hypertension (142/92; SD 16.8/10.9) to normal (135/85; SD 12.0/8.1). Of a total of 12 participants in the intervention group, seven had hypertension at baseline. Five out of the seven decreased their systolic blood pressure with at least 10 mmHg during the first six months of the program. The number of cardiovascular events has been found to decrease in step with the degree of blood pressure reduction (22), which indicates another positive effect the program has on an important health parameter.

Exercise attendance was registered for the intervention group, and participation varied greatly. However, we found no significant correlation between attendance at training and physical improvements. Some participants may not have trained intensively enough to achieve positive response from the exercise, indicating that some participants may need even closer follow-up and a more complementary program to achieve positive results. Other participants may have achieved positive results by their own efforts and by attending only parts of the program. This could indicate that some participants may benefit from attending only parts of the program, i.e. the measurements and some of the education, as they would be able to implement the needed lifestyle change with less follow-up. This points to the importance of individualised exercise programs and follow-up.

Earlier research indicates that regular follow-up and teaching of coping and behaviour modification strategies for this patient group is of great importance, if one is to achieve the lifestyle change with its desired effects (3). The control group visited their general physician according on their own schedule. This was insufficient for achieving weight loss and reducing cardiovascular risk factors in this study, as the control group showed no change in the parameters. This is also supported by previous research (23).

The drop-out rate was significant in both groups, but was higher in the control group. There were no important differences in baseline data between those who finished the program and those who dropped out (Table 5). In the intervention group the participants had peer exchanges, lessons and group exercise. The combination of these factors seems to be important in coping with a lifestyle change (3), which points to the importance of regular follow-up for this population. The reasons for dropping out or not completing all the tests varied, but seven out of 14 explained the drop-out with injury, illness or surgery. Compliance to treatment is a challenge in weight loss obesity treatment (24). Since this type of lifestyle intervention program is intensive, requires personal coaches and multiple sessions, a careful selection of motivated participants is needed to reduce drop-out rate and improve cost-effectiveness. It may be beneficial to develop a more individualised and differentiated approach in the future. Some participants could also preferably attend more comprehensive types of programs.

The main strengths of this study were the one-year intervention period and the extensive amount of data collected from each participant. We also collected useful experiences, which could be useful for similar intervention programs. However, the study has several limitations. First, because of limitations in the training facilities and limited finances of the municipality, only 18 patients could be included in the intervention program. The lack of control of the participants´ diet during the program is another limitation in the study-design. The diet could influence the participants´ ability to obtain the physiological changes we investigated in this study. There was also a large drop-out rate. Because this was a small-scale study, individual differences have a great impact on the mean results and standard deviation, thereby influencing the significance of the findings. Mean values could also be affected by outliers. However, data was re-analysed after exclusion of outliers, and these did not affect results of either the correlation tests or the compare means test. The results were also controlled by executing additional non-parametric statistics, with no change in significance levels.

Conclusion and implications for practice

This multidisciplinary outpatient lifestyle intervention program reduces obesity-related cardiovascular risk factors for the participants by improving participants' anthropometrics, VO_{2max} and blood pressure. The use of such programs in primary health care seems to be a good treatment for obese patients. However, based on experiences from this study, several adjustments in the program could be made to further improve the participants' outcome. First, a careful selection of motivated participants seems important to reduce drop-out rate from the program. Second, it seems necessary to extend the intensive intervention program from six to 12 months. Third, individualised exercise programs are of great importance because of the participants´ varying motivation. A strategy for a broader and multidisciplinary follow-up of participants with complex problems is also needed. Fourth, to increase weight loss, participants need both more specialised help to change their diet, and an assessment for possible underlying eating disorders. Further research should evaluate the long-term effect that such programs have beyond the first year. It would also be of great interest to include surveys addressing the quality of life and self-perceived health changes in similar effect studies.

Acknowledgments

The study was funded by the Municipality of Stavanger and the University of Stavanger. No conflict of interest exists.

References

1. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. 2011. [cited 2013 19.06]; Available from: http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf
2. Galani C, Schneider H. Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. International Journal of Public Health. 2007;52:348-59.
3. Kirk SFL, Penney TL, McHugh T-LF, Sharma AM. Effective weight management practice: a review of the lifestyle intervention evidence. International journal of Obesity. 2012;36(2):178-85.
4. Hofsø D, Nordstrand N, Johnson LK, Karlsen TI, Hager H, Jenssen T, et al. Obesity related cardiovascular risk factors after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass and intensive lifestyle intervention. European Journal of Endocrinology. 2010;163 735-45.
5. Mæhlum S, Danielsen KK, Heggebø LK, Schiøll J. The Hjelp24 NIMI Ringerike obesity clinic: an inpatient programme to address morbid obesity in adults. British Journal of Sports Medicine.

2012;46:91-4.
6. Helsedirektoratet. Frisklivssentraler. 2011 [cited 2013 19.06]; Available from: http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Sider/default.aspx.
7. Borg G. Borg´s perceived exertion and pain scales. Champaign: Human Kinetics; 1998.
8. Knowles KM, Paiva LL, Sanchez SE, Revilla L, Lopez T, Yasuda MB, et al. Waist Circumference, Body Mass Index, and Other Measures of Adiposity in Predicting Cardiovascular Disease Risk Factors among Peruvian Adults. International journal of Hypertension. 2011;2011.
9. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. American Journal of Clinical Nutrition. 2004;79:379-84.
10. Han TS, Richmond P, Avenell A, Lean ME. Waist circumference reduction and cardiovascular benefits during weight loss in women. International journal of Obesity Related Metabolic Disorders. 1997;21(2):127-34.
11. Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of Modest Weight Loss in Improving Cardiovascular Risk Factors in Overweight and Obese Individuals With Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2011;34(7):1481-6.
12. Barte JC, ter Bogt NC, Bogers RP, Teixeira PJ, Blissmer B, Mori TA, et al. Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. Obesity Reviews. 2010;11(12):899-906.
13. King NA, Hopkins M, Caudwell P, Stubbs RJ, Blundell JE. Beneficial effects of exercise: shifting the focus from body weight to other markers of health. British Journal of Sports Medicine. 2009;43:924-7.
14. Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. Medicine & Science in Sports & Exercise. 1999;31(11):646-62.
15. Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson MCE. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardivascular risk factors. The Björknäs study. Scandinavian Journal of Public Health. 2006;34:453-61.
16. Burmeister JM, Hinman N, Koball A, Hoffmann DA, Carels RA. Food Addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. Appetite 2013;60:103-10.
17. Wing RR, Venditti E, Jakicic JM, Polley BA, Lang W. Lifestyle intervention in overweight individuals with a family history of diabetes. Diabetes Care 1998;21:350-9.
18. Wood PD, Stefanick ML, Dreon DM, al. e. Changes in plasma lipids and lipoproteins in overweight men during weight loss through dieting as compared with exercise. New England Journal of Medicine 1988;319:1173-9.
19. Hagan RD, Upton SJ, Wong L, Whittam J. The effects of aerobic conditioning and/or caloric restriction in overweight men and women. Medicine & Science in Sports & Exercise 1986;18:87-94.

Stor og Sterk - Evaluering av et livsstilsendringsprogram i primærhelsetjenesten
Sammendrag

- **Mål**: Målet med studien var å evaluere fysiologiske effekter av et poliklinisk livsstilsendringsprogram i primærhelsetjenesten rettet mot inaktive personer med fedme. Programmet bestod av trening og undervisning vedrørende livsstilsendring og mestring.
- **Metoder**: Inaktive deltakere med fedme ble randomisert til enten en intervensjonsgruppe (n = 18), som fikk seks måneder med intensiv trening og undervisning etterfulgt av seks måneder med oppfølging en gang i uken, eller til en kontrollgruppe (n = 17). Ved baseline, etter seks og 12 måneder gjennomførte deltakerne tester og målinger av antropometri, VO_{2max}, blodlipider og blodtrykk.
- **Resultater**: Sammenlignet med kontrollgruppen hadde intervensjonsgruppen oppnådd reduksjon av midjemål og fettmasse, samt økt VO_{2max} med henholdsvis 4,1%, 6,5% og 9,9%. Forskjellen mellom de to gruppene var signifikant (p <0,05) etter seks måneder, men ikke etter 12 måneder.
- **Konklusjon**: Denne studien, med de begrensningene den har, viser at det tverrfaglige livsstilendringsprogrammet Stor og Sterk reduserte flere fedme-relaterte kardiovaskulære risikofaktorer etter seks måneder. Programforbedringer foreslås for å ytterligere forbedre deltakernes resultater på lengre sikt, samt redusere frafall.
- **Nøkkelord**: overvekt, fedme, midjemål, vektreduksjon, blodtrykk, VO_{2max}, poliklinisk, randomisert kontrollert studie.

20. Kelley GA, Kelley KS, Roberts S, Haskell W. Comparison of aerobic exercise, diet or both on lipids and lipoproteins in adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. Clinical Nutrition. 2012;31:156-167.
21. Goran M, Fields DA, Hunter GR, Herd SL, Weinsier RL. Total body fat does not influence maximal aerobic capasity. International journal of Obesity Related Metabolic Disorders. 2000;24(7):841-8.
22. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) Journal of Hypertension. 2007;25:1105-87.
23. Lindholm L, Ekblom T, Dash C, Eriksson M, Tibblin G, Scherstén B. The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk. British Medical Journal. 1995;310.
24. De Panfilis C, Cero S, Dall´Aglio E, Salvatore P, Torre M, Maggini C. Psychopathological predictors of compliance and outcome in weight-loss obesity treatment. Acta Bio Medica. 2007;78:22-8.

5-DELT «CLASSIC» BEHANDLINGSBENK

Veiledende pris 17.730,– + mva

Med sin klassiske utforming, sentrallåsbare hjul og solide rammeverk er benken stabil og enkel å forflytte. Den kan tilpasses en hvilken som helst terapeutisk behandling. Behandlingsbenken kan leveres med elektrisk løft, drenasjefunksjon og armsupport.

Norskprodusert og markedsledende i mer enn 30 år

www.steens-physical.no

Steens Physical

BLIKK PÅ FORSKNING

Blikk på forskning utarbeides i samarbeid med Journal of Physiotherapy (Australia). Tidsskriftet trykker forskningspresentasjonene under betegnelsen Critically appraised Papers, CAPs.

Telehealth reduces hospital admission rates in patients with COPD

Synopsis

Summary of: Dinesen B, et al (2012) Using preventative home monitoring to reduce hospital admission rates and reduce costs: a case study of telehealth among chronic obstructive pulmonary disease patients. J Telemed Telecare 18: 22–225. [Prepared by Kylie Hill, CAP Editor.]

Question: Does telehealth reduce the hospital admission rate and cost for people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)?

Design: Randomised controlled trial with concealed allocation.

Setting: The participants' homes in Aalborg, Denmark. Participants were linked with healthcare professionals at primary and secondary healthcare facilities using telehealth technology. Participants: Adults were included if they had severe or very severe COPD, lived in Aalborg, and were free from other diseases that limited function (eg, heart disease). Randomisation allocated 60 to the intervention group and 51 to the control group.

Interventions: Participants in the intervention group had a telehealth monitoring device installed in their home for four months and were taught how to monitor their symptoms, measure clinical data (eg, spirometry), use a step counter, and given instructions about home exercise. Healthcare professionals accessed the data to monitor their disease and provide advice. Once a month, the telehealth team met via video to co-ordinate and discuss each participant's rehabilitation program. Those in the control group were instructed regarding home exercises, but had no planned contact with healthcare professionals.

Outcome measures: Hospital admission rate and cost of hospitalisation over a 10-month period. Results: A total of 105 participants completed the study. Over the follow-up period, the admission rate per patient was lower in the intervention group compared with the control group (0.49 vs 1.17, $p = 0.041$). The cost of hospitalisations appeared to be lower in the intervention group.

Conclusion: Telehealth strategies that promote rehabilitation and early detection of an acute exacerbation reduced hospital admission rates in people with severe and very severe COPD.

Commentary

There is considerable interest in the role of telehealth for people with COPD. A systematic review has shown that telemonitoring of physiology and symptoms reduces emergency department visits and hospitalisations (McLean et al 2011). However the use of telehealth strategies to deliver home-based exercise training is in its infancy, despite the central role of pulmonary rehabilitation in COPD care.

In the study by Dinesen and colleagues, participants who received telerehabilitation had a lower rate of hospital admission than those who received usual care. Participants had severe to very severe COPD, which reflects the group most commonly seen in pulmonary rehabilitation. However, telerehabilitation did not include supervised exercise training, and the number of contacts with clinicians during the intervention period was not reported. Participants also engaged in 'preventive self-monitoring using a telehealth monitor'. Therefore it is difficult to assess the effect the exercise program had on reducing hospitalisations, over and above the gains expected following self-management training on this outcome (Effing et al 2007). This trial suggests that exercise participation can be encouraged using telemonitoring. However it remains uncertain whether telerehabilitation is as effective as best practice COPD care. Whilst it was stated that the usual care group in this study underwent the standard regimen for rehabilitation, this consisted of once-off instruction in home exercises, which does not meet the current definition of pulmonary rehabilitation (Nici et al 2006). This trial therefore does not allow us to compare the outcomes of telerehabilitation to those of standard, highly effective,pulmonary rehabilitation programs (Lacasse et al 2006). Until such comparisons are undertaken in robust trials, telerehabilitation remains a useful second-line treatment for those with COPD who, for reasons of geography or disability, cannot undertake supervised pulmonary rehabilitation programs.

Anne Holland
Department of Physiotherapy, Alfred Health, and Alfred Health Clinical School, La Trobe University, Australia

References
Effing T et al (2007) Cochrane Database Syst Rev: CD002990.
Lacasse Y et al (2006) Cochrane Database Syst Rev: CD003793.
McLean S et al (2011) Cochrane Database Syst Rev: CD007718.
Nici L et al (2006) Am J Respir Crit Care Med 173: 1390–1413.

Evidens, fysioterapi og langvarige underlivssmerter

Gro Killi Haugstad, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fysioterapeututdanningen. GroKilli.Haugstad@hioa.no.

Torunn Stavnes Søyseth, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

Elin Håkonsen, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fysioterapeututdanningen.

Ingvild Lilleheie, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fysioterapeututdanningen, og Vikersund Kurbad.

Tor Haugstad, Sunnaas Sykehus.

Fagkronikken ble akseptert 29.8.2013. Fagkronikker vurderes av fagredaktør.

Ved Høgskolen i Oslo og Akershus ble det i juni 2013 avholdt et internasjonalt forskningsseminar og workshop med fysioterapeuter fra Norge, Danmark og Australia for å drøfte ulike fysioterapeutiske tilnærminger til evaluering og behandling av langvarige underlivssmerter hos kvinner. Fysioterapeututdanningen ved HiOA har i mange år deltatt aktivt i å bygge opp det norske og skandinaviske forskningsmiljøet omkring disse svært vanlige kvinnelidelsene, i samarbeid med miljøer i Europa og USA.

Langvarige underlivssmerter representerer en stor klinisk utfordring. Det er anslått at prevalensen er rundt 4% (1-3). En rapport fra WHO anfører imidlertid at forekomsten på verdensbasis ligger mellom 2 og 24 % (4).

Langvarige underlivssmerter defineres som smerter i nedre del av abdomen og i det lille bekken med over seks måneders varighet uavhengig av menstruasjonssyklus (dysmenorre), seksuell aktivitet (dyspareuni) eller smerter avgrenset til vulvaområde (vestibulodyni). Noen forfattere bruker uttrykket «kroniske bekkensmerter» (chronic pelvic pain, CPP) for den samme kliniske tilstand. Vi foretrekker begrepet «langvarige underlivssmerter» både for å skille tilstanden fra smerter utgående fra det benede bekken og dets ledd, og for å henlede oppmerksomheten mot at tilstanden ikke nødvendigvis skal betraktes som kronifisert. Det er imidlertid viktig å legge merke til at det skandinaviske begrepet «underliv», som kan referere både til abdomen nedenfor diafragma eller crista iliaca og til genitalia interna og externa hos kvinner, ikke uten videre lar seg oversette til engelsk.

Diagnostikk og undersøkelser

Smerter i underlivet kan skyldes sykdom i flere organsystemer, blant annet peritoneum, gastrointestinaltractus og urogenitalsystemet, og kan videre forveksles med nevrogene smerter. Diagnostisk er det derfor viktig å utelukke slik sykdom gjennom gynekologiske, gastroenterologiske og urologiske prosedyrer. I svært mange tilfeller vil man imidlertid ikke finne spesifikke patologiske forandringer ved slike undersøkelser, og det er viktig å tilpasse anvendelsen av slike diagnostiske prosedyrer og fokusere på en grundig anamnese og klinisk undersøkelse av pasienten.

En rekke faktorer synes å kunne bidra til utvikling av langvarige underlivssmerter. I en metaanalyse av studier som undersøker slike faktorer (4) nevnes blant annet store menstruasjonsblødninger, gjennomgåtte infeksjoner og annen tidligere patologi i urogenitalsystemet, overgrepsproblematikk, aborter, operasjoner og psykologisk komorbiditet. For å forstå sammenhengen mellom disse patogenetiske faktorene og det kliniske bildet kan man anvende perspektiver fra nyere smerteforskning.

Flere forfattere klassifiserer langvarige underlivssmerter som sentral non-nociceptiv smerte (5). I denne sammenheng er det viktig å understreke at prosessering av smerteimpulser i det perifere og sentrale nervesystemet stadig gjennomgår endringer gjennom mekanismer vi forstår som nevronal plastisitet. Slik kan smerte både forsterkes og avdempes gjennom komplekse samspill mellom fysiske, emosjonelle, kognitive og sosiale faktorer (6,7).

Ved klinisk gynekologisk undersøkelse har vi funnet høy elastisk stivhetsgrad av muskulaturen i det lille bekken (8). Palpasjon av denne muskulaturen kan utløse smerter pasienten vil gjenkjenne. I tillegg gjøres lignende palpasjonsfunn ved undersøkelse av følgende muskler: ileopsoas, rectus abdominis, adductor femoris og piriformis (8,9). Ved inspeksjon finnes ofte lette ødemer i lyskeregionen og nedre del av abdomen (8,10). Mange kvinner rapporterer også om endret hudfølelse i aktuelle områder, ved lett berøring utløses smertesensasjonser (allodyni). Av den grunn avstår mange også fra å benytte tettsittende klesplagg, seksuell omgang etc. som provoserer det smertefulle området.

Inspeksjon av holdning, gange, bevegelse- og respirasjonsmønstre ut fra prinsipper innen funksjonell anatomi viser tydelige endringer sammenlignet med friske kontroller (9,11). Blant annet finner man at diafragmabevegelsene ved respirasjon er nedsatt, og mye av respirasjonsarbeidet foregår høykostalt. Koordinasjonsevne og balanse er nedsatt, og bevegelsesmønsteret er preget av høy spenning i muskulatur og redusert

> Vi mener fysioterapi ved langvarige underlivssmerter er av stor relevans.

evne til avspenning/slipp. Gangen er preget av kort skrittlengde og noe addusert med redusert fotavvikling og fraspark, og vi finner nedsatt rotasjon av bekken og lumbaldel av columna (11). Ved funksjonelle undersøkelser oppgir pasienten at det er en rekke bevegelser de er engstelige for å utøve, som å ligge på magen, sykle, seksuell aktivitet, bruk av tampong, samt nær kontakt som involverer nedre del av abdomen. Når slike bevegelsesmønstre utføres, kan det utløse angst hos pasienten, noe som kan forstås innen rammen av kinesofobi (6,12,13). Siden mange pasienter frembyr psykologisk komorbiditet som angst knyttet særlig til kroppskontakt og bevegelsesutfordringer, er psykologisk utredning med blant annet psykometrisk kartlegging en nødvendig komponent i en bred klinisk diagnostisk utredning.

Behandling – somatokognitiv fysioterapi

En gjennomgang av litteraturen vedrørende behandling av langvarige underlivssmerter gir ikke grunnlag for klare anbefalinger for valg av terapeutisk metode. Til det foreligger det for få studier med tilstrekkelig kvalitet (14,15,16). Men kirurgiske intervensjoner synes å ha liten effekt (16). Loving med medarbeidere finner imidlertid at en tverrfaglig tilnærming til behandlingen, bestående av farmakoterapi, fysioterapi og psykoterapi synes å ha noe støtte i litteraturen (14). Albert fant at en gruppeintervensjon basert på kroppsorientert, psykosomatisk og adferdsterapeutiske prinsipper reduserte smerteskår signifikant hos pasienter med underlivssmerter ved ett års oppfølging (17). Ved langvarig smerte har kognitiv terapi i kombinasjon med ulike former for fysioterapi vært benyttet, og anvendelsen har noe støtte i litteraturen (18,19).

Ved Høgskolen i Oslo, Institutt for Fysioterapi har vi utviklet somatokognitiv fysioterapi som terapeutisk innfallsvinkel til langvarige smertelidelser (20). Denne fysioterapeutiske intervensjonen bygger på fysioterapeutiske prinsipper fra Mensendieck-tradisjonen i Oslo, kombinert med psykoterapeutiske prinsipper fra kognitiv terapi, som en hybridbehandling utført av fysioterapeut. Målet med behandlingen er å oppnå ny kroppslig erkjennelse og bevisshet. Hovedfokus er å få nye erfaringer gjennom kroppen, ved å flytte fokus fra smerte, depressive tanker og bevegelsesfrykt til funksjon i dagligliv og restrukturering av dysfunksjonelle, automatiske tankemønstre. Dette skjer gjennom nye utforskende kroppslige erfaringer i kombinasjon med integrerte og reflekterende samtaler.

I en randomisert intervensjonsstudie med pasienter med langvarige underlivssmerter, hvor kontrollpasientene mottar standard ikke-kirurgisk gynekologisk behandling, frembyr pasienter i intervensjonsgruppen signifikante reduserte smerteskår, bedrede bevegelsesmønstre og bedret livskvalitet etter behandling og etter et års oppfølging (20). Gruppen som i tillegg mottok kognitiv terapi ved psykolog hadde ingen tilleggseffekt av denne behandlingen (Haugstad, upubliserte data).

Ved Fysioterapeututdanningen i Oslo har vi nå gjennomført en longitudinell/for-

løpsstudie med somatokognitiv fysioterapi hos kvinner med en annen medisinsk tilstand med langvarige smerter i underlivet. 30 kvinner med provosert vestibulodyni (PVD) ble inkludert fortløpende fra gynekologer ved Ullevål Universitetssykehus. Pasientene fikk ti fysioterapibehandlinger/somatokognitiv fysioterapi av studenter under veiledning på poliklinikken ved utdanningen. De ble retestet etter behandling og etter et halvt år. De foreløpige resultatene fra denne studien er ikke ferdigbehandlet, men tendensen etter et halvt års oppfølging ser lovende ut. Disse 30 pasientene med provosert vestibulodyni i denne omtalte studien oppnår reduserte smerteskår, mindre redsel for smerte og bevegelse, og bedrede bevegelsesmønstre (21). Det ble også gjort kvalitative intervju før, umiddelbart etter og ett år etter intervensjon. I intervjuene beskriver kvinnene en endring i forhold til egen kropp og sin sexualitet. Ett år etter behandlingens slutt beskrives den somatokognitive intervensjonen de gjennomgikk som grensesprengende i å utforske nye bevegelser og utvide sine kroppslige erfaringer. Det er også tydelig at kvinnene har fortsatt sin endringsprosess etter behandlingens slutt. De beskriver dette som at de er blitt bedre til å forstå og respektere kroppens reaksjoner. Samtidig gir de uttrykk for en større kroppslig frihet hvor smertene ikke lenger «styrer» hverdagsliv og samliv. Flere av pasientene i studien har etter behandlingsintervensjonen gjort endringer i sine liv. Noen har blitt gravide, skiftet jobb/utdanning eller flyttet. I intervjuene uttrykker de dette som at de er blitt mer bevisste på kroppens reaksjoner i forhold til det livet de levde og at endringene derfor ble nødvendige.

Veien videre

Ved seminaret og workshops i Oslo i juni erfarte vi at det norske fysioterapimiljøet står sterkt i forhold til internasjonale miljøer, sammenlignet med for eksempel Australia. Vi drøftet hvordan Moseleys «explain pain»-modell (22) forholdt seg til den intervensjonsformen vi har utviklet ved fysioterapiutdanningen i Oslo, hvor vi integrerer fysioterapi og kognitiv terapi (somatokognitiv behandling). Våre kolleger fra Australia og Danmark er derfor interesserte i å samarbeide om internasjonale multisenterstudier hvor vi kan videreutvikle metoder for å evaluere og behandle disse vanlige kvinnesykdommene.

Vi mener fysioterapi ved langvarige underlivssmerter er av stor relevans, men at det er viktig å inkorporere en bredere forståelsesramme som går ut over biomekaniske modeller, og som omfatter både en biopsykososial tenkning og et rehabiliteringsperspektiv basert på ICF-modellene.

Referanser:

1.Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF et al. Chronic pelvic pain: prevalence health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol 1996; 87:321-7.
2.Stones RW, Mountfield J. Intervention for treating chronic pelvic pain in women. Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.
3.Howard FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 2003; 101:594-611.
4.Latthe P, Latthe M, Say L et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health 2006; 6:177.
5.Vercellini P, Soniqliana E, Vigano P et al. Chronic Pelvic Pain in Women; etiology, pathogenesis and diagnostic approach. Gynecol Endocrinol 2009; 25:149-58.
6.Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD et al. Human brain mechanisms of pain perception and regulation and disease. E J Pain 2005;9:463-484.
7.Apkarian AV. The brain in chronic pain; clinical implications. Pain Manage 2011; 1:577-586.
8.Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM et al. Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. J Psychosomatic Research 2006a; 61:637-644.
9.Montenegro ML, Mateus-Vasconcelos EC, Rosa E Silva JC et al. Importance of pelvic muscle tenderness evaluation in women with chronic pelvic pain. Pain Med 2010;11: 224-8.
10.Beard RW, Reignald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. Br J Obstet Gynaecol 1988; 95:153-61.
11.Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM et al. Reliability and validity of a standardized Mensendieck physiotherapy test (SMT). Phys Theory Pract 2006b:22:189-205.
12.Vlayen JW, Linton SJ. Fear- avoidance and its consequenses in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 2000: 85:317-32.
13.Allapattu MJ, Bishop MD. Psychological factors in chronic pelvic pain in women: relevance and application of the fear-avoidance model of pain. Phys Ther 2011: 91:1542-50.
14.Loving S, Nordling J, Jaszczak P et al. Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review. Scand J Pain 2012; 3: 70-81.
15.Champaneria R, Daniels JP, Raza A et al. Psychological therapies for pelvic pain: a systematic review of randomized controlled trials. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91:281-6.
16.Yunker A, Sathe NA, Reynolds WS et al. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. Obstet Gynecol Surv 2012; 67:417-25.
17.Albert H. Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. J Psychosom Obstet Gynaecol 1999; 20: 216-25.
18.Winterowd C, Beck AT, Gruener D. Cognitive therapy with chronic pain patients. New York: Springer, 2003.
19.Brunner E, De Herdt A, Minguet P et al. Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? A systematic review. Disabil Rehab 2013; 35:1-10.
20.Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM et al. Continuing improvement of chronic pelvic pain in women after short-term Mensendieck somatocognitive therapy: results of 1-year follow-up study. Am J Obst & Gyn 2008; 199; 615.e1-615.e8.
21.Haugstad GK, Håkonsen E, Lilleheie I et al. Somatocognitive Therapy in Gynecological Pain: Chronic Pelvic Pain (CPP) and Provoked Vestibulodynia (PVD). (2012). 22nd European Congress of Obstetrics and Gynaecology. EBCOG 2012 Tallin Estonia.
22.Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. Man Ther 2003; 8:130-140.

Doktorgrad:
Aktivitetsmåling med kroppsbårne sensorer

Kristin Taraldsen, fysioterapeut og Phd, forskningsgruppe for geriatri og forskningsgruppe for bevegelsesrelaterte tilstander ved institutt for nevromedisin, NTNU og St. Olavs Hospital.

Doktorgradsarbeidet ble gjennomført med støtte fra Norske Kvinners Sanitetsforening gjennom Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering og Samarbeidsorganet HMN. Hovedveileder har vært fysioterapeut og professor Jorunn Lægdheim Helbostad. Arbeidet ble fullført i august 2013. Avhandlingen er tilgjengelig via NTNU sine nettsider. Dette sammendraget ble først publisert i Geriatrix 3/13 (83).

Originaltittel: Activity Monitoring in Older Persons: Methodology and Clinical Application (2013).

Ny teknologi med små kroppsbårne sensorer gjør det nå mulig å måle fysisk aktivitet gjennom hele dager og døgn. Slike metoder kan gi ny kunnskap om hvor viktig fysisk aktivitet er for helse og fysisk funksjon. For eldre er linken mellom fysisk aktivitet og fysisk funksjon særlig viktig, spesielt for de som er i risiko for å tape funksjon og bli avhengig hjelp i daglige aktiviteter.

Aktivitetsmåling med fokus på eldre med nedsatt gangfunksjon har vært hovedtema for doktorgradsarbeidet som her presenteres. Avhandlingen, med tittelen «Activity monitoring in older persons – Methodology and Clinical Application», består av en sammenfatning og fire forskningsartikler. Første artikkel er en litteraturgjennomgang som viser hvilke aktivitetsvariabler utledet fra aktivitetsmålere som er rapportert i litteraturen. De to neste artiklene er metodestudier, en med fokus på validering av en en-akset aktivitetsmåler som registrerer stillinger, forflytninger og skritt, og en studie som evaluerer nøyaktigheten av ulike antall og kombinasjoner av dager med aktivitetsmåling for å finne antall dager man bør benytte. Siste artikkel er en klinisk kontrollert studie som inkluderte 397 deltakere hvor målet var å evaluere sykehusbehandling av hoftebruddpasienter i en geriatrisk sengepost sammenlignet med tradisjonell behandling i en ortopedisk sengepost, med fokus på fysisk aktivitet fjerde postoperative dag.

I forskningssammenheng benyttes ofte ulike standardiserte tester eller for eksempel ganganalyse i laboratorium, men resultater fra slike tester eller testsituasjoner er ikke det samme som å måle hva en person faktisk gjør i dagliglivet. I tillegg til standardiserte tester som måler hva en person *kan utføre*, er det derfor aktuelt å benytte kroppsbårne sensorer eller aktivitetsmålere, for å innhente informasjon om hva en person *faktisk gjør* i dagliglivet.

Det finnes mange ulike metoder for aktivitetsmåling. Forskningsgruppe for geriatri på NTNU og St.Olavs Hospital har benyttet en-akset akselerasjonsbasert aktivitetsmålere festet på låret til å innhente objektiv informasjon om daglig fysisk aktivitet. Valideringsstudien viste at denne aktivitetsmåleren gir nøyaktige mål på stillinger og forflytning mellom stillinger, mens gjenkjenning av skritt var unøyaktig spesielt hos eldre personer med lav ganghastighet. Aktivitetsmåling over minst fire dager gir et nøyaktig mål på daglig fysisk aktivitet gjennom en uke for enkeltpersoner. For sammenligning på gruppenivå kan en benytte aktivitetsmåling fra enkeltdager.

Noen eldre med nedsatt fysisk funksjon har liten reservekapasitet, og fungerer derfor så vidt over terskelen for å klare en rekke daglige funksjoner som det å reise seg fra stol eller gå uten assistanse. En mindre hendelse som en kort periode med sykdom, kan for disse være nok til at de blir avhengig av hjelp i mange daglige aktiviteter. Den store klinisk kontrollerte studien viste at pasienter som fikk bred geriatrisk utredning og behandling under sykehusoppholdet hadde mer tid i oppreist stilling, flere forflytninger og bedre fysisk funksjon i underekstremitetene sammenlignet med pasienter som fikk tradisjonell behandling under sykehusoppholdet. For eldre er linken mellom fysisk aktivitet og funksjon viktig, og mobilisering av pasienter som står i fare for å tape fysisk funksjon bør inkluderes i planlegging og gjennomføring av behandling av slike sårbare grupper.

Referanser:

Taraldsen K, Chastin SF, Riphagen II, Vereijken B, Helbostad JL. Physical activity monitoring by use of accelerometer-based body-worn sensors in older adults: a systematic literature review of current knowledge and applications. Maturitas. 2012 Jan;71(1):13-9.

Taraldsen K, Askim T, Sletvold O, Einarsen EK, Bjåstad KG, Indredavik B, Helbostad JL. Evaluation of a body-worn sensor system to measure physical activity in older people with impaired function. Phys Ther. 2011 Feb;91(2):277-85.

Taraldsen K, Vereijken B, Thingstad P, Sletvold O, Helbostad JL. Multiple Days of Monitoring are Needed to Obtain a Reliable Estimate of Physical Activity in Hip Fracture Patients. J Aging Phys Act. 2013 Apr 9. [Epub ahead of print] PMID:23579287.

Taraldsen K, Sletvold O, Thingstad P, Saltvedt I, Granat MH, Lydersen S, Helbostad JL. Physical Behavior and Function Early After Hip Fracture Surgery in Patients Receiving Comprehensive Geriatric Care or Orthopedic Care--A Randomized Controlled Trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013 Aug 2. [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.

Fysisk trening for depresjon

Giske, L og **Dahm, KT**
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Fysisk trening reduserer trolig symptomer på depresjon, men er ikke bedre enn antidepressiva eller psykologisk behandling. Det er usikkert om fysisk trening bedrer livskvaliteten sammenliknet med annen eller ingen behandling. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

Bakgrunn

Depresjon karakteriseres av vedvarende nedstemthet, mangel på initiativ og glede og er assosiert med en rekke følelsesmessige, kognitive, fysiske og atferdsmessige symptomer. I henhold til Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjerde utgave (DSM-IV), klassifiseres depresjon som mild, moderat eller alvorlig etter antall symptomer og grad av funksjonsnedsettelse.

Behandling for depresjon

Depresjon behandles vanligvis med antidepressiva eller psykologisk behandling, eller en kombinasjon av begge. Mange foretrekker imidlertid andre behandlingsmetoder. Det er vist en økende interesse for blant annet musikkterapi, lysbehandling, avspenningsteknikker og fysisk trening. Mens flere retningslinjer anbefaler fysisk trening for depresjon, anbefaler NICE ytterligere evaluering av tiltaket. Fysisk trening, eller heretter trening (exercise), blir definert i oversikten som «planlagt, strukturert og repetitiv kroppslig bevegelse gjort for å bedre eller opprettholde en eller flere komponenter av fysisk form».

Hva sier forskningen?

Den systematiske oversikten oppsummerer funn fra studier som har undersøkt effekten av trening for personer med diagnosen depresjon. Trening ble sammenlignet med ingen behandling/placebo eller annen behandling (antidepressiva, psykologisk behandling eller andre behandlingsformer, for eksempel lysbehandling). Det primære utfallsmålet var symptomer på depresjon og vanligste måleinstrument Beck Depression Inventory. Studiene viste at:

For å redusere symptomer på depresjon er:

- trening trolig mer effektivt enn ingen behandling (⊕⊕⊕◯)
- trening trolig ikke mer effektivt enn antidepressiva (konklusjonen er basert på få studier) (⊕⊕⊕◯)
- trening trolig ikke mer effektivt enn psykologisk behandling (konklusjonen er basert på få studier) (⊕⊕⊕◯)

Studiene viste også at:

- Når kun studier av høy kvalitet ble undersøkt, var forskjellen mellom trening og ingen behandling usikker.
- Fremmøte på treningen var mellom 50 og 100 prosent.
- Evidensen for at trening for depresjon hadde effekt på livskvalitet var usikker.

Kvaliteten på dokumentasjonen ble vurdert til å være middels for trening sammenliknet med ingen-, medikamentell- eller psykologisk behandling.

Mer om den systematiske oversikten

Forskere i Cochrane-samarbeidet inkluderte 39 randomiserte kontrollerte studier med 2326 deltakere i oversikten. De som var med i studien hadde ulik alvorlighetsgrad av depresjon. Trettifem studier med 1353 deltakere sammenliknet trening med ingen behandling eller placebo. Treningen bestod av for eksempel løping, gangtrening, styrketrening eller en blanding av disse. En meta-analyse av studiene viste en standardisert gjennomsnittlig forskjell på -0,62 (95 % konfidensintervall (KI): -0,81 til -0,42) som indikerer moderat klinisk effekt til fordel for trening. Når kun studier av høy kvalitet ble analysert, totalt seks studier, viste metaanalysen en standardisert gjennomsnittlig forskjell på -0,18 (95 % KI: -0,47 til 0,11), det vil si en ikkesignifikant forskjell mellom gruppene. Syv studier med 189 deltakere sammenliknet trening og psykologisk behandling, og fire studier med 300 deltakere sammenliknet trening med medikamentell behandling. Forskerne understreker at videre forskning er nødvendig for å avklare om trening er like bra eller bedre enn medikamentell og psykologisk behandling.

Kilde

Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE. Exercise for depression. The Cochrane Library 2013, Issue 9

Les hele oversikten i Cochrane Library:
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/pdf

Idrettsmedisinsk høstkongress 2013

Årets idrettsmedisinske høstkongress ble avholdt for 30. gang den 8. til 10. november ved Rica Park Hotell i Sandefjord.

TEKST John Henry Strupstad
js@fysio.no

PRIS Ben Clarsen mottok Nimi-prisen 2013. Foto: Døvre Event

FAGLIG var kongressen bygget på de to søylene «idrettsmedisin» og «fysisk aktivitet og helse». Tematisk fokuserte årets kongress blant annet på skulder-/ albueskader, sykelig overvekt, kvinnehelse og trenings- og helsetrender, samt et bredt utvalg av praktisk rettede workshops.

Av internasjonale profiler til stede på årets kongress var Karim Khan (Professor ved University of British Columbia og editor i British Journal of Sports Medicine) og Ann Cools (associate professor ved Department of Rehabilitation Sciences and Physiotherapy ved Ghent University i Belgia).

Ikke mindre enn 17 skandinaviske fysioterapeuter og manuellterapeuter foreleste på kongressen. I tillegg var en rekke fysioterapeuter og manuellterapeuter i ilden når de frie foredragene ble presentert og under årets workshops. Kongressen var preget av høy kvalitet på mange innlegg, noe som viser at det idrettsmedisinske miljøet i Norge er langt fremme internasjonalt. Som Professor Karim Khan så treffende sa det i sin innledning; – Norway is one of the world leaders in sports medicine and sports physical therapy.

Priser

Flere priser og stipender ble delt ut på årets kongress. Ben Clarsen fra Senter for Idrettsskadeforskning (NIH) mottok Nimi-prisen for sitt førsteforfatterskap på artikkelen «*Clarsen, Benjamin; Rønsen, Ola; Myklebust, Grethe; Florenes, Tonje Wåle; Bahr, Roald.* The Oslo Sports Trauma Research Center questionnaire on health problems: a new approach to prospective monitoring of illness and injury in elite athletes. *British Journal of Sports Medicine 2013.*»

Stian Rosnes fra Stavanger Idrettsklinikk ble tildelt NIM-prisen for en personlig kasuistikk; «Osteosarkom i tibia hos en syv år gammel jente», som ble publisert i Norsk Idrettsmedisin nr. 2/2013, og er reprintet med tillatelse fra Norsk Idrettsmedisin på neste side.

Taceda Nycomeds stipender for beste frie foredrag ble tildelt Marianne Martinsen fra Senter for Idrettsskadeforskning (NIH) for innlegget «The brief eating disorder in sport-Questionnaire (BEDS-Q): Ny enkel metode tilpasset unge kvinnelige elite-idrettsutøvere» og Hege Grindem fra NAR, Seksjon for idrettsmedisin (NIH), for innlegget «Rekonstruksjon eller ikke-operativ behandling etter fremre korsbåndskade: Knefunksjon, idrettsdeltakelse og nye kneskader.»

Paneldebatt: Skader i toppidretten

Forskningen på belastningsskader innen toppidretten bedres stadig. Likevel opplever de aller fleste av dagens toppidrettsutøvere en eller flere mer eller mindre alvorlige skader i løpet av ett kalenderår. De unge utøverne ser ut til å være mer utsatte enn de eldre. Under Idrettsmedisinsk høstkongress ble det derfor invitert til debatt, der panelet bestod av Knut Jäger Hansen, Ben Clarsen, Jenny Jacobsson og Anna Frohm. Alle fysioterapeuter tilknyttet toppidretten i Norge eller Sverige.

– Vi ønsker toppidrett – men tør vi ta konsekvensene? spurte Knut Jäger Hansen. Han mente skadeproblematikken på mange måter kan sees på som et ressursproblem innen toppidretten. Og da særlig blant de unge utøverne, som på mange måter er prisgitt sine respektive skolers kapasitet og trenerkunnskap. I Sverige har man her løst dette ved å sende idrettsmedisinere rundt på sine idrettsgymnas. Dette gjøres for å heve kompetansen blant skolens trenere/ lærere.

Løsninger

Flere løsningsforslag ble kastet frem under debattens gang. Debattantene var mer eller mindre enige på flere punkt. Trenerne må bli mer kompetente og skolene må tilrettelegge for en noe lavere totalbelastning blant elevene. I tillegg bør utøvere screenes regelmessig for å oppdage skader på et så tidlig tidspunkt som mulig, og utøverne må ta konsekvensene av smertesignalene fra kroppen. Her vil det bli viktig å utvikle retningslinjer.

I tillegg ble det lagt vekt på basistrening i skolen.

Flere nyheter og sammendrag fra kongressen kan leses på www.fysioterapeuten.no under «nyhetsarkiv».

Osteosarkom i venstre tibia hos en syv år gammel jente

Stian Rosnes, idrettsfysioterapeut
ved Stavanger Idrettsklinikk.
stian@stavangeridrettsklinikk.no.

Denne **personlige kasuistikken** gjengis med tillatelse fra Norsk Idrettsmedisin (NIM). Første gang utgitt i NIM, 2/2013:23-24. Kasuistikken ble tildelt NIM-prisen 2013.

DET var bare få dager igjen til min kone skulle føde vårt tredje barn. Emilie på sju og sønnen vår på fem år gledet seg til å få en lillesøster. Det var glede i huset! Så kom telefonen som snudde livet vårt på hodet. Vi måtte komme til Stavanger Universitetssykehus umiddelbart. De ville undersøke vår datter grundigere for å utelukke en malignant tumor.

Bakgrunnen for å skrive denne artikkelen er å bruke de erfaringene jeg har tillært meg som fysioterapeut, men ikke minst som pappa, til å belyse denne diagnosen. Osteosarkom er en viktig differensialdiagnose når vi undersøker barn og unge i klinikken. Jeg ønsker i hovedsak å fokusere på det som skjedde i de tre månedene i forkant av diagnosen som Emilie fikk 11. januar 2010.

Emilie hadde alltid hadde vært ei livsglad og frisk jente. Da hun i begynnelsen av oktober året før klaget periodevis over lette smerter i venstre kne og legg ved belastning, tolket vi det som voksesmerter. Dette hadde hun tidvis vært plaget med tidligere. Hun var hverken hoven eller palpasjonsøm i området. Unger faller og slår seg hele tiden under lek. Emilie var usikker på om hun hadde slått seg litt på skolen, så vi tok det ikke på alvor på dette tidspunktet.

I den påfølgende tiden frem mot jul vedvarte smertene hennes. Vi begynte å kjøre henne til skolen i desember, og hun haltet lett ved gange. Hennes allmenntilstand var på dette tidspunktet god. Hun var lite syk og hadde normal appetitt. Fortsatt ingen hvilesmerter. Hun ble i denne perioden undersøkt av kiropraktor og fysioterapeut som ikke fant noe alarmerende. Det ble konkludert med at smertene kom som resultat av lettere biomekaniske problemer som førte til stress på mediale strukturer rundt kne og legg. Hun var fortsatt ikke palpasjonsøm eller hadde noen form for hevelse. Det ble tilpasset såler for å korrigere fotstilling. Ellers var alle undersøkelsene av hofte, kne, fot og rygg negative.

Da juleferien startet fikk Emilie hoste og lett feber. Hun spiste lite i julen og følte seg generelt slapp som ved en forkjølelse. Hun haltet fortsatt lett ved gange, men fremdeles var det vanskelig å lokalisere hvilke strukturer som forårsaket dette.

På nyåret begynte ballen å rulle fort

3. januar fikk hun et slag mot innsiden av kneet under lek i snøen. Hun fikk kraftige smerter, og dette var første gang vi observerte en liten hevelse over mediale proksimale tibia.

4. januar ringte vi fastlegen. Vi fikk komme inn til time neste dag.

5. januar tok vi et vanlig røntgen av kneet etter et besøk hos legen. Her vil jeg prise vår erfarne fastlege som med en gang tok oss på alvor. Fastlegen hadde erfart dette tidligere. Han mistenkte alvoret i saken og ville at vi skulle ta røntgen samme dag. Jeg har snakket med flere foreldre i samme situasjon hvor dette har vært vanskelig å få til og dyrebar tid ble sløst bort. Osteosarkom er en aggressiv tumor som vokser raskt, derfor er tidlig intervensjon essensielt.

7. januar mottok jeg den verste telefonsamtalen i mitt liv fra Stavanger Universitetssykehus (SUS) som ba oss om å komme umiddelbart opp på akutt poliklinikk. Den

Osteosarkom

er et av de vanligst forekommende bensarkomene. I Norge er det 10–15 personer som får osteogent sarkom hvert år. Sykdommen er vanligst i alderen 10–30 år, og gjennomsnitts-alder ved diagnose er cirka 16 år. Osteosarkom forekommer oftere hos gutter enn hos jenter (2:1), og oppstår oftest i femur, tibia, humerus, men kan også forekomme i hodet, ryggraden, ribben eller bekkenet.

Årsaken

er som oftest ukjent, men barn som har fått behandling for retinoblastom (svulst i øyet) har økt fare for å utvikle osteogent sarkom. Osteogent sarkom kan også utvikles etter strålebehandling, og påvises hyppigere hos eldre pasienter med den sjeldne tilstanden Pagets sykdom i ben. Mens forekomsten av de vanligste kreftformene ofte påvirkes av miljøfaktorer som røyking, kosthold og forurensning, synes dette ikke å være tilfelle for osteogent sarkom.

Symptomer

er avhengig av tumors lokalisasjon.

- Smerter er ofte første symptom. Pasientene kan sette dette i sammenheng med et traume eller fysisk aktivitet.
- Benstrukturen blir endret, og det kan oppstå fraktur i det patologiske benet.
- Ewings sarkom gir lokalisert smerte og hevelse samt infeksjonslignende allmensymptomer (feber, høy senkning, leukocytose).
- Palpabel tumor.

(Kilde: Norsk Idrettsmedisin 2/2013:24)

> Økt kunnskap om osteosarkom hos helsepersonell og foreldre kan redde liv.

ILLUSTRASJONSFOTO Colourbox.com

telefonen fra SUS huskes fortsatt som om det var i går. Det var som om hele verden falt i grus i løpet av denne korte samtalen. Husker alle tankene som raste gjennom hodet under kjøreturen hjem fra jobb for å hente Emilie. Emilie har i ettertid forklart at hun ikke har mange minner om denne første tiden. På SUS ble det tatt et MR bilde, og vi ble henvist videre til Radiumhospitalet i Oslo.

10. januar var vi på plass på Radiumhospitalet i Oslo hvor hun fikk den endelige diagnosen etter en biopsi som ble tatt tidligere samme dag. Denne tiden er fortsatt uklar etter alt som skjedde så utrolig fort. Det er i slike situasjoner man skjønner hva som er verdifullt i livet. Sent på kvelden fikk vi en telefon fra mammaen til Emilie. Lillesøsteren var kommet til verden. Frisk og rask. Det var sorg og glede på samme tid. Den lille jenta ble en verdifull trøst og opphav til masse søskenkjærlighet for Emilie i en tøff tid.

I de påfølgende 10 månedene gjennomgikk denne lille uskyldige jenta vår 18 cellegiftkurer samt en stor kneoperasjon hvor det ble satt inn en vokseprotese i venstre kne.

Burde vi ha skjønt alvoret tidligere? Burde vi tatt røntgen tidligere? Ville det ha forandret noe? Vi har sett på bilder og gått gjennom månedene før hun ble syk utallige ganger. Er hun unormalt blek? Ser hun tynn ut? Var voksesmertene hun opplevde fra hun var yngre et varsel? Det er selvsagt alltid lett å være etterpåklok. Som helsepersonell som undersøker barn og unge til daglig ser vi her at det ikke alltid er lett å plukke opp sjeldne diagnoser på et tidlig stadium. I etterkant ser vi kanskje tydeligere at symptomene ikke passer helt med noe annet som vi til daglig undersøker i klinikken.

Det er nå tre år siden Emilie var ferdig med cellegiftbehandlingen. Hun har hatt utallige kontroller og flere operasjoner, og det er heldigvis ingen spor etter sykdommen. Hun går nå i 5. klasse og er den samme livsglade jenta som hun var før sykdommen. Det er fantastisk å se hvordan barn henter seg inn igjen. Det står det stor respekt av, og er noe vi voksne kan lære mye av. Hun bærer derimot med seg mange erfaringer som en liten jente strengt tatt ikke burde ha. Funksjonshemmingen som hun har i kneet er nok det som er sårest for henne nå i ettertid. Det er tross alt en liten pris å betale for å fortsatt ha henne med oss til jul, påske, ferier og i hverdagen.

Jeg håper at jeg med dette har greid å sette fokus på denne alvorlige diagnosen. Økt kunnskap om osteosarkom hos helsepersonell og foreldre kan redde liv. ■

Når menn kniper

– Trekk sammen muskulaturen rundt endetarm og urinrør og løft opp, hold, hold, hold! Befaler spesialfysioterapeut Mari Overgård de 16 mennene i bekkenbunngruppa ved St. Olavs hospital i Trondheim.

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

DE STÅR PÅ FIRE på en matte, med knærne ut. Og kniper, kniper og kniper. Holder. Akkurat nå er det ingen musikk på høyttaleranlegget. Overgård vil ha konsentrasjon når de gjør de rene bekkenbunnøvelsene. Det foregår sittende. Stående. Ryggliggende og mageliggende. Overgård har spedd på med en del generelle øvelser for de store muskelgruppene i opplegget, samt trening av kondisjon og balanse.

– Jeg vet ikke hva jeg hadde gjort uten denne gruppa. Som følge av prostatakreftoperasjonen for et par år siden, fikk jeg store lekkasjeproblemer. Kona ville til Syden, jeg svarte at det ikke var aktuelt. Når du ikke klarer å holde på vannet, føler du deg helt utrolig handlingslammet og frustrert. Det var så langt fra det livet jeg hadde tidligere, med mye aktivitet og trening, sier Jarle Sandvik (67).

Rolf Olsen (63) forteller at det er mye som blir vanskelig når du får slike problemer.

– Sosiale lag, konserter, kino. Du vurderer alt slikt på en ny måte og blir ekspert på hvor toalettene befinner seg. Du sørger alltid for å ha et i nærheten.

Motiverer og forklarer

Men nå har situasjonen endret seg for de to. Sandvik var på rypejakt i helga, og gikk sju timer ut i terrenget, med hund og gevær.

– Mari sier at målet mitt nå er å bli tett i november. Klarer vi det , skal hun få verdens største lukkede valnøtt! Bekkenbunntreningen har vært alfa omega for meg, hjelpen jeg har fått her har vært helt fantastisk, forteller han.

Mens Olsen merket stor effekt umiddelbart etter han lærte å få tak på muskulaturen:

Treningsgruppa

- Består av prostatakreftopererte som har fått lekkasjeproblematikk i etterkant.
- Mennene blir henvist til gruppetreningen fra lege, og alle får individuell behandling av fysioterapeut i tillegg.
- Har rundt 16 deltakere, gjennomsnittsalder er 60 år.
- Møtes hver mandag morgen for å trene en time.
- Har stor popularitet, opererer med venteliste.

– Jeg er helt tett nå. Etter kort tid med trening opplevde jeg total bedring. Det viktige for meg nå er å vedlikeholde styrken i musklene. Det må til for at problemene ikke skal komme igjen, slår han fast. Da de kom til fysioterapeuten, var bekkenbunnen helt ukjent muskulatur for de to.

– Men det er ikke bare knipeøvelsene som hjelper meg. Hele opplegget med styrke-, kondis- og balansetrening er topp. Mari er hard og krever full innsats av oss, samtidig som hun er faglig dyktig og konkret. Hun er flink til å opplyse om virkningen av øvelsene, og vi blir rettet på når vi gjør det feil. Vi blir forklart at det ikke bare er mengden på det vi gjør som teller, men kvaliteten, kan Olsen fortelle.

Ensomt tilbud på landsbasis

Mari Overgård startet med dette tilbudet for ni år siden. Hun samarbeidet med den anerkjente urologen Anders Angelsen ved St. Olavs Hospital og publiserte i 2008 en studie, hvor de så på om fysioterapiveiledet styrketrening av bekkenbunnens muskler reduserte urinlekkasje etter kirurgisk fjerning av prostata.

Studien, som hun utførte sammen med Angelsen, Siv Mørkved og Stian Lydersen, viste at pasientene som fikk treningsveiledning fra fysioterapeut i en periode på ett år reduserte lekkasjeproblemene betraktelig i forhold til kontrollgruppen. Kontrollgruppen fikk informasjon om hvordan de skulle gjøre øvelsene etter operasjonen, og ble oppfordret til egentrening.

– Bekkenbunnstrening for kvinner er jo velkjent, og de aller fleste kvinner får informasjon om dette i forbindelse med svangerskap og fødsel. Men få har vel hørt om bekkenbunntrening for menn. Hvordan opplever du å ha en gruppe som dette, Mari Overgård?

– Veldig positivt. Gruppedeltakerne er positive, motiverte og gir mye av seg selv. Vi trener hver mandag morgen, og det er en bra start på uka for alle, sier Overgård, som så vidt Fysioterapeuten kjenner til er den eneste fysioterapeuten her i landet som driver bekkenbunntreningsgruppe for menn. Målet hennes for gruppedeltakerne er at flest mulig skal bli helt tette. Noe mange også blir, viser erfaringen.

Bevisst på begrepsbruk og instruksjon

– Hva er grunnen til at det ikke er mange slike treningsgrupper, er det ikke behov?

– Det er nok ikke grunnen. Det er viktig med samarbeid mellom urologer og fysioterapeuter. Studien vår dannet grunnlaget for det vi har i dag. Urologene ser at det hjelper, og henviser jevnlig, forteller Overgård.

Eller pasienter med henvisning tar kontakt selv, etter operasjonen. Før operasjonen informerer fysioterapeut om anatomi og funksjon av bekkenbunnens muskler, og de får veiledning i bekkenbunnøvelser i gruppe. De får også informasjon om treningsgruppe og individuell oppfølging, og den som opplever lekkasje etter operasjonen blir henvist.

– Hvordan er det å være kvinne og instruere menn i bekkenbunnøvelser?

– Da jeg utformet treningsopplegget, var

FROSKESTILLING Mennene i gruppa til Mari Overgård er veldig motiverte. De aller fleste har svært god effekt av treningen.

det litt utfordrende, for jeg hadde ingen å lære direkte av. Jeg brukte da erfaringen og kunnskapen jeg hadde fått fra å jobbe med kvinner med lekkasjeproblematikk, og jeg fikk kunnskap fra aktuell litteratur og studier hvor effekt av bekkenbunnstrening etter prostatektomi var testet, forteller Overgård, som syntes det var til stor hjelp å ha individuelle pasienter.

– Alle som er med i gruppa får også individuell oppfølging. De undersøkes og veiledes individuelt før, under og etter treningsperioden, på samme måten som kvinner med bekkenbunnproblematikk. Med den forskjell at mens man undersøker muskel-

UT TIL ET AKTIVT LIV For ikke lenge siden var det vanskelig å gå på konserter og være på fest. Men nå har det snudd seg for Rolf Olsen og Jarle Sandvik.

styrken til kvinner ved å palpere i skjeden, palperes menn analt.

Og som med kvinnene, sliter enkelte med å få tak på de rette musklene.

– Kanskje er det typisk menn å gi alt, og noen kniper med alt de har i starten: sete, mage og bekken. Da veileder jeg, helt til de får det til. En utfordring er at jeg selvfølgelig ikke vet hvordan det kjennes å kontrahere bekkenbunnmusklene når du er mann. Men etter hvert har jeg fått en del erfaring, og jeg har nå et bredt repertoar på instruksjonen, sier Overgård.

Nesten alle blir tette

– Redusert seksualliv kan være en følge når man fjerner prostata. Vet du noe om hvordan trening hjelper mot dette?

– Noen studier viser at styrketrening av bekkenbunnsmusklene hjelper, men min studie viste ingen forskjell. Deltakerne i gruppa snakker ofte om seksualfunksjon, men vi har uroterapeuter og urologer som følger opp denne problematikken, forteller fysioterapeuten.

> Jeg er helt tett nå. Etter kort tid med trening opplevde jeg total bedring.

Man kan kanskje tenke seg at enkelte menn synes det er pinlig å være med på en treningsgruppe der knipeøvelser er fokuset. Men slik er det ikke, ifølge Overgård.

– De kommer for å få hjelp, er motiverte og ønsker å høre om det jeg kan. De gjør det de får beskjed om, og er veldig pliktoppfyllende, kanskje enda mer enn kvinner i tilsvarende grupper. Noen viser meg til og med grafer for å synliggjøre fremgangen de gjør, smiler Overgård, før hun understreker:

– Det er svært sjelden at mennene i gruppa mi ikke møter opp til time.

Hun ser at deltakerne blir bedre av treningen. Resultatet fra studien hennes fra 2008 viser at 92 prosent av de som gjennomførte intensiv styrketrening av bekkenbunnens muskler ble helt bra etter å ha trent ett år.

– Den gangen studien ble gjort brukte urologene en åpen operasjonsteknikk. Nå har de begynt med laparaskopisk fjerning av prostata, forteller Overgård, som ikke har oversikt over tallene etter at den nye operasjonsteknikken ble tatt i bruk.

Uansett har hun stor tro på gruppeeffekten.

– Den er en suksessformel. Deltakerne får

MARI OVERGÅRD Begynner å få lang erfaring i å ha bekkenbunntreningsgruppe for menn, og oppfordrer andre fysioterapeuter til å starte lignende tilbud.

oppleve at det er andre der ute som har det akkurat som dem. På tross av at de er ulike personligheter, motiverer de hverandre. De har en felles skjebne. Det er mye galgenhumor, godt humør og innsatsvilje i gruppa, fremhever Overgård.

Trener jevnlig hjemme

Både Rolf Olsen og Jarle Sandvik er pensjonister, men i jobb. Mens Olsen er lærer, med bakgrunn fra forsvaret, jobber Sandvik med internkommunikasjon.

– Da jeg fikk dette, var jeg som sagt så nedfor at jeg var nær ved å flytte på hytta. Jeg hadde ikke kontroll, ble grinete på jobb og hjemme, forteller Sandvik, som beskriver hjelpen han har fått som fenomenal.

– Det ble så utrolig mye bedre da jeg lærte knipeøvelsene – selv om jeg ikke er helt tett ennå, forteller han.

Mens Olsen ble tett etter kort tid med trening. Han merker imidlertid at han må trene jevnt for å vedlikeholde funksjonen. Og når det gjelder å snakke om bekkenbunntrening, lekkasje og til og med bleier, så er de ikke så bluferdige, disse herrene.

– Heldigvis er jeg typen som greier å snakke om det, sier Sandvik.

– I starten måtte jeg bruke en stor bleie, nå har jeg gått ned til en liten. Målet er å bli tett innen november. Jeg har tro på at det skal gå.

– *Hvor ofte trener dere hjemme?*

– Jeg trener vel egentlig ubevisst hele tiden. Når jeg sitter, kniper jeg som regel. Vi får høre at vi bør trene hjemme 5-7 ganger i uka i tillegg til gruppetreningen så lenge vi er lekke. Når vi blir tette, er det nok å trene 1-2 ganger i uka, forteller Olsen.

- Hele landet må få tilbudet

Sandvik synes det er ille at så mange menn med denne problematikken mangler et treningstilbud i gruppe i dag.

– Alle norske universitetssykehus bør ha dette tilbudet. Det vil bety kolossalt mye for så mange å få den hjelpen vi har fått, både når det gjelder arbeidsevne, livskvalitet og humør, sier 67-åringen, som skal innom en 80-åring han kjenner denne uka, med samme problemer som han selv har hatt.

– Denne mannen tør ikke være med på aktiviteter lenger, og sitter mest i en stol. Jeg tenker å gi ham noen treningstips nå, sier Sandvik.

– Mens Olsen påpeker samfunnsøkonomien som vil kunne ligge i å få et slikt landsdekkende tilbud på plass:

– Flere vil kunne holde seg i jobb, om de får hjelp med lekkasjeproblematikk etter prostatakreftoperasjon. Lekker man mye, er det ganske invalidiserende, sier han.

Skal fortsette på egen hånd

Og snart må de ut av gruppa. Mange står på venteliste for å begynne. De to ønsker å fortsette å trene selv, og begynner å drodle litt rundt om at de kanskje kunne starte en egentreningsgruppe.

– I en travel hverdag er det lett å nedprioritere egentrening. Det er mye lettere å få trent når man er i gruppe, og så får man det sosiale i tillegg. Kanskje kunne sykehuset koordinert et slikt tilbud i starten, så kunne vi drive det selv på sikt? Jeg vet at det nye Vardesenteret på St. Olavs Hospital har treningssal. Vi kunne kanskje høre med dem, sier Olsen. ■

TAR I BRUK NYE MUSKLER Og målet med treningen? Flest mulig skal bli tette.

Tips for å starte en slik gruppe

- Samarbeid med urologer.
- Bruk forskning som grunnlag når du snakker med urologene.
- Få henvist pasienter.
- Informer pasientene før operasjonen om at det fins et gruppetreningstilbud.

Kilde: Mari Overgård

Tall

- Rundt 94 prosent av alle prostatakreftopererte får lekkasjeproblematikk i etterkant.
- 92 prosent av deltakerne som gjorde bekkenbunnsøvelser ble helt tette i løpet av treningsperioden.

KILDE: Does Physiotherapist-guided Pelvic Floor Muscle Training Reduce Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy? A Randomised Controlled Trial. (Overgård, Angelsen, Lydersen, Mørkved, 2008).

debatt

Å svikte fysioterapifagets oppdrag

Kommentar til intervju med professor Eline Thornquist i Klassekampen 28. september.

En lørdag morgen i september koste jeg meg med en kaffekopp og dagens utgave av Klassekampen. Det som øyeblikkelig fanget min interesse var et intervju med professor Eline Thornquist ved Fysioterapiutdanningen, Høgskolen i Bergen. Overskriften var «Jaget etter nye forskningsresultater setter praktisk kunnskap i andre rekke – Svikter fagets oppdrag».

I intervjuet peker professor Thornquist på at kjernen i fysioterapifaget er praksisutøvelse, og at det derfor er vesentlig at fysioterapeuter innehar den praksiskunnskap som trengs for å utøve faget på en skikkelig måte. Thornquist forteller at ved fysioterapiutdanninger økes nå antall undervisningstimer om teori på bekostning av timer i veiledet praksis og innlæring av praktiske ferdigheter. I tillegg må lærerne ved utdanningene vise at de er aktive forskere istedenfor å bruke tid på å holde egen praksiskunnskap ved like. Hun stiller derfor spørsmål om hva som vil komme til å skje når lærerne fjerner seg fra praktisk kunnskap og kun egner seg til teori og teoriutvikling.

Manglende kunnskap om praksis og kliniske ferdigheter kan gjøre fremtidige fysioterapeuter lite egnet til å møte de krav de vil bli stilt overfor i arbeidslivet. Kollegaer i klinikken vil dermed måtte ta seg av praksisopplæring av de nyutdannede. En slik situasjon kan da verken samfunnet som gir fysioterapeuter offentlig autorisasjon eller fysioterapiutdanninger med mandat til å utdanne kompetente yrkesutøvere, leve med. Blir det et stort gap mellom det en har lært i utdanningen og det som kreves i praksis, vil også mange nyutdannede fysioterapeuter sannsynligvis droppe ut av faget. Noen vil muligens velge en akademisk karriereveg. Dersom forskerne heller ikke lenger kjenner praksisfeltet, kan også fysioterapifaget komme til å lide ved at kunnskapsutvikling frakobles det som er klinisk relevant å forske på. Med andre ord kan fysioterapifagets utvikling stagnere.

Jeg kjenner meg godt igjen i at det stilles krav til at ansatte både ved høgskoler og universitet skal produsere internasjonale vitenskapelige artikler. Man kan stundom føle at antall publikasjoner teller mer enn nyskaping og kreativitet. Når forskning blir produksjon, er det lite strategisk å forsøke å gå opp nye veger. Det vil ta for mye tid, og dessuten kan det være fare for at man ikke klarer å få til noe som lar seg publisere.

Etter mitt syn trenger fysioterapifaget likevel at noen tør å se på ting på nye måter. Satt litt på spissen, er det en trend innen fysioterapiforskning både nasjonalt og internasjonalt å (be)vise hvor bra det er for pasienter med ulike diagnoser å trene kondisjon og muskelstyrke. At slik trening er bra både for pasienter og for friske, er vel noe en i dag stort sett kan ta for gitt. Betydning av ulike pasientnære praksisformer som benyttes i klinisk fysioterapipraksis derimot, er det gjort lite forskning på. Når kravet er at man skal drive kunnskapsbasert praksis, kan også dagens forskning bidra til at viktige ferdigheter innen fysioterapifaget mister fotfestet.

AKTUELT

- Svikter fagets oppdrag

Selve kjernen i fysioterapien, det praktiske og kliniske arbeidet, blir konsekvent nedvurdert ved høyskolene, mener Eline Thornquist, professor i fysioterapi ved Høgskolen i Bergen.

Det ser dermed ut som om klinisk fysioterapipraksis er under press fra flere hold. Krav om at lærere så vel som fysioterapeuter i klinisk praksis skal være forskere, og krav om å drive kunnskapsbasert klinisk praksis ut fra en relativt ensidig fokusert forskning, kan få store konsekvenser for innhold i fysioterapifaget. Faren er at vi på denne måten kan komme til å kaste ut viktige aspekter i fysioterapi, uten at det er gode grunner for det, og dermed svikte fagets oppdrag.

En stor gratulasjon til Eline Thornquist som initierer en viktig debatt. Den diskusjonen må vi ta!

Anne Marit Mengshoel,
Professor og fysioterapeut,
Avd. for helsefag, Institutt for helse og Samfunn,
Universitetet i Oslo

Innlegg skal ikke være lengre enn 500 ord eller 3.000 tegn. Forkortelser/endringer som går ut over det ortografiske, grammatikalske eller det å gjøre setninger mer forståelige, legger vi fram for forfatter før trykking. Alternativt skal det stå under innlegget at det er forkortet/redigert av redaksjonen. Titler settes i redaksjonen, men kom gjerne med forslag! Frister, se tredje siste side.

> Jeg driver altså billigsalg på mine tjenester, året rundt.

Til Etisk utvalg

Jeg leser med interesse «Det etiske hjørnet» i Fysioterapeuten nr. 10, om markedsføring av privat praksis. Her fremheves forskjellen mellom autoriserte fysioterapeuter og alternativ behandling, der de sistnevnte ikke er bundet til driftstilskuddavtalens takstplakat. Friheten til å sette priser etter forgodtbefinnende gjelder som nevnt i innlegget også privatpraktiserende kolleger uten driftstilskudd. Man fraråder sterkt, slik jeg oppfatter det, billigsalg på tjenester, da dette oppfattes som illojalt ovenfor kolleger.

Over 80 prosent av mine pasienter nyter godt av full refusjon fra NAV, og jeg spør meg selv hvor lojal jeg er ovenfor min kollega over gaten, som uten driftstilskudd, men med minst like gode kvalifikasjoner, skal måtte ta flere hundre kroner for samme tjeneste? Jeg driver altså billigsalg på mine tjenester, ikke bare ved spesielle anledninger, men året rundt. Er denne illojaliteten mer akseptabel fordi den er satt i statelig system?

Jeg har problemer med å se hvordan man kan rette en anklagende finger mot innovative og kreative kolleger som vil markedsføre seg, og dermed faget, så lenge man stilletiende aksepterer den ulike og illojale ordningen som ASA 4313 utgjør.

Ja, det står nedfelt i regelverket, men var det noe mitt korte opphold i Etisk utvalg lærte meg, så var det at det spesielle med etikk, var at den ikke var slavisk knyttet til juridiske hjemler, men til hva som var riktig.

Derfor er jeg enig i at markedsføring bør skje ut fra saklige og forsvarlige kriterier. Men å henvise til lojalitet overfor kolleger så lenge ASA 4313 eksisterer og aksepteres, blir ikke riktig. Her synes jeg Etisk utvalg skal være «nøktern i sin markedsføring».

Odd Magne Lundby,
Gjøvik

Selv guruer har ikke funnet det ENE svaret

Dersom man følger med litt på fagfronten, har man antakelig fått med seg at Lorimer Moseley og David Butler er høyt ansette fysioterapeuter med stort internasjonalt ry innen forståelsen av smerteproblematikk. Førstnevnte trakk et rekordstort antall kursdeltakere i september. Sistnevnte kom nylig med et faglig tilbakeblikk det kan være grunn til å reflektere rundt.

Butler karakteriserer karrieren sin som fysioterapeut som en berg-og-dal bane i 40 år. Først trodde han helt og fullt på at manuellterapi kunne fikse problemene til pasientene, deretter hev han seg på en bølge der pasientene skulle trene seg friske selv, så ble det en ny omgang med tro på quick fix ved hjelp av manuelle teknikker. Alle tilnærmingene ble introdusert av overbevisende, karismatiske, flinke fagfolk. Og det fungerte en stund, men så ble ikke pasientene bra likevel. Det var da han, skriver han selv, begynte å tenke selv. Og ble opptatt av hvordan nervesystemet fungerte.

Når Butler ser tilbake på sitt profesjonelle liv, er det minst to ting som slår ham: 1) I alle nye metoder kan det være noe som er bra, men det er ingen grunn til å kaste tidligere lærdom og erfaringer over bord. Utfordringen er å ikke «hive seg på en bølge», men å absorbere det faglige input'et bølgen kan være, 2)Det mest virksomme i pasientbehandling er antakelig en selv som terapeut, ikke den bestemte teknikken man bruker. Dersom de fleste positive virkningene i pasientbehandling er placebo, så finn ut hva det er i placeboen som ga resultatet, skriver Butler.

Har Butlers refleksjoner noe å si oss? Vi i fagseksjonen mener ja, og ble stimulert til ytterligere refleksjoner knyttet til vår virkelighet, som vi ønsker å dele med leserne.

Både i forbindelse med kursutvikling og gjennom kontakten med medlemmer, kommer vi ut for faglige uenigheter, naturlig nok – og heldigvis. Det bringer faget og profesjonen videre. Vi blir møtt med utsagn av typen: «Ja, denne metoden/dette konseptet er den eneste rette/det beste» versus «nei, denne metoden/konseptet baserer seg på utdatert teori og bør ut av fysioterapifaget».

For det første er fagseksjonen av den grunnleggende oppfatning at god fysioterapibehandling tar utgangspunkt i en grundig undersøkelse og vurdering av pasientens problemstillinger, og velger blant et utall av tilnærminger, basert på erfaringsbasert kunnskap, oppdatert teoretisk kunnskap og forskning. I terapeutisk sammenheng velges «verktøy» ut fra pasientens problemstilling, og ikke motsatt: at man forstår pasientens problemstilling som «spiker» fordi man har en «hammer».

Vi mener derfor at det må møtes med en dose sunn skepsis når man blir presentert for tilnærminger og metoder som skal fungere på alt og alle. Og at både «nytt» og «gammelt» bør være gjenstand for en åpen, nysgjerrig og kritisk utforskning. For det andre mener vi at fysioterapi som fag er tjent med å løfte de seriøse og gode faglige diskusjonene, heller enn å gå til angrep/forsvar når det gjelder behandlingstilnærminger som baserer seg på «ad modum...».

Vi har hatt – og har - mange dyktige fagpersoner innen fagfeltet vårt som har bidratt med sine innsikter og stimulert til utvikling av terapeutisk praksis i bredde og dybde. Deres bidrag er nettopp et bidrag, ikke det ENE svaret som gir løsningene for verken fagforståelse eller profesjonell utøvelse.

Takk til alle fysioterapeuter som bidrar til fagutøvelse av høy kvalitet og bidrar til fruktbare faglige diskusjoner. Det gagner fysioterapi som profesjon og fag!

Fagseksjonen i NFF

Ørkenroser og fysioterapi i Sudan
– et reisebrev

HVA FORBINDER DU med Sudan? Krig, landsbyer som blir brent ned, mennesker som blir drept eller drevet på flukt, sharialov, kvinneundertrykkelse, oljekrangel?

Det gjorde mor, og da jeg sa at jeg hadde fått tilbud om en jobb som lærer i fysioterapi ved Ahfad University for Women, spurte hun; «Er du heeelt sikker på at du vil til Sudan?» med et tonefall som røpet at hun ikke var særlig begeistret.

Jeg takket ja til stillingen og tilbrakte seks måneder ved fysioterapiutdanningen i Omdurman. Min mor og søster besøkte meg der, og det førte blant annet til at mor fikk nye assosiasjoner til Sudan.

Det er mye forferdelig som skjer i Sudan som vi ikke skal lukke øynene for, men det slår meg likevel hvor trist det er at så få av «oss vestlige» ikke hører historier om håp og fremskritt. Da jeg var der, tok jeg bilde av noen knall rosa blomster som vokste i den ellers øde og røde ørkenen. Bildet av ørkenrosene har senere blitt mitt bilde på Ahfad, universitetet som lyser opp fremtiden for unge jenter i et land med mange utfordringer.

Ahfad tilbyr ikke bare høyere utdanning, men arrangerer også en rekke sosiale arrangement. I mars hvert år står Women's Week på programmet. Da rigges det opp med stor scene, lyskastere, høyttalere og tusenvis av stoler. På kveldstid feirer studentene, deres venner og familier og de ansatte alle verdens kvinner. Studentene spiller basket- og volleyballkamper og opptrer med dans, teater, og musikk. Ahfad har til og med sitt eget rockeband som får de fleste til å vrikke på rockefoten. Med sine sorte klær, knall rosa hijaber, gitarsoloer og rå stemmer er jeg sikker på at de hadde slått godt an i Sudanske Talenter, om det hadde eksistert.

Mine seks måneder i Sudan var en opplevelse på både godt og vondt. Innimellom Women's Week og stunder hvor studenter smilte fra øre etter å ha følt faglig mestring, kan jeg ikke legge skjul på at jeg også var frustrert av og til. I Afrika sies det at «Da Gud skapte tid, skapte han mye av den». Det hendte mer enn en gang at jeg var den eneste som var til stede ved et avtalt møte fordi de andre hadde truffet en bekjent på gaten som de måtte sette seg ned å drikke te sammen med.

En annen stor utfordring var praksisperiodene. Antallet fysioterapeuter i Sudan er svært lavt. Mange vet ikke hva en fysioterapeut er eller gjør. Det gjelder også leger og sykepleiere, som er redde for at fysioterapeutene har kommet for å ta jobbene deres. Jeg har stor tro på at dette vil endres. Siden prosjektet startet har Sudan fått ytterligere 50 fysioterapeuter som ønsker å fremme fysioterapi som profesjon og å skape et godt samarbeid med andre yrkesgrupper for å gi bedre helsetjenester.

Jeg føler meg veldig heldig som har fått tatt del i dette flotte prosjektet. Det er så mye mer jeg skulle ønske jeg kunne fortelle fra Sudan – historier om gjestfrie, rause og ærlige sudanesere, om pyramider i større antall enn i Egypt, om ørken, sandstormer og temperaturer over 50°, om krokodiller, stappfulle busser og svette mennesker, om esler og stikkontakter som finnes over alt – ja, til og med i dusjen, men det får bli en annen gang.

Ingunn Marie Andersson

Ut i kommunehelsetjenestepraksis 3. semester

NÅ KOMMER tiden da vi andreårsstudenter ved Universitetet i Tromsø skal ut i praksis fra uke 42 til 48. Vi blir sendt ut over hele Nord-Norge fra Rognan i sør til Alta i nord. Det er lagt opp til at det skal være to studenter på hver plass, likevel er det tre plasser der det bare er én student. Jeg og en annen jente i kullet skal til Rognan kommune. Vi gleder oss veldig og har blitt tatt godt imot av veilederne våre allerede. Vi føler oss privilegerte – veilederne har ordnet leilighet til oss som ikke kommer til å bli et økonomisk tap for oss. Vi må tross alt ha dobbel husleie, her i Tromsø og på praksisplassen. Men det er andre i kullet som ikke har fått seg et sted å bo en uke før vi skal dra. Så til dere veiledere: vær så snill og hjelp oss studenter å finne oss et sted å bo der vi selv ikke er på hjemmebane. Det er ikke bare bare å finne et sted å bo på ukjente små plasser der en ikke kjenner noen. Det er tross alt ikke alt en kan finne på internett.

TRENGER STED Å BO Illustrasjonsfoto

Til nå i semesteret har vi hatt et hesteløp der vi har gått gjennom mye pensum som sykdomslære, repetisjon av undersøkelse som vi konsentrerte oss om på første studieår og begynnende behandling. Kullet vårt på 21 stykker syns det har vært veldig intensivt, og vi har blitt litt skremt av alt vi har «lært». Til nå er det mange i kullet som føler at vi har gått gjennom alt for mye på kort tid, og vi er ikke helt sikre på om vi lever opp til det som kreves av oss. Likevel er det kanskje greit at vi har hørt litt «om alt» sånn at vi forhåpentligvis har litt å bidra med i en hver situasjon vi kommer i. Til vår trøst hører vi fra foreleserne våre (som vi syns er veldig flinke her i Tromsø) at vi kan mye, og det er ikke meningen at vi skal være eksperter enda. Vi får bare stole på oss selv, selv om vi sikkert kommer til å føle oss som Bambi på isen. Jeg ser frem til praksis der jeg endelig kan få tid til å reflektere over det vi har gjennomgått av pensum til nå og få praktisert det kliniske på reelle pasienter. Denne følelsen er det sikkert mange andre studenter som deler med meg. Ta godt vare på oss studenter alle veiledere her i Norges land, for det er blant annet dere som er med å forme oss kommende fysioterapeuter!

Vi har en praksisblogg som dere er hjertelig velkommen til å følge: http://praksisbloggenkull12.blogg.no/

Åse Charlotte Sommerseth

WalkAide® - Funksjonell nervestimulator for pasienter med droppfot

WalkAide® er en høyteknologisk elektrostimulator som hjelper mange droppfotpasienter til å løfte foten under gange. WalkAide® er meget avansert og må ikke forveksles med tidligere elektrostimulatorer som har vært tilgjengelige for denne pasientgruppen.

Ny teknologi, basert på en programmerbar tiltsensor, gjør WalkAide® lett og betjene for brukeren

Enkel elektrodeplassering

Ingen hælsensor

Egnet også for barn

WalkAide® er godkjent som et ortopedisk hjelpemiddel gjennom NAV

CYPROMED AS
CYBERNETIC PROSTHESES AND MEDICAL EQUIPMENT

Be om brosjyrer og nærmere opplysninger om dette produktet, eller les mer via QR-koden med din smarttelefon

Cypromed AS, Vikavegen 17, 2312 Ottestad. Tlf: 62 57 44 33 Fax: 62 57 44 34 E-mail: service@cypromed.no www.cypromed.no

Takk for oss!

Etter henholdsvis ni år som leder og tolv år som nestleder, overlater vi nå ledelsen i Norsk Fysioterapeutforbund til nye personer. Det har vært et fantastisk privilegium!

Vi har fått lov til å møte fysioterapeuter ute i den praktiske hverdagen. Vi har fått høre om alt dere utretter, og har fått et innblikk i innsatsen dere gjør for folks helse. Vi har også fått høre om utfordringene dere møter. Så har vi vært i den posisjonen at vi har kunnet ta med oss all denne kunnskapen og forsøke å formidle den til dem som tar beslutninger. Vi har hatt møter med politikere på mange nivåer, embetsverk og arbeidsgivere, der vi har redegjort for den verdien fysioterapeuters kunnskap har for den norske befolkning.

Vi har løftet fram at fysioterapeuter kan bidra med sin kompetanse i hele spennet fra helsefremmende arbeid i og utenfor helsesektoren, via undersøkelse og behandling, til rehabilitering og palliasjon. Videre at fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon, og at vi har bred kunnskap om hvordan fysiske, psykiske og sosiale faktorer bidrar til helse og sykdom. Vi har virkemidler som hjelper personer til å opprettholde og gjenvinne optimal bevegelses- og funksjonsevne gjennom livsløpet, med mål om å optimalisere livskvalitet og bevegelsespotensial. Et fantastisk budskap!

Det er likevel slik at fysioterapeutenes kompetanse ikke har fått den plassen i det norske samfunnet som den etter vår mening burde hatt. Det har derfor vært viktig for oss – og er minst like viktig framover – å synliggjøre denne kompetansen. Selv om NFF har vokst betydelig i vår periode ved roret, vil vi aldri bli store nok til å bli lyttet til bare på grunn av størrelsen. NFF vil fortsatt måtte jobbe for å ha innflytelse ut fra den verdien vi har for befolkningen.

Vi tror NFF nå er godt rustet til nettopp dette. Landsmøtet vedtok en ny måte å organisere forbundet på, nettopp med sikte på å kunne være mer synlige der beslutninger tas.

Det er derfor med både vemod og med stolthet vi nå overlater ledelsen til Fred Hatlebrekke, fem regionsledere og et nytt Forbundsstyre. De overtar et styrket NFF, med trygg økonomi, et svært kompetent sekretariat og et forbund med en bærekraftig organisering. NFF har et godt nettverk av samarbeidspartnere; brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og andre profesjonsorganisasjoner. Og vi har god dialog med myndighetene, der vi opplever å bli møtt med respekt.

Takk for tilliten og for gode år. Vi har møtt fantastiske kolleger, hatt mange spennende samtaler, opplevd utfordringer med oppturer og nedturer, og lært masse!

Eilin Ekeland

Eilin Ekeland
forbundsleder

Elin Engeseth

Elin Engeseth
nestleder

Tariffperioden 2014–2016

I 2014 gjennomfører partene i arbeidslivet et hovedtariffoppgjør. Det innebærer forhandlinger om mye mer enn bare penger, for eksempel normalarbeidsdagen, andre forhold ved arbeidstid, og andre sosiale bestemmelser.

NFF vil og må være godt forberedt til oppgjøret. For å lykkes er det avgjørende med et grundig forarbeid. Dette arbeidet startet tidlig i høst, da NFFs forhandlingsseksjon sendte ut et debattnotat til alle medlemmer som tilhører et tariffområde, og til NFFs avdelinger, Ansatt råd og Sentralstyret. I notatet ba vi om innspill og synspunkter knyttet til den kommende tariffperioden. Debattnotatet finner du også på NFFs nettsider (artikkel publisert 10. september).

Vi har også foretatt en medlemsundersøkelse på nett (Questback) der medlemmene blant annet ble spurt om sitt prinsipielle syn på ulike tariffrelaterte spørsmål. Det er mange år siden en slik undersøkelse sist ble gjennomført for medlemmer med et ansettelsesforhold. I tillegg blir den årlige lønnsundersøkelsen sendt ut i midten av desember.

Saken om hovedtariffoppgjøret ble fremmet for Ansatt råd til møtet 9. desember 2013, som er rådets aller siste møte dersom Landsmøtet 2013 vedtar ny organisasjonsmodell. Deretter vil NFFs ledermøte i januar 2014 gi temaet «Tariffperioden 2014–2016» en grundig behandling.

Unio arrangerer sin årlige tariffkonferanse 21.–22. januar 2014, og vi vil der få de første overordnede signalene om problemstillinger og retning på oppgjøret fra arbeidsgiver.

Med grunnlag i innspillene fra de nevnte prosessene vil sekretariatet utarbeide en sak til NFFs styre, som fatter endelig vedtak om overordnede krav fra NFF som skal fremmes i tariffoppgjørene i 2014 og 2016. ■

NFF-REPRESENTANTER Kirsti Glad, Bente Eide og Eilin Ekeland på Unios tariffkonferanse 2013. Foto: Thea Wessel Jørgensen

Vi ønsker alle våre medlemmer en god jul!

Lønn under lupen – igjen!

NÅR DU leser dette, skal en invitasjon til å delta i NFFs lønnsundersøkelse per desember 2013 ha gått ut per e-post til de aller fleste medlemmer i et ansettelsesforhold. Vi ønsker å få et representativt lønnsbilde gjennom disse undersøkelsene, med resultater som kan brukes med trygghet og tyngde i ulike sammenhenger der fysioterapeuters lønn er tema. Da trenger vi at flest mulig ansatte deltar i undersøkelsen!

Hvert år utarbeider NFF en detaljert lønnsstatistikk på grunnlag av den årlige lønnsundersøkelsen. Se hovedfunnene fra 2012-undersøkelsen på NFFs nettsider under «LØNN OG ANSETTELSE/Statistikk». ■

Juss og arbeidsliv

Ny, fast spalte fra NFFs forhandlingsseksjon om alle typer arbeidslivsspørsmål som berører medlemmene.

Tillitsvalgtes rett til innsyn i lønnsopplysninger

I FORBINDELSE MED lokale forhandlinger får NFF ofte spørsmål om tillitsvalgtes rett til innsyn i lønnsopplysninger, og da særlig innsyn i lønnsopplysningene til organiserte i andre yrkesgrupper og uorganiserte.

For å kunne forberede seg best mulig til de lokale forhandlingene og under den forutsetning at forhandlinger skal foregå mellom likeverdige parter, mener NFF at alle tillitsvalgte burde har rett til innsyn i alle ansattes lønnsopplysninger. Det er først når man besitter denne kunnskapen man kan vurdere om virksomhetens lønnspolitikk fører til urimelige og usaklige forskjeller, eller om det foreligger diskriminering på grunnlag av kjønn eller etnisk opprinnelse.

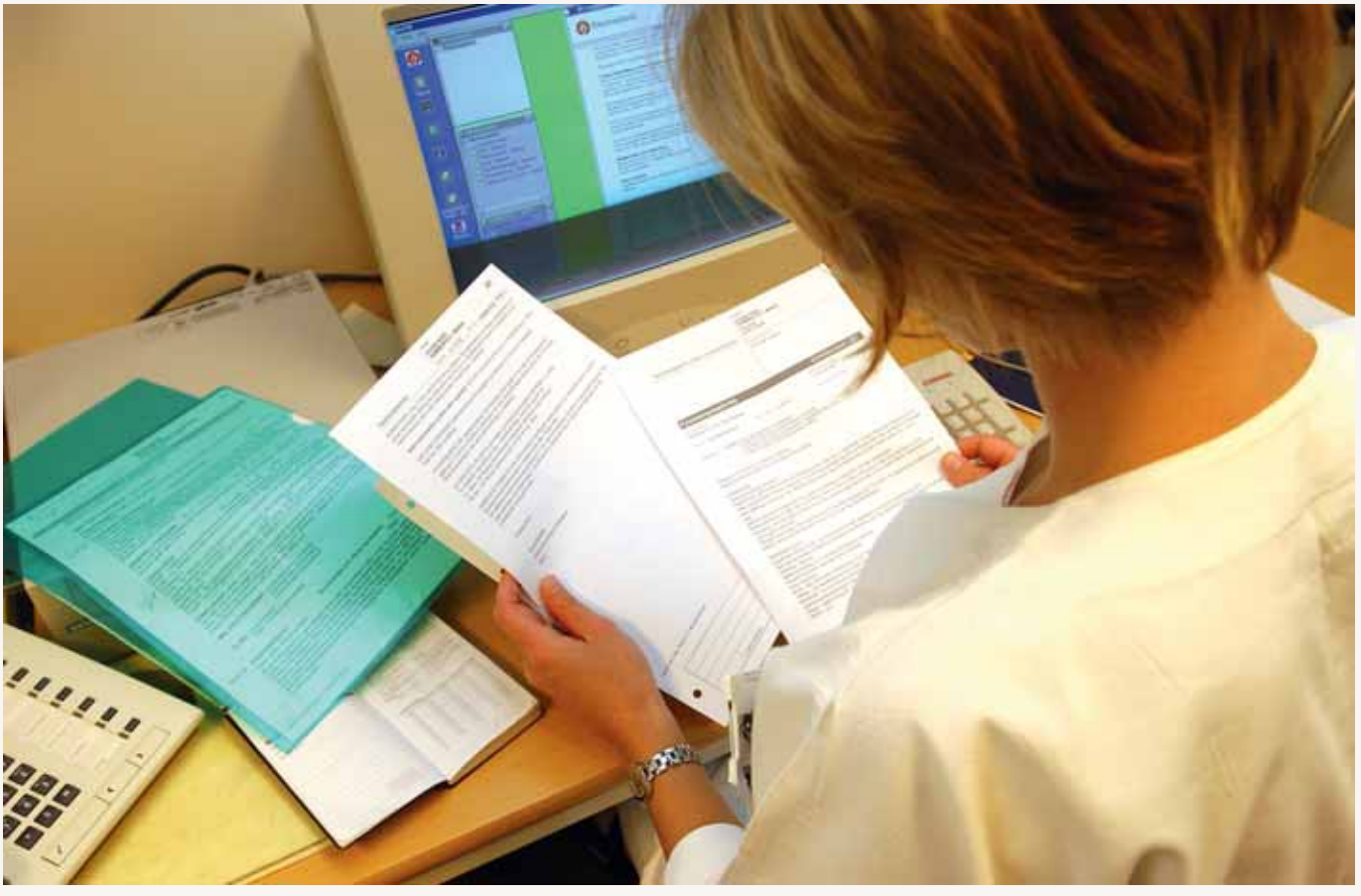
Tillitsvalgte i offentlig sektor har rett til innsyn i lønnsopplysninger etter offentlighetsloven, mens det for tillitsvalgte i virksomheter i privat sektor gjelder andre regler. Her har Stortinget ikke gitt lovhjemmel som gir ubetinget rett til innsyn, selv om hensynene bak offentlighetsloven i stor grad også kan hevdes å gjøre seg gjeldende i den delen av privat sektor som er fullfinansiert av offentlige midler, som eksempelvis spesialisthelsetjenesten.

Personopplysningsloven setter grenser for hvilke opplysninger om ansatte en arbeidsgiver kan gi ut, hvem opplysningene kan gis til og hvordan opplysningene skal behandles. Loven bygger på prinsippet om menneskets rett til selv å bestemme over opplysninger om seg selv. Lønn er en personopplysning som i utgangspunktet er vernet av bestemmelsene i personopplysningsloven, og er således et forhold mellom arbeidsgiveren og den ansatte. Det finnes imidlertid en rekke unntak fra dette.

Likestillingsloven § 5 forutsetter at kvinner og menn i samme virksomhet skal ha lik lønn for arbeid av lik verdi. Dersom en ansatt i et konkret tilfelle har mistanke om at det foreligger diskriminering i strid med likestillingsloven, vil arbeidsgiver ha en rettslig forpliktelse til å fremlegge opplysninger som viser om det har skjedd forskjellsbehandling i strid med likestillingsloven § 3. Denne forpliktelsen etter likestillingsloven går altså foran reglene i personopplysningsloven.

Privat sektor

I privat sektor anses lønnsopplysninger som et forhold mellom arbeidsgiver og den enkelte ansatte. Tillitsvalgte har derfor ikke rett til innsyn



LØNN FOR STREVET Fra Unios streikemarkering i Oslo 30. mai 2012. Foto: Vidar Rekve

i andres lønnsopplysninger, og arbeidsgiver har i utgangspunktet heller ikke anledning til å levere ut lønnsopplysninger til andre enn lønnsmottakeren selv. Lønnsopplysninger er personopplysninger som ikke kan leveres ut til andre uten særlig hjemmel. Slik hjemmel kan være samtykke fra den det gjelder, hjemmel fastsatt i lov, eller dersom opplysningene er nødvendige for å oppfylle særlige vitale og allmenne interesser.

I virksomheter med tariffavtaler har den tillitsvalgte rett til innsyn i medlemmenes lønn. Den tillitsvalgte er valgt av foreningens medlemmer til å representere medlemmene overfor arbeidsgiver. For lønnsopplysninger for medlemmer i egen organisasjon anses medlemskapet som samtykke til at tillitsvalgte får innsyn i den enkeltes lønn.

En tillitsvalgt har derimot ingen slik generell hjemmel til å få utlevert lønnsopplysninger for kollegaer som er uorganiserte eller som er medlemmer i andre fagforeninger. Det er imidlertid noen tariffavtaler som gir slik hjemmel. I disse tilfellene har tillitsvalgte innsyn i uorganiserte arbeidstakeres lønnsopplysninger, forutsatt at de uorganiserte arbeidstakerne er omfattet av den aktuelle tariffavtalen.

Arbeidsgiver kan alltid utlevere lønnsopplysninger i anonymisert form. For at opplysningene likevel ikke skal kunne knyttes til en identitet, har Datatilsynet uttalt at slike opplysninger ikke bør gis for grupper på mindre enn fem ansatte.

Er personopplysningsloven til hinder for å gi tillitsvalgte innsyn i lønnsopplysninger hvor innsyn er hjemlet i tariffavtale?

Arbeidsretten hadde spørsmålet om tillitsvalgtes innsyn i uorganisertes lønn oppe i en dom fra 19. september i år. Etter en konkret vurdering av overenskomsten mellom partene kom Arbeidsrettens flertall til at de tillitsvalgte hadde rett til innsyn i lønnsopplysninger på gruppenivå også for uorganiserte etter overenskomsten. Spørsmålet var videre om en eventuell begrensning av innsynsretten ville følge av personopplysningsloven, herunder om personvernet var tilstrekkelig ivaretatt etter lovens § 8 bokstav f ved innsyn på grupper under fem ansatte.

Etter denne bestemmelsen er det et vilkår for behandling av personopplysninger uten samtykke fra den opplysningene angår, at utleveringen er «nødvendig for … at den behandlingsansvarlige eller tredjepersoner som opplysningene utleveres til kan vareta en berettiget interesse, og at hensynet til den registrertes personvern ikke overstiger denne interessen».

Arbeidsretten foretok en avveining mellom de tillitsvalgtes behov for opplysningene og hensynet til personvernet for arbeidstakere som ikke var medlemmer, og uttalte følgende:

«Etter personopplysningsloven § 8 bokstav f må de tillitsvalgte ha en «berettiget interesse» i å få utlevert lønnsopplysningene selv om de etter omstendighetene gir grunnlag for å fastslå den enkeltes lønn. I tariffrettslig sammenheng kan innsynsbehovet grovt sett forankres i en kontroll- eller håndhevingsinteresse og en forhandlingsinteresse. Disse interessene vil gjøre seg gjeldende med ulik vekt i ulike situasjoner, hvor det også spiller inn hvilke opplysninger det kreves innsyn i. I dette tilfellet er kravet om innsyn forankret i protokolltilførselen om lokale lønnsforhandlinger. Partene har der presisert at lønnsforhandlingene skal være reelle, og at forhandlingene skal gjennomføres på grunnlag av den enkelte bedriftens økonomiske virkelighet. Det skal også tas hensyn til eventuelle tariffmessige tillegg som er gitt siden forrige vurdering. Dette gir anvisning på en bred ramme for hva som inngår i grunnlaget for forhandlingene. Innsynsretten er et virkemiddel for å gjøre de tillitsvalgte i stand til å gjennomføre reelle forhandlinger.

Arbeidsrettens flertall finner det i denne sammenheng tilstrekkelig å vise til at opplysningene vil gi grunnlag for reelle forhandlinger knyttet til lønnsrelasjoner mellom gruppene. Opplysningene fremstår da som naturlige og nødvendige elementer i grunnlaget for de forhandlingene fagforeningene skal gjennomføre på vegne av egne medlemmer.»

Arbeidsrettens flertall vektla at bestemmelsen i overenskomsten var søkt utformet slik at opplysninger i det alt vesentlige vil bli gitt som anonymiserte opplysninger. I situasjoner hvor opplysninger kan knyttes til enkeltpersoner, kan det være nødvendig med bruk av taushetserklæringer for å ivareta hensynet til personvernet.

Privat sektor som er finansiert med offentlige midler

Helseforetakene er drevet på en aksjeselskapsmodell med den vesentlige forskjell at eier (staten) hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser. Helprivate virksomheter i spesialisthelsetjenesten under tariffområde Virke driftes også av offentlige tilskudd. Det samme gjelder andre Virke-virksomheter.

De hensyn som ligger bak innsyn i lønnsopplysninger i offentlig sektor (jf. nedenfor), vil derfor i stor grad også gjøre seg gjeldende i tariffområde Spekter og Virke. Likevel kan ikke de tillitsvalgte med hjemmel i lov kreve innsyn på lik linje med offentlig sektor. Tillitsvalgtes rett til innsyn må enten finnes i hjemmel i avtaleverket mellom partene, eller det må kreves innsyn i overenstemmelse med personopplysningsloven og Datatilsynets uttalelser om dette (jf. ovenfor).

I tariffområdet Spekter fremgår innsynsretten av Retningslinjer for gjennomføring av lokale forhandlinger i Overenskomsten mellom Spekter og NFF. I henhold til dette regelverket har tillitsvalgte rett til innsyn i alle lønnsopplysninger for alle medlemmer av NFF ved foretaket og all relevant statistikk for ansatte i foretaket.

I tariffområde Virke kan de tillitsvalgte på forespørsel før lokale lønnsforhandlinger få oversikt over lønnsopplysninger på grupper av personer i samme stillingskategori innenfor tariffområdet uten å underskrive taushetserklæring. Opplysningene må da være slik at enkeltpersoner ikke kan kjennes igjen, og det må være fem eller flere personer i hver gruppe. Virke anbefaler da å utlevere gjennomsnittslønn for gruppen.

Hvilken statistikk og lønnsopplysninger som skal fremlegges, avtales i det forberedende møte forut for forhandlingene.

Offentlig sektor

I stat og kommune følger det av offentlighetsloven at opplysning om lønn vil være offentlig tilgjengelig. Rett til innsyn i forvaltningen bygger på tre hovedhensyn: demokratihensynet, kontrollhensynet og rettssikkerhetshensynet. Tillitsvalgte i det offentlige har dermed rett til fullt innsyn i lønnsopplysninger for samtlige ansatte. Personopplysningsloven er ikke til hinder for innsyn, da den uttrykkelig sier at loven ikke begrenser innsyn etter offentlighetsloven.

Bakgrunnen for reglen om innsyn er å sikre åpenhet og kontroll med forvaltningens bruk og disposisjon av fellesskapets økonomiske midler. Med hjemmel i offentlighetsloven er forvaltningen derfor forpliktet til å gi ut lønnsopplysninger når noen krever det, uansett om det er en tillitsvalgt eller vanlig ansatt.

Plikten til å gi ut lønnsopplysninger er ubetinget. Det stilles ingen krav til begrunnelse for hvorfor man ønsker innsyn i opplysningene. Selv ved anonyme henvendelser om lønnsopplysninger på navngitte ansatte har forvaltningen plikt til å utlevere lønnsopplysninger.

Når det gjelder innsyn i protokoller fra lønnsforhandlinger, gir offentlighetsloven rett til innsyn. Protokollene må gjøres fysisk tilgjengelig, da det ikke er anledning til å publisere dem på internett eller intranett.

Offentlighetsloven gjelder ikke bare for forvaltningen. Loven er også i varierende grad gjort gjeldende for virksomheter som eies av det offentlige, eller hvor det offentlige har vesentlig innflytelse. Bakgrunnen for dette er at allmennhetens innsyn i virksomheter ikke skal hindres ved at deler av offentlig virksomhet blir skilt ut i egne rettssubjekter. Det fremkommer av lov eller stiftelsesgrunnlaget om virksomheten er omfattet av offentlighetsloven eller ikke. Eksempel på slike virksomheter som er underlagt offentlighetsloven, er NSB, NRK og Oslo lufthavn Gardermoen. ■

INNSYN Protokoller fra lønnsforhandlinger må gjøres fysisk tilgjengelig.

NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

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

SENTRALSTYRET

Forbundsleder: Eilin Ekeland
Fossilveien 13B, 3034 Drammen
Tlf. 415 59 030, eilin.ekeland@fysio.no

Nestleder: Elin Engeseth
Granheimtunet 15, 1406 Ski
Tlf. 905 29 033, ee@fysio.no

SEKRETARIATET: STAB

Generalsekretær: Tor Tvethaug, 992 44 815
Informasjonsleder: Vidar Rekve, 957 08 990
Seniorrådgiver: Elin Robøle Bjor, 901 47 513
Seniorrådgiver: Kari Bente Sørlie, 482 25 205

ADMINISTRASJONS- OG ØKONOMISEKSJONEN

Seksjonsleder: Sunniva Borgen, 901 46 523
Regnskapsansvarlig: Rune Tørrlenn, 932 56 955
Økonomikonsulent: Haldis Edvardsen, 951 13 662
Rådgiver: Eivind Trædal, 930 52 226
Rådgiver: Maren Helene Berntsen (i permisjon)
Økonomikonsulent: Kjellaug Kristoffersen, 969 03 358
Konsulent: Kristin Stormo, 969 03 109

FAGSEKSJONEN

Seksjonsleder: Malene Haneborg, 908 83 213
Seniorrådgiver: Jorunn Lunde (i permisjon)
Seniorrådgiver: Bente Øfjord, 482 61 726
Seniorrådgiver: Marianne Aars, 934 12 066
Rådgiver: Siri Nergård, 977 43 418
Rådgiver: Mona Raddum Loe, 969 04 042
Kurssekretær: Monica Haugen, 943 24 777
Seniorkonsulent, kurs: Micheline Viktil, 924 28 247
Rådgiver, kurs: Áslaug Skúladóttir, 402 38 662

FORHANDLINGSSEKSJONEN

Forhandlingssjef:
Ruth-Line Meyer Walle-Hansen, 408 52 840
Advokat: Lena Fagervold, 416 17 649
Advokat: Irja Anthi, 950 26 665
Advokat: Thea W. Jørgensen, 913 45 224
Advokat: Else-Margrethe Husby, 900 99 021
Seniorrådgiver: Bente Eide, 907 30 901
Seniorrådgiver: Kirsti Glad, 908 52 024
Seniorrådgiver: Henriëtta Richter, 990 30 661
Seniorkonsulent: Else Jørgensen, 926 53 470

FONDET

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter
Daglig leder: Eline Rygh. Tlf. 22 93 30 90

Annonsering av NFFs etterutdanningskurs

NFFs kurs annonseres i Fysioterapeuten ved hjelp av en kursoversikt som viser kursdatoer, kurssted og påmeldingsfrister.
Beskrivelse av kursene og påmeldingsskjema finner du i kurskalenderen på nettet, www.fysio.no/kurs. Der annonseres også nyheter og ledige plasser på kurs fortløpende.

Kurskalenderen på nettet er til enhver tid oppdatert.

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

Oversikt over kurs vil til enhver tid være oppdatert på www.fysio.no/kurs

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

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

Til virksomheten 2013 er det tildelt vel 7 millioner kroner som også omfatter ekstra midler for å holde kursavgiften på 2010-nivå.

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

Regler for opptak og avmelding:
se www.fysio.no/kurs

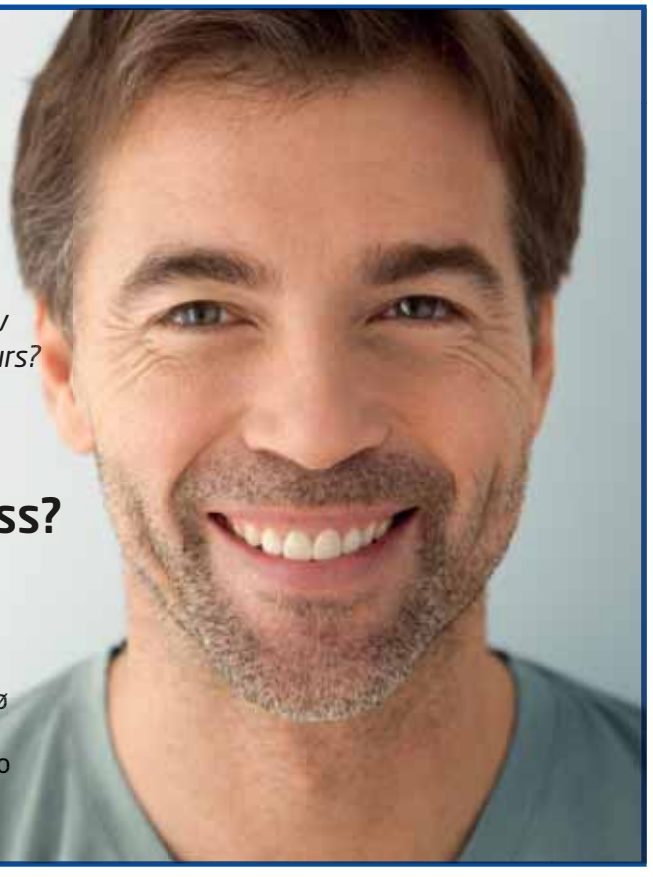
Bli kursleder i NFF!

Er du interessert i å bidra til en fysioterapitjeneste av høy kvalitet? Ønsker du å delta i utvikling av NFFs kurs? Har du god oversikt og kunnskap om et fagområde og kunne tenke deg å undervise?

Du er kanskje rett person for oss?

Akkurat nå søker vi etter kursledere innen fagområdene:
- Onkologi
- Eldre
- Helse- og miljøarbeid – fysisk/psykososialt arbeidsmiljø

Send inn søknad og CV til NFFs fagseksjon ved as@fysio.no **innen 12. januar 2014**.



KURSOVERSIKT 2014

Det tas forbehold om endringer

Kursdato	Påmeldingsfrist	Kurstittel	Sted
13.-15. januar og 19.-21. mai	Fortsatt ledige plasser!	Fysioterapi og traumer	Stavanger
27.-29. januar og 31. mars-1. april	**Utsatt** - se september!	Grunnkurs i læringsorientert fysioterapi	Oslo
3.-7. februar	Fullt!	Helse- og miljøarbeid – fysisk arbeidsmiljø	Oslo
3.-7. februar	Fortsatt ledige plasser!	Dysfunksjon i bekkenbunnen og inkontinens	Oslo
5.-7. februar	Fortsatt ledige plasser!	Praktisk kurs i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF)	Oslo
10.-14. februar	12. januar	Bevegelsesutvikling del 1	Oslo
17.-18. februar og 26.-27. mai	Fortsatt ledige plasser!	Fysioterapi for eldre - grunnkurs	Trondheim
17.-21. mars	10. januar	Elektiv ortopedi	Oslo
17.-21. mars	Fullt!	Advanced course based on the Bobath concept	Akerhus/AHUS
31. mars-2. april og 26.-27. mai	10. januar	Smertebehandling for fysioterapeuter - teoretisk forståelse og praktisk anvendelse	Oslo
7.-10. april	7. januar	Bekkenrelaterte plager 1	Levanger
7.-11. april og 2.-6. juni	15. januar	Fysioterapi for barn med funksjonsnedsettelser 0-6 år	Bergen
23.-25. april og 5.-6. juni	23. januar	MT basiskurs i undersøkelse og behandling av lumbal, bekken og hofte	Oslo
5.-7. mai og 28.-29. august	5. februar	Gunnkurs i fysioterapi og psykisk helse	Oslo
5.-8. mai	5. februar	Treningsfysiologi - trening for helse og prestasjon	Trondheim
5.-9. mai	5. februar	Helse- og miljøarbeid - psykososialt arbeidsmiljø	Oslo
5.-9. mai, 2.-6. juni, 22.-26. sept.	5. februar	Undersøkelse og behandlding av voksne med nevrologiske lidelser - Bobath konseptet	Ikke bestemt
19.-23. mai	16. februar	Terapiridning trinn II	Valnesfjord
25.-29. august	1. juni	Helsefremmende og forebyggende arbeid i et folkehelse-perspektiv	Oslo
1.-3. september	1. juni	Fysioterapi i palliasjon	Bergen
1.-3. september	1. juni	Fysioterapi for eldre - forebygging av funksjonssvikt og fall	Oslo
1.-5. september	1. juni	Onkologi for fysioterapeuter - teoretisk grunnkurs	Trondheim
4.-5. sept. og 20.-21. nov.	4. juni	Grunnkurs i treningslære for fysioterapeuter	Oslo
8.-10. sept. og 27.-28. nov.	8. juni	Fysioterapi for voksne med nevrologiske lidelser	Oslo
8.-12. september	8. juni	Fysioterapi i skolehelsetjenesten	Oslo
10.-12. september og 13.-14. november	10. juni	MT basiskurs i undersøkelse og behandling av cervical, thoracal og skulder	Trondheim
17.-19. september og 30.-31. oktober	17. juni	MT basiskurs i undersøkelse og behandling av lumbal, bekken og hofte	Oslo
17.-19. september og to dager i november	17. juni	Grunnkurs i læringsorientert fysioterapi	Oslo
6.-10. oktober	6. august	Terapiridning trinn 1	Oslo
13.-16. okt. og 10.-11. nov.	15. juni	Fysioterapi til barn med hjerte- og lungesykdommer	Oslo
13.-16. oktober	13. juni	Grunnkurs i kroppsorientert psykologi	Oslo
20.-24. oktober	20. juni	Helse- og miljøarbeid - fysisk arbeidsmiljø (HM 1)	Oslo
3.-6. november	3. august	Bekkenrelaterte plager 2	Oslo
3.-7. november	3. august	Elektiv ortopedi	Oslo
10.-11. november	15. august	Fysioterapi for eldre - alderspsykiatri	Oslo

Det planlegges flere kurs i 2014, se www.fysio.no/kurs

Se kurs sortert etter fagområder på www.fysio.no/kurs

KOLLEGAVEILEDNINGSGRUPPER

Evne til å skape trygghet og en god relasjon er viktig for et godt resultat av fysioterapibehandlingen. Gjennom deltakelse i kollegaveiledningsgruppe vil du kunne videreutvikle din kompetanse på dette området. Kollegaveiledning er en pedagogisk og relasjonell prosess hvor deltakere i gruppen deler – og reflekterer over erfaringer fra sin arbeidshverdag. Det kan være arbeidssituasjonen, samarbeid med kolleger, pasientkontakt eller hva som helst annet. Å delta i kollegaveiledning blir en slags kvalitetssikring av egen yrkesutøvelse.

Vi setter i gang grupper i hele landet, avhengig av etterspørsel. Det må være minimum 5 deltakere i en region for å starte opp en gruppe. Gruppene går over 17 timer, fordelt på 6-8 samlinger på ettermiddagstid eller to samlinger á to dager, over en 6-9 mnd periode. NFF har veiledere som kan lede kollegaveiledningsgrupper i nesten alle fylker. Hvis du ønsker gruppe der du bor, få med deg minimum fire kolleger og ta kontakt med Monica Haugen, mh@fysio.no, tlf 22 93 30 66 for nærmere info.

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

Påmelding til planlagte grupper: www.fysio.no/veiledning

Grupper som vil gå på ettermiddag/kveld:

Stavanger	Oppstart vår 2014
Bergen	Oppstart vår 2014
Kongsvinger	Oppstart vår 2014
Trondheim	Oppstart vår 2014
Kristiansand	Oppstart vår 2014
Hamar	Oppstart vår 2014
Oslo	Oppstart vår 2014
Bodø	Oppstart vår 2014

Grupper som vil gå på dagtid (2 x 2 dager):

Gruppe for ledere, Oslo	Oppstart mars 2014
Oslo	Oppstart vår 2014

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Videreutdanning i arbeids- og folkehelse for fysioterapeuter

Tidligere videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid for fysioterapeuter

NFF samarbeider med Høgskolen i Oslo og Akershus om videreutdanning i arbeids- og folkehelse for fysioterapeuter, 15 studiepoeng.

Målgruppen for videreutdanningen er fysioterapeuter som ønsker å utvikle kompetanse i helsefremmende og forebyggende tiltak knyttet til folkehelsearbeid generelt og arbeidshelse spesielt.

Påmelding: www.fysio.no/kurs

Videreutdanningen består av følgende kurs og obligatoriske oppgaver:

■ **Kurs 1**: **Helsefremmende og forebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv**
Kurset gir kunnskap om sammenhenger mellom helse, helseatferd, samfunnsmessige, sosiale og individuelle faktorer. Deltakere får også kunnskap om folkehelsepolitiske føringer og prioriteringer og implikasjoner for helsefremmende og forebyggende arbeid.

■ **Kurs 2**: **Helse- og miljøarbeid – fysisk arbeidsmiljø**
Kurset har hovedfokus på sammenhengene mellom muskel- og skjelettplager, fysisk arbeidsmiljø og organisatorisk arbeidsmiljø. Etter kurset kan deltakere utføre ergonomisk kartlegging og risikovurdering, samt utføre og dokumentere individuelle arbeidsplassvurderinger basert på kartlegging av funksjon, arbeidets art og arbeidsplassens fysiske utforming. Kurset kvalifiserer fysioterapeuter til påta seg arbeidsplassvurderinger for NAV.

■ **Kurs 3**: **Helse- og miljøarbeid – psykososialt arbeidsmiljø**
Kurset har fokus på sammenhenger mellom psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og arbeidsrelaterte sykdommer og plager generelt og bevegelsesapparatet spesielt. Deltakere får innføring i kunnskapsbaserte kartleggings- og forbedringsprosesser som retter seg mot psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø.

For å kunne påbegynne del 3 må del 1 og 2 være fullført. Hver av disse delene er fullført når studenten har tilfredsstilt kravet til obligatorisk deltakelse på samlingene og fått godkjent oppgavene.

Tidspunkt for kurs i 2014

Helse- og miljøarbeid – fysisk arbeidsmiljø	3.-7. februar	Oslo
Helse- og miljøarbeid – psykososialt arbeidsmiljø	5.-9. mai	Oslo
Helsefremmende og forebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv	25.-29. august	HiOA, Oslo
Helse- og miljøarbeid – fysisk arbeidsmiljø	20.-24. oktober	Oslo

NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi

Jubileumsseminar og årsmøte

13. og 14. mars 2014
Linken, Forskningsparken i Tromsø

Torsdag 13.03.14

9.30-10.00	Registrering
10.00-10.05	Åpning ved Anita Grongstad
10.05-10.30	«Pusterom» – tanker fra en pårørende Nina Tvedten, Spesialist i psykomotorisk fysioterapi Universitetslektor ved Fysioterapeututdanningen, UiT
10.35-11.00	Systematisert rehabilitering av nylig hjertetransplanterte pasienter Katrine Rolid, Spesialfysioterapeut/MSc, OUS Rikshospitalet
11.00-11.15	Pause
11.15-11.40	«State of the art» – Trening av hjertepasienter Margrethe Müller, Fysioterapeut og MSc-student, UNN Tromsø
11.45-12.00	Frie Foredrag/Presentasjon av utstillere
12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.00	Livsstilsendring – fellesfaktorer og suksesskriterier for vellykket endringsveiledning Morten Karlsen, Psykolog LHL Helse Skibotn
14.00- 14.15	Frie Foredrag/Presentasjon av utstillere
14.15-14.30	Pause
14.30-16.00	Akuttbehandling av hjerte- og lungepasienter i Nord-Norge Mads Gilbert, Spesialist i anestesiologi, Professor II akuttmedisin, UiT
16.00-17.30	Byvandring
19.30	Jubileumsmiddag, faggruppen er 25 år. Clarion Bryggen Hotel

Fredag 14.03.14

08.45-09.00	Registrering
09.00-09.05	Åpning ved Anita Grongstad
09.05-09.50	Kronisk og akutt respirasjonssvikt. Indikasjon og effekt av NIV. Utfordringer og muligheter ved bruk av NIV, og mekanisk hostestøtte ved respirasjonssvikt. Monica Linnea Vold, Overlege lungeavdelingen, UNN Tromsø. Regional koordinator for NKH
09.50-11.00	Workshop 3 x 20 min. 1) NIV-bilevel PAP 2) Optifow/AirVo 3) Cough Assist E70
10.45-11.00	Pause
11.00-11.40	Hostekraft og ekstuberingsutfall Marit Viravong, Spesialfysioterapeut/MSc-student OUS Ullevål
11.45-12.30	Lunsj
12.30-13.00	Årsmøte
13.00-13:30	«State of the art» – Trening av lungepasienter Marjke Risberg, Spesialfysioterapeut Lungerehabiliteringen i Tromsø
13:30-13.45	Pause
13.45-14.45	Trening og atrieflimmer Maja-Lisa Løchen, Professor i forebyggende medisin ved UiT og overlege hjertemed. avdeling, UNN Tromsø
14.45-15.00	Oppsummering/Evaluering
16.30	Avreise til Lyngsalpene sammen med styret i faggruppen. Detaljert info finner du på vår webside: http://www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapiinfo. Kontakt Brit Hov, brit.hov@online.no, hvis du vil være med.

Med forbehold om endringer i programmet.

Praktiske opplysninger:

Påmelding: http://eventus.trippus.se/hjertelungefysio/2014
Frist: 20. februar (bindende påmelding)
Kurssted: Linken, Forskningsparken i Tromsø, Sykehusveien 23, Tromsø.

Kursavgift medlem faggruppen: Kr 1800,-* En dag kr. 1100,-
Kursavgift ikke-medlem: Kr 2500,-* En dag kr. 1700,-
Studenter og turnuskandidater: Kr 1000,-* En dag kr. 500,-

Kursavgiften inkluderer kaffe, te, frukt og lunsj.
*3-rettes jubileumsmiddag er inkluder i kursavgift.

Hotell: Thon Hotell Polar
Priser: Dobbeltrom per natt : Kr 995,- Enkeltrom per natt: Kr 795,-
Bestilling kontakt Maria Wang: 77 75 17 05 eller epost: polar.booking@thonhotels.no

Kontaktperson i faggruppen: Nina Steckmest, tlf. 990 24 608, epost: nsteckmest@gmail.com

NFFs faggruppe for onkologi og lymfologi

Velkommen til årsmøteseminar 6.-7. mars 2014 i Oslo

Thon Hotell Opera, Dronning Eufemias gate 4

«FRI FLYT»

TORSDAG 6. mars

09.15 - 09.45	Registrering / info generell
09.45 - 10.00	Åpning med kulturinnslag
10.00 - 10.45	Respirasjonsutfordringer hos kreftpasienten Bjørn O. Bergholtz, tidligere overlege ved OUS Ullevål
10.45 - 11.15	Pause
11.15 - 12.00	Respirasjonsutfordringer hos kreftpasienten – trening og dårlig pust Anita Grongstad spesialfysioterapeut/MSC teningsfysiologi, Glittreklinikken
12.00 - 12.45	Kreft – hvordan håndtere psykiske utfordringer med et kroppslig fokus Marius Altun, psykomotorisk fysioterapeut, Glittreklinikken
12.45 - 13.45	Lunch
13.45 - 15.00	Utstillerne har ordet
15.00 -15.15	Pause
15.15 - 15.45	NFF informerer
16.00 - 18.30	**Årsmøte**
20.00 -	Festmiddag m/underholdning

FREDAG 7. mars

08.30 - 08.40	Åpning
08.40 - 09.25	Lymfødem – klinikk, utredning, differensial-diagnoser Carl-Erik Slagsvold, seksjonsoverlege dr .med., OUS
09.25- 10.10	Primære lymfødem Helen Olsen spesialist i onkologisk fysioterapi, Norsk Lymfødemklinikk
10.10 - 10.30	Pause
10.30 - 11.00	Hvorfor være fysisk aktiv under og etter kreftbe-handling, og hvordan trene. Liv Grete Kjellsen spesialfysioterapeut, Pusterom-met DNR , OUS og Kreftforeningen
11.00 - 11.30	Samarbeid mellom Pusterommet Ullevål og Sagene Frisklivsentral, spesialfysioterapeut Ingvild Amundsen, Puste-rommet OUS Ullevål og frisklivsentralen Sagene
11.30 -12.30	LUNSJ
12.30 - 13.15	Gruppediskusjoner
13.15 - 13.30	Pause
13.30 - 14.00	Ernæring i forhold til lymfødempasienter ernæringsfysiolog Kristine Møller, Lovisenberg Diakonale Sykehus
14.00 - 14.15	Pause
14.15 - 15.00	Kreft og sen effekter – et pasientperspektiv Casper Herlofsen
15.00 - 15.15	Evaluering og avslutning

Vi tar forbehold om endringer i programmet.

Priser:

Ved påmelding før 1. februar-14: Medlemmer FOL: kr. 3.200,-.
Ikke medlemmer: kr. 4.200,-.
Ved påmelding etter 1. februar 14: Medlemmer FOL: kr. 3.700,-.
Ikke-medlemmer: kr. 4.700,-.
Festmiddag: kr 500-.

Påmelding gjøres på:

www.deltaker.no/arsmoteseminar_2014_fol_06032014

Program palliativt treff onsdag 5. mars 2014

18.00 - 18.45	"Teoretisk ballast – praktisk nytte?" søkelys på ny bok om palliativ fysioterapi spesialist i onkologisk fysioterapi Tone-Lise Frantzen
18.45 - 19.00	Pause
19.00 - 19.45	Palliativ fysioterapi til hjemmeboende v/ Bodil Steen fysioterapeut i fransiskushjelpen
19.45 - 20.00	Pause
20.00 - 20.45	Øvelsesflyt - Vi deler øvelser med hverandre i trimrommet
20.45 - 21.15	Omvisning på Hospice Loviseberg

Palliativt treff arrangeres på Hospice Lovisenberg, Geitmyrsveien 45.
Det serveres pizza før programmet, fra klokken 17.30.
Påmelding skjer sammen med påmelding til årsmøteseminaret, og koster kr 100,- i tillegg

Velkommen!

NFF avdeling Akershus - årsmøte 2014

Tid: Tirsdag 4. mars 2014, kl. 18.00

Sted: Herrebadet kurs og konferansesenter, Kurbadet, Akersgata 74, 0180 Oslo

Saker til årsmøtet må være styret i hende senest **20. januar 2014**. Sendes på mail: infoakershus@gmail.com

Årsmøtepapirene blir lagt ut på avdelingens nettsider 3 uker før årsmøtet og kan bli tilsendt per post ved forespørsel.

Velkommen til årsmøtet!

NFF avdeling Oslo - årsmøte 2013
Tirsdag 4. mars 2014 kl.17-19

Sted: Stensberggt. 27.

Saker til årsmøte må være styret i hende senest **1. februar 2014**. Sendes på mail: nff.oslo@fysio.no

Årsmøtepapirene vil bli lagt ut på NFF Oslo sine nettsider 3 uker før årsmøtet.

Sett av dagen nå, så kommer det mer informasjon etter hvert. Har du ikke tilgang på mail/internett og ønsker årsmøtepapirer i papirutgave, gi beskjed til avdelingskontoret på tlf. 22 93 30 80 eller 47 71 74 07.

Faggruppen for ergonomi
Inviterer til det 35. fagseminar i Stavanger 19.-21. mars 2014

Kunnskap ➔ vurdering ➔ tiltak ➔ forbedring

Onsdag 19. mars:
09:00 Registrering i utstillingsområdet med snacks + kaffe/te
10:00 Åpning med kunstnerisk innslag
10:20 Ergonomisk risikovurdering; hvordan gjøre det med æren i behold? En forskers mening om (mangel på) kvalitet og hva man kan gjøre med det. Svend Erik Mathiassen, professor Högskolan i Gävle
11:00 Kaffepause i utstillingsområdet
11:30 Ergonomisk risikovurdering (forts)
12:20 Lunsj
13:20 Er arbeid årsak til muskelskjelettlidelser? Nytt fra belastningsfronten. Rapporten "Arbeid som årsak til muskelskjelettlidelser" er nylig oppdatert. Stein Knardahl, professor dr. med. STAMI
14:00 StretchPause med Kristian Dahl, SATS
14:15 Risikoutsatte grupper, et samlet perspektiv på arbeidsmiljørisiko. Om Petrolumstilsynets satsing på risikoutsatte arbeidstakere. Sigve Knudsen, fagleder arbeidsmiljø, Petroleumstilsynet
14:45 Kaffepause i utstillingsområdet
15:15 Arkitekten versus psykologen - framtidens kontorarbeidsplass. Arkitekt Harald Martin Gjøvåg, Alliance arkitekter as og arkitekturpsykolog Oddvar Skjæveland, Mellomrom Arkitekturpsykologi
16:15 Besøk hos utstillerne
17:00 Årsmøte
18:30 og 18:40 Avgang fra resepsjonen på hotellet til Stavanger Konserthus. Dette blir en begivenhet som vi er stolte av å kunne tilby og som ingen bør gå glipp av!

Torsdag 20. mars
09:00 Kunstnerisk innslag
09:10 Er universell utforming mer enn fysiske hindre? Universell utforming i et regionalt utviklingsperspektiv med fokus på ny IKT-forskrift. Linda Ask, ergoterapeut Rogaland Fylkeskommune
09:50 Nytten av ErgoRisk som verktøy for ergonomisk risikovurdering. Om Statoils bruk av ErgoRisk som verktøy for risikovurdering av manuelt fysisk arbeid, brukt i 1024 risikovurderinger. Sten Glenn Håberg, ergonom Statoil
10:30 Kaffepause i utstillingsområdet
11:00 Hvordan formidle ergonomiske krav? HFS har samlet, vurdert, systematisert og visualisert ergonomiske krav for sokkelen i arbeidsmiljø-håndbøker. Adam Balfour, ergonom Human Factors Solutions
12:00 Lunsj
13:00 Arbeidstilsynet – fortsatt på jobb for et godt arbeidsliv! Status - erfaringer – utfordringer v/ Godkjenningsenheten BHT og Kompetansenettverket for ergonomiske og organisatoriske arbeidsbetingelser. Mette Matre, seniorrådgiver og Harald Gran, seniorinspektør
14:00 Nytt fra styret
14:30 Kaffepause i utstillingsområdet
15:00-16:30 Parallelle sesjoner:

Sesjon A:
15:00 Risikoreduserende tiltak i byggebransjen
v. Reidun Larsen, Ergonomene as
15:30 Bruk av robot som risikoreduserende tiltak
v. Per Steinkopf, Kaefer Energy
16:00 Mekaniske vibrasjoner ved bruk av trykkluftbor og risiko for HAVS (hånd-arm-vibrasjonssyndrom)
v. Thomas Aleksander C.Clemm, Mesta

Sesjon B: Utstillernes sesjon
Hovedsponsor og tre andre utstillere vil her presentere faglige innlegg. Program følger senere.

18:30 Vorspiel på rommene i grupper før festmiddagen
19:30 Festmiddag i Atlantic Hall, med underholdning og dans

Fredag 21. mars:
09:00 Kunstnerisk innslag
09:10 Hvordan skape «la dolce vita» på jobb? Med innsikt og humor beskriver han nordmenns væremåte på en treffende måte både på og utenfor jobb. Pellegrinos foredrag vil garantert få deg til å le, kanskje også gråte litt – og utvilsomt lære deg noen viktige forutsetninger for kultur, kommunikasjon og det gode liv! Pellegrino Riccardi Motivator og ekspert på tverrkulturell kommunikasjon
10:40 Kaffepause
11:00 Pellegrino Riccardi fortsetter å fortelle oss om hvordan skape «la dolce vita» – det gode liv – på jobb
12:30 Lunsj

Praktiske opplysninger:

STED: Radisson Blu Atlantic Hotel, Stavanger
DELTAKERAVGIFT: (Betales mot tilsendt bekreftelse/faktura.)
Deltakeravgift onsdag-fredag: kr. 4.900,-
Tilleggsavgifter: deltakere som ikke er medlem av NFF: kr. 700,-
I deltakeravgiften inngår kaffe, pausemat alle dager. Lunsj onsdag og torsdag samt festmiddag torsdag.
Dagdeltakelse: Inkluderer lunsj og kaffepauser
- onsdag eller torsdag (per dag): kr. 2.600,-
- fredag (uten lunsj): kr. 1.000,-
- lunsj fredag: kr. 275,-

Sosialt program onsdag kveld (utenom deltakeravgiften): Intimkonsert med årets Spellemann Tønes og treretters middag i Stavanger konserthus: kr. 700,-. Vinpakke med to glass hvit- eller rødvin for å unngå kø: kr. 185,-

OVERNATTING per/pers/natt
Radison Blu Atlantic Hotel. Enkeltrom kr 1395,- / Dobbeltrom kr 800,-

PÅMELDING:
For fullstendig program/praktiske opplysninger, påmeldingsfrister og påmeldingskjema:
Gå inn på NFFs Fagruppe for ergonomi sin hjemmeside:
http://www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Ergonomi

For andre spørsmål vedrørende konferansen: Kurs og Kongressservice, post@kursogkongress.no - telefon 72 42 34 48

NFFs faggruppe fysioterapi for eldre - årsmøteseminar 2014

10. og 11. mars 2014

Thon Hotell Prinsen, Kongens gate 30, 7012 Trondheim

Fysioterapi for eldre: Fra helsefremming til forebygging og rehabilitering

PROGRAM mandag 10. mars:

09.30-10.00	Registrering
10.00-10.15	Velkommen
10.15-11.00	En oppdatering av pågående forskning og fagutvikling. Professor Jorunn L. Helbostad, NTNU.
11.00-11.15	Utstillere presenterer seg.
11.15-11.35	Pause/besøk utstillere
11.35-12.15	Hva eldre kan gjøre og hva de faktisk gjør: intervensjoner som har overføringsverdi til hverdagen. Fysioterapeut/PhD Kristin Taraldsen, NTNU.
12.15-13.15	Lunsj
13.15-14:00	Rehabilitering etter hoftebrudd. Fysioterapeut/PhD student Pernille Thingstad, NTNU.
14.00-14.20	Pause/besøk utstillere
14.20-15.05	Trening etter hoftebrudd i EVA-HIP-studien. Kommunefysioterapeut Trondheim kommune, Bodil Bjåstad.
15.05-15.25	Pause/besøk utstillere
15.25-16.00	Fra behandling til forebygging og rehabilitering. Leder for kompetansesentret for bevegelsesvansker og fall, Randi Granbo.
16.00-16.10	Vi oppsummerer.

Når det gjelder forskning, fagutvikling og evidensbasert praksis i forhold til befolkingsgruppen eldre, er det stor grunn til å kunne si «look to Trondheim». Samtlige forelesere denne dagen har vært med og bidratt til nettopp dette. Vi gleder oss!

PROGRAM tirsdag 11. mars:

08.30-09.00	Lokalkontaktene møtes.
09.00-09:30	Hverdagsrehabilitering: Fysioterapeutens rolle. Fagleder/fysioterapeut i Trondheim kommune, Sylvi Sand.
09.30-10.15	«Fra praksis til praksis», 3 stk. Tema: Hverdagsrehabilitering.
10.15-10:30	Pause/besøk utstillere
10.30-10.50	Innlegg forbundsleder NFF, evt. sekretariat.
10.50-11.50	ÅRSMØTE
12.00-13.00	Lunsj
13.00-13.45	Bevegelsesvansker hos personer med demens. Overlege dr. med. Ingvild Saltvedt, Avd. for geriatri, St. Olavs Hospital.
13.45-14.00	Pause/besøk utstillere
14.00-14.20	Aktivitetstilbud for yngre personer med demens. Prosjektleder Elisabeth Høstland.
14.20-14.40	Demens - fysioterapeutens rolle. Innledning v/kommunefysioterapeut Trondheim kommune Gro Stensrud Fjelldal og Sylvi Sand.
14.40-15.00	Gruppearbeid/-oppgave, diskusjon/refleksjon - fysioterapeutens rolle.
15.00-15.15	Oppsummering v/Gro og Sylvi.
15.15-15.30	Oppsummering seminar og takk for denne gang!

Denne dagen er viet temaene hverdagsrehabilitering og demens, som var ønsket av mange deltakere etter fjorårets seminar. Her må fysioterapeutene på banen og finne sin rolle!

Vi forbeholder oss retten til å forandre programmet.

Følg med på http://www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Geriatri for endringer og oppdateringer. Vi jobber for å legge ut støttearkene til seminaret her primo mars.

Programposten «Fra praksis til praksis» er også med på årets seminar. Her inviteres DU til å fortelle fra din praksis/prosjekt innen fysioterapi til eldre. Ved dette seminaret vil vi også prioritere de som kan presentere gode eksempler på hverdagsrehabilitering.
Et innlegg på 15 minutter gir 25 % avslag på seminarprisen. Ta kontakt!

Pris:
Medlemmer i Faggruppen fysioterapi for eldre: kr. 1.900,-
Ikke-medlemmer kr. 2.500,-
Ingen reduksjon av seminaravgiften ved deltagelse en dag.
Lunsj, kaffe, te og frukt er inkludert i prisen.

Bindende påmelding til: www.deltager.no **innen 10.02.1**4.
Ved avmelding etter denne fristen, må utgifter dette medfører bli betalt.

Husk at det er mulig å søke Fondet i NFF om tilskudd til reise og overnatting.
Spørsmål om seminaret kan rettes til kursansvarlig.
Lokalkontakter og andre som har rett på gratis seminar bes melde seg på til: Anne Sofie Røysland, Stubberudveien 4, 3089 Holmestrand. e-post: annesofie41@gmail.com
Tlf: 33 72 71 13/900 86 871.

Vel møtt!

Følg med på nyheter fra fag og forskning på www.fysioterapeuten.no

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

FFI IDRETTSFYSIOTERAPISEMINAR

Tema: Rehabilitering av skulder: Fra forskning til klinikk.
Dato: Torsdag 27. februar og fredag 28. februar 2014
Sted: Oslo, Ullevål stadion, UBC
Kursholder: Professor og fysioterapeut Ann Cools, associate professor ved Department of Rehabilitation Sciences and Physiotherapy ved Ghent University i Belgia.

Pris:

FFI-medlemmer	kr 3 400
NFF-medlemmer	kr 4 000
Ikke NFF-medlememmer	kr 5 000

For mer informasjon, følg med på FFI sin Facebookside eller hjemmeside: www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Idrettsfysioterapi.
Påmelding: http://eventus.trippus.se/ffivinter2014/deltaker

Årsmøte
Faggruppen for Idrettsfysioterapi avholder årsmøte torsdg 27. februar kl. 17 (like etter at faglig program er ferdig). Alle medlemmer er velkommen! Det vil bli servert pizza i forkant av årsmøtet.

Faggruppen for Idrettsfysioterapi

Følg med for frister og utgivelser på tredje siste side.

NFFs faggruppe for psykomotorisk fysioterapi
Årsmøte og fagseminar
i Drammen 13.- 15. mars 2014

Velkommen til et 3 dagers program med temaet:

TRAUMER

i ET
KROPPSORIENTERT PERSPEKTIV

Seminarkomiteen har invitert foredragsholdere fra forskjellige faggrupper med spesialkompetanse og kunnskap om traumer. Seminaret vil dekke teorier, symptomer man ser etter og behandlingsteknikker for å forløse traumer - traumer hos ulike grupper som: barn og unge, voksne, innvandrere, flyktninger og barn av alkohol og rusmisbrukere.

Seminaret er åpent for helsepersonell i alle faggrupper med interesse for temaet.

Vi møtes i elvebyen Drammen til en samling med faglig, kulturell, gastronomisk og sansemessig opplevelse. Drammen er en gammel havneby med ny og gammel historie, vakre omgivelser og mye aktivitet. Comfort hotell Union brygge, et helt nytt rockehotell, ligger vakkert ved elven og har satt av tiden sin kun til oss.

Seminaravgiften:
Medlemmer: 3700,- før 1. februar, deretter 4300,-
Ikke medlemmer: 4300,- før 1. februar, deretter 4900,-
Festmiddag: 600,- i ærverdige lokaler i Teatercafeen i Drammen
Overnatting: Det er reservert plass til oss på Comfort Hotell Union Brygge.

I seminaravgiften inngår foredragene og praktisk fremvisninger av behandlingsmetoder, lunsj, frukt, forfriskninger og drikke, over tre dager.

Det blir en egen postersession hvor Master og PhD studenter oppfordres til og presentere sine avhandlinger uavhengig av tema. Bidrag og evt. forespørsler sendes til: ka-fys@online.no

Detaljert programoversikt er tilgjengelig på NFFs faggruppe for psykomotorisk fysioterapi's hjemmeside (www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi) og facebook (www.facebook.com/groups/psykomotorisk) .

Online påmelding for seminar og hotellovernatting:
https://www.viaregi.com/registration/?dw12479a50473
Merk at ved å betale med faktura kommer et tilleggsgebyr.

ANDRE KURS OG MØTER

Kurs i manuellterapi
Hans & Olaf Fysioterapi as, Oslo

40 timers kurs i undersøkelse og behandling ad modum manuellterapi fordelt på 9 onsdagskvelder januar - april 2014.
Kursleder: Roar Robinson.
Påmelding og nærmere info: www.hansogolaf.no eller roar.robinson@hof.nhn.no

Norsk smerteforening - NOSF
10. nasjonale konferanse om kunnskapsbasert smertebehandling

Sted: Rikshospitalet Store auditorium
9.-10. januar- 2014
Målgruppe: Helsepersonell og forskere med interesse for smertebehandling og smerteforskning.

Plenumsesjoner:
- Tverrfaglig samarbeid om pasienter med sammensatte symptomlidelser.
- Hvilken betydning epidemiologiske studier kan ha (Gary MacFarlane)
- Smerte og rus
- Mindfulnesstrening for smertelindring
- Hva bør du vite om postoperative smerter?
- Smertepasienten i den fragmenterte helsetjenesten (Reidun Førde), Tillit og trygghet - smertestillende midler? (Per Fugelli)

Parallelle sesjoner:
- Smerteepidemiologi, Mindfulness - pro et kontra, Smerte og fysisk aktivitet, Smerte og rus.
- Utfordringer i det postoperative forløp, Basal forskningssesjon (smerte og genetikk), Arbeid og smerte. Smerte og andre symptomer hos kreftoverlevere.

Dessuten:
Presentasjon av ferske doktoravhandlinger om smerte (stipend for de beste presentasjonene)
Frie plakatframsyninger av smerteforskning i Norge (stipend for de beste presentasjonene).
Parallellmøter for sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer, leger, andre faggrupper.

Påmelding og informasjon: www.norsksmerteforening.no
Registreringsavgift: Medlemmer av NOSF: kr 1500 før 1. desember kr 2000 etter 1. desember: Ikke-medlemmer : kr 2000 før 1. desember og kr 2500 etter 1. desember. Medlemskap inkluderer 4 nummer av Scandinavian Journal of Pain pr år.
Konferansen kan telle med **16 timer** som **fysioterapispesifikk etterutdanning** i NFFs spesialistordning.
Kurset kan også telle til fornyet godkjenning for spesialister.
Mer informasjon: www.norsksmerteforening.no

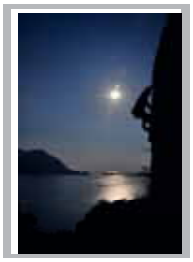
MEDIYOGA
- medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell
OSLO - STAVANGER - BERGEN - BODØ
TRONDHEIM - TROMSØ - KIRKENES

mediyoga.com +46 85 40 882 80

HELSE MØRE OG ROMSDAL
– På lag med deg for helsa di –

NSFs LANDSGRUPPE I SLAGSYKEPLEIE



"Slaget er ikkje tapt"

vi har fagleg fokus
vi har pasientflyt
vi har pasientmedverknad
vi har forsking
vi har samhandling
vi har motivasjon

Nasjonal konferanse om Hjerneslag
Rica Parken Hotel i Ålesund 03. - 04. april 2014

Arrangør:
Helse Møre og Romsdal i samarbeid med NSF si landsgruppe i slagsykepleie

Bli motivert av sjukepleiar og eventyrar Cecilie Skog som tek deg med til "Cecilies verden"

Nokre av tema på konferansen:

- Standard mottak av slagpasientar i sjukehus
- FASTer Trombolyse
- Kommunikasjon i akuttfasen
- Trygg utskriving og tidleg heimreise – samarbeid med kommune
- Presentasjon av forskning på hjerneslag
- Akutt hjerneslagbehandling utenfor sykehus- ein ny æra?

Målgruppe: Helsepersonell som jobbar med og/eller er interessert i slagbehandling

For meir info og påmelding til konferansen: www.sykepleierforbundet.no velg Fag og deretter Faggruppe Slagsykepleiere i nedtrekksfeltet til venstre.

Spørsmål kan rettes til: hjerneslagkonferansen2014@gmail.com
www.helse-mr.no

Velkommen til

HODEPINESEMINAR,
Nimi, 31. jan, 2014

Et tverrfaglig dagsseminar

Idrett – helse – livsstil

ARRANGØR: Nimi
TIDSPUNKT: 31. januar 2014
STED: Inng. J (Norges Fotballforbund)
PRIS: 1900,- inkl. lunsj,
KURSANSVARLIG: Peter Døving
KURSKOORDINATOR: Kathrine G. Krogstad
PÅMELDING: kurs@nimi.no
(merk påmeldingen med hodepineseminar)

FORELESERE:
Nevrolog Monica Drottning – Rønne, MedOslo
Overlege Gøran skog, Nimi
Nevrolog Monica Drottning – Rønne, MedOslo
Manuellterapeut Tord Moen, Klinikk 24
Lege Bendik Winsvold, FORMI
Fastlege Nils Moseid, Lovisenberg legesenter
LP coach Inger Marie Moen Reiten
Psykolog Janne Schiøll, Nimi
Kiropraktor Aleksander Chaibi, Atlasklinikken

For timeplan se: **www.nimi.no**

nimi™

2. NASJONALE KONFERANSE OM HJERTET OG HJERNEN

Oslo Kongressenter 13. og 14. februar 2014

Konferansen vil blant annet dekke de viktigste temaer innen:

- Aterosklerose
- Ultralyd
- Endarterektomi
- Stenting
- Koronarsykdom hos TIA/hjerneslag pasienter
- Nye platehemmere
- Iskemisk hjertesykdom som årsak til cerebrale embolier
- Kryptogene hjerneinfarkter og hjertet
- Hjertepasienter og risikoen for hjerneslag
- PFO og behandling
- Invasive kardiovaskulære undersøkelser og hjertekirurgi
- Kognitiv svikt
- Demens og kardiovaskulære sykdom
- Oppdatering av hjerneslagbehandling og rehabilitering
- Diagnostisering og behandling av koronarsykdom
- Tverrfaglig samarbeid

Vi ønsker alle fysioterapeuter velkommen til Oslo Kongressenter 13. og 14. februar 2014

FOR FULLT PROGRAM OG PÅMELDING: www.hjertetoghjernen.no

ETTER- OG VIDEREUTDANNING VED UNIVERSITETET I BERGEN

MASTER I HELSELEDELSE, KVALITETSFORBEDRING OG HELSEØKONOMI

(DELTIDSSTUDIUM)

Forskningsbasert kunnskap og refleksjon om helselederes utfordringer:

- **Organisasjons- og personalledelse**
- **Kvalitetsforbedring**
- **Pasientsikkerhet**
- **Økonomistyring**
- **Samhandlingsreformen**

Målgruppe: Ansatte i helsesektoren med utdanning på minimum bachelornivå samt to års relevant praksis.

De tre emnene – som hver gir 20 studiepoeng – er frittstående og kan gjennomføres enkeltvis. Emnene inngår i en mastergrad der masteroppgaven på 30 studiepoeng kommer i tillegg (til sammen 90 studiepoeng).

Mer informasjon finner du på: **uib.no/evu**

UNIVERSITETET I BERGEN

FOND

TIL ETTER- OG VIDEREUTDANNING AV FYSIOTERAPEUTER

UTLYSNINGER FRA FONDET VÅREN 2014

Stipend til forskningsprosjekt, kvalitetssikringsprosjekt, formidlingsprosjekt og til arbeid med prosjektbeskrivelse

Stipendkategoriene skal bidra til forskning og utvikling av ny fysioterapifaglig kunnskap, kvalitetssikring av fysioterapeuters virksomhet, dokumentasjon og formidling av fysioterapifaglig kunnskap og praksis, og til å styrke fysioterapeuters konkurranseposisjon ved søknader om midler til forskningsprosjekt hos andre enn Fondet og til prosjekter som senere inngår i søknad til Fondet fra Miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi.
Søknadsfrist er 1. mars 2014 kl. 12.00.

Utdanningsstipend: Utdanningsstipend skal gi mulighet til kompetanseheving på høyere utdanningsnivå og stimulere fysioterapeuter til kvalitet, evaluering og dokumentasjon i fagutøvelsen og gis til studier som gir minimum 30 studiepoeng.
Søknadsfrist er 15. mars 2014 kl. 12.00.

Reisestipend: Reisestipend skal stimulere til faglig ajourføring og internasjonal faglig kontakt som kommer det norske fysioterapimiljøet til gode. Søknader behandles fortløpende og må sendes senest 3 måneder etter avsluttet tiltak.
OBS! Fra 1. januar 2014 gjelder nye kriterier for reisestipend.

Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema for åpne utlysninger er tilgjengelig i søknadsportalen. Tilgang til søknadsportalen er fra Fondets nettside **www.fysio.no/fondet**.

Nærmere opplysninger kan også fås hos Fondets sekretariat på tlf. 22 93 30 90 eller e-post: post@fondet.fysio.no.

Fra beltestedet og ned

Diagnostisering og behandling av lumbalcolumna, bekken og relaterte symptomer

Tverrfaglig seminar for manuellterapeuter, fysioterapeuter, leger og kiropraktorer

Med bl.a. Sakari Orava, Elisabeth K. Bjelland, Thomas Ødegaard, Tom H. Øvrebø, Gunvor Hilde, Lars Kolsrud, Tiina Lehtiinen, Per Kristiansson og Per Brodal

Oslo, 4.-6. april 2014

Fullt program og påmelding

www.manuellterapi.no

Manuellterapeutenes Servicekontor

arbeidsmarkedet

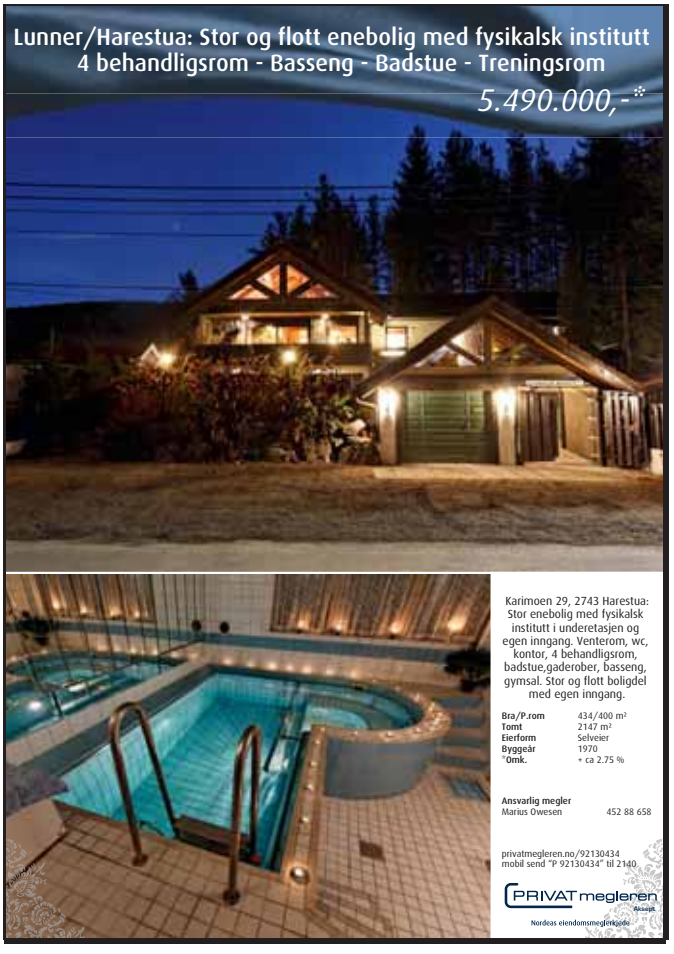
Det er viktig å stille krav om lønn før man takker ja til en stilling. Lønn fastsettes på bakgrunn av arbeidstakerens kompetanse, erfaring og personlig egnethet, i tillegg til markedssituasjonen. Flere stillinger enn før har nå kun en sentralt fastsatt minstelønn, noe som gjør dette enda viktigere. NFFs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

Hattfjelldal kommune har ledig 100 % driftstilskudd fysioterapi fra 01.04.14. **Søknadsfrist 21.01.14**.
Se: www.hattfjelldal-kommune.no

Kjøp – salg – leie

- 1 Fysiomed IF expert m /trillebord, kr.12.000,-
- 1 Fysiomed 12 – Vac m/trillebord, kr. 9.000,-
- 1 Hydrocolator, kr. 3.000,-
- 2 Compex muskelstimulator, kr. 2.000,-
- 1 Trillebord for interferens el., kr. 300,-

GI BUD! Kontaktperson: Jan Wold: jwold2@online.no. Mob: 951 15 142.



www.fysioterapeuten.no

Ullensaker kommune

Ledige avtalehjemler i fysioterapi

- Ref: 2013/ 6878: **100% driftstilskudd**, fortrinnsvis med videreutdanning og erfaring innen nevrologi.
- Ref: 2013/ 6883: **50% driftstilskudd**, fortrinnsvis med videreutdanning og erfaring innen hjerte- og lungefysioterapi, RedCord og MTT.

For fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknad, se vår hjemmeside: www.ullensaker.kommune.no - ledige stillinger
Det oppfordres til å søke elektronisk.
Avtalehjemler reguleres av den til enhver tid gjeldende ASA- 4313.

Søknadsfrist 3. januar 2014.
For nærmere informasjon kontakt avdelingsleder for fysio/ ergoterapi Linda Müller. Telefon 66 10 84 03.

Fysikalsk Institutt, Puerto Rico, Gran Canaria

Bedrift innen fysioterapi, rehabilitering og omsorg er til salgs grunnet alder – jeg har drevet firmaet i mer enn 30 suksessfulle år, og ønsker nå som jeg er vel over 70 å bli pensjonist på heltid og la yngre og dynamiske nye eiere overta.

Det Skandinaviske Fysikalske Institutt – Centro Escandinavo de Fisioterapia S.L. (Cefi) – er et spansk registrert selskap med begrenset ansvar.

Formålet for Cefi er å gjennomføre behandligsopphold for norske pasienter i et varmt klima. Instituttet behandler også utenforliggende grupper og enkeltpasienter. Behandlingen dekkes etter HELFOs regelverk, og pasienter med full refusjon får behandlingen refundert i sin helhet.

Cefi leier to mindre leilighetsanlegg med til sammen hundre senger. Begge anlegg har oppvarmet basseng (34 gr. C.). Sesongen er fra oktober til april/mai. Instituttet sysselsetter 4-8 fysioterapeuter i sesongen.

For nærmere opplysninger og prospekt kontakt:
Brit Torp, fysioterapeut og daglig leder
Tlf: 00 34 607 58 23 12. E-post: brittorp2@gmail.com

Take a position
Aker Care – the future of employee healthcare

Aker Care is Aker Solutions' new employee healthcare service. It represents a major step-up in our endeavour to promote a healthy work-life balance, prevent injuries and illnesses, but also to examine and treat health issues that concern our employees.

The service is organised in three units: health promotion, occupational health and personal health.

In 2014, Aker Care services will be introduced at most of our sites in Norway through four regional health centres.

We are now recruiting healthcare personnel of various categories to join our team of 25 healthcare professionals. Personnel working within occupational health and personal health units will be employed by AktiMed Norge while those working with health promotion will be employed by Aker Solutions.

We need the following personnel at these Aker Care health centres:

Fornebu:
- **Health promoter** (12544)
- **Nutritionist** (12545)
- **Occupational psychologist** (12547)
- **Occupational health physiotherapist** (12546)
- **Centre manager** (12549)
- **Personal health physician** (12550)
- **Personal health psychologist** (12551)
- **Nurse** (12552)
- **Health secretary** (12553)

Stavanger:
- **Health promoter** (12519)
- **Occupational psychologist** (12541)
- **Occupational hygienist** (12525)
- **Occupational health physiotherapist** (12588)
- **Centre manager** (12527)
- **Personal health physician** (12542)
- **Personal health psychologist** (12530)
- **Nurse** (12543)

Bergen:
- **Health promoter** (12555)
- **Occupational health nurse** (12556)
- **Occupational psychologist** (12557)
- **Occupational hygienist** (12558)
- **Personal health physiotherapist** (12589)
- **Personal health physician** (12559)
- **Personal health psychologist** (12560)
- **Nurse** (12561)
- **Health secretary** (12562)

Trondheim:
- **Health promoter** (12563)
- **Occupational health physician** (12564)
- **Centre manager** (12565)
- **Personal health physician** (12566)
- **Personal health physiotherapist** (12567)
- **Nurse** (12568)

We are looking for ambitious people who are service-oriented, have good people skills, and who want to contribute developing a new type of occupational service.

For further information and to apply, please visit www.akersolutions.com/career.

Apply by: 10 January 2014

Aker Solutions provides oilfield products, systems and services for customers in the oil and gas industry world-wide. Aker Solutions brings together engineering and technologies for oil and gas drilling, field development and production. We employ about 28,000 people in more than 30 countries.

Visit Career at www.akersolutions.com

AkerSolutions™

Preferred partner

Oslo kommune
Bydel Grünerløkka

Schous Fysioterapi

Bydel Grünerløkka ligger midt i Oslo sentrum øst og har 50.000 innbyggere. Vi er 1.200 ansatte som forvalter bydelens felles møteplasser og yter tjenester innen helse, sosial og oppvekst.

Bydelen har gjennomgått store endringer de siste årene og kan karakteriseres ved: «Fra slitt til hipt, fra tett til tettere og fra stokk til barnevogn».

Bydelens visjon er: Bydel Grünerløkka – med omtanke for mangfoldet. Arbeidsmiljøet vårt skal speile at bydelen trives med forskjellighet og mangfold og at vi vektlegger dette sammen med utdanning og praksis.

Bydelen er en bydel der alle har like muligheter og samme rettigheter uavhengig av tro, kjønn, alder, seksuell orientering, funksjonsdyktighet og etnisk opprinnelse.

Fysioterapiavtale

Ved Schous Fysioterapi er det fra 1.1.14 ledig en 100% driftsavtale for fysioterapeut. Instituttet ligger sentralt i relativt nye lokaler i Schouskvartalet, Trondheimsveien 2 og det er tre 100% driftstilskudd tilknyttet. Det forutsettes at søker kjøper seg inn med en tredjedel i instituttfellesskapet.

Arbeidsoppgaver

- Det kreves allsidig erfaring fra generell fysioterapi og dokumentert kunnskap og erfaring innen psykisk helsearbeid.
- Vi søker etter en fysioterapeut med videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi. Bydelen har mange beboere med psykisk helse- og/eller rusproblemer, og minimum 7,5 t/uke skal brukes til personer det samarbeides om med bydelens tjenester. Erfaring med flerkulturelle brukergrupper vil vektlegges, samt personlig egnethet.

Kontaktinfo:

- Fysioterapeut Trine Rokne Vågen, tlf. 22 11 12 55, e-post: post@schousfysio.no
- Fysioterapeut Parviz Gholizad, tlf. 997 98 655
- Bydelsoverlege Finn Arne Bovim, tlf. 906 77 709, e-post: finn.bovim@bga.oslo.kommune.no

Referansenr: 1955693970. Søknadsfrist: 03.01.2014.

Søknad sendes elektronisk via http://www.ledigestillinger.oslo.kommune.no/

Bydel Grünerløkka
PB 2128, Grunerløkka
0505 OSLO

www.bga.oslo.kommune.no

Fysioterapeutens medieplan for 2014 er klar

Her finnes opplysninger om frister og utgivelser, tekniske opplysninger og priser.
Ta kontakt på fysioterapeuten@fysio.no og få den tilsendt eller gå inn på www.fysioterapeuten.no/Annonsere

En GULLVINNER...

Som virkelig bidrar til en lettere hverdag (ingen løft) og tryggere situasjoner for pasienten.

Produktet «**TRAM**» fra Rifton, har tre funksjoner i ett og samme produkt:

- Personløfter - forflytte sittende
- Fra sitte til opp og stå
- Ganghjelpemiddel med vektindikator som viser hvor mye pasienten belaster sin egen kropp ved gange.

TRAM er super for institusjoner, en til en produkt, dvs. én arbeider betjener en pasient uavhengig av pasientens vekt (maks 160 kg).

Se produktet og video på www.rifton.com/videos/

I USA i juni 2013 ble **TRAM** kåret til «Medical Design Excellence Awards Gold Winner».

ronda hjelpemidler

Tlf. 51 58 87 81. Epost: at@ronda.no

Montane – den komplette behandlingsbenk!

chattanooga™

Montane behandlingsbenker er designet med tanke på kvalitet, komfort, holdbarhet og brukervennlighet. Montane fra Chattanooga er en pålitelig behandlingsbenk som dekker dine behov og tilgjengelig "all inklusive".

NYHET 55 CM BREDDE

FLERE BENKER? VOLUM RABATT!

FUNKSJONER OG FORDELER:

- 2 - 3 - 5 eller 7 delt
- En kraftfull elektrisk motor som gir hurtig høydejustering mellom 49 og 101 cm
- Fotbøyle som gir enkel høydejustering er standard
- Sentrallås
- Dødmannsknapp mot uønsket bruk
- Slitesterk polstring
- Velg mellom 9 forskjellige farger

Gunstig leasing fra 387,-/måned

Alle priser oppgitt er eks. mva, frakt kommer i tillegg.

Det tas forbehold om endelig kredittgodkjennelse av SG Finans som må foretas i hvert enkelt tilfelle.

LEASING-PERIODE	Tatras	Atlas	Alps	Andes	Taurus, bobath benk	
	2 delt	3 delt	5 delt	7 delt	1 delt	2 delt
36 måned	597,-	636,-	687,-	751,-	781,-	910,-
48 måned	466,-	496,-	536,-	586,-	609,-	710,-
60 måned	387,-	412,-	445,-	487,-	506,-	590,-

chattanooga™ by DJO GLOBAL

Distribuert i Norge av: Altius Gruppen AS

www.altiusgruppen.no • info@altiusgruppen.no • tlf: 40 00 70 08

bransjeregisteret

Alere – din totalleverandør av fysikalsk utstyr

Alere AS, Pb. 93 Kjelsås, N-0411 OSLO
Tlf: 24 05 66 00. Fax: 24 05 67 80.
alere.no

Din totalleverandør innen fysioterapi og trening!

fysiopartner

Tlf: 800 FYSIO / 23 05 11 60 Fax: 23 05 11 70
salg@fysiopartner.com www.fysiopartner.no

rønda hjelpemidler

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

Tlf. 51 58 87 81 www.ronda.no

Komplett lasersortiment

Skanlab Laser™
808nm 100-500mW

Photonic 500
638nm/150mW + 810nm/500mW

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

Altius Gruppen "Behandlingsutstyr og forbruksmatriell"

Trykkbølge
Super pulsert laser
Biofreeze
3DRX
Behandlingsbenker
Elektroterapi
Kinesiotape
Ortoser
Treningsutstyr
Sirex treningsmatter

www.altiusgruppen.no

Ledig plass!

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

Din leverandør

Pulsert kortbølge
Curapuls 670

Manumed Optimal
5-delt elektrisk benk (225)

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

FYSIOETT by DJO GLOBAL

Du har kompetansen –vi har redskapene!
E-butikk
www.fysioett.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

Alltid oppdatert

Skanlab
SKANLAB AS

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

ErgoLine

Ergonomiske produkter på arbeidsplassen
www.ergo-line.com

Din Trykkbølge Partner

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

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

EXORLIVE how to move!

exorlive.com
Tlf: 22 54 08 70
For deg som lager treningsprogram til andre!

Fra pasient til medlem
www.qicraft.no/helse

Qicraft
training · equipment · solutions

Solid og prisgunstig utstyr

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

Vi gjør dagen din bedre

FOLLO FUTURA
T: 64 94 21 65 F: 64 94 21 31
info@follo-futura.no www.follo-futura.no

FOR OPPFØRING I BRANSJEREGISTERET, RING RANDI - 62 94 69 76 ELLER MAIL: RO@HSMEDIA.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.

DATAPRODUKTER

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

EXTENSOR
HELHETLIG PASIENTADMINISTRASJON
extensor.no
Leverandør av journalsystem

PHYSICA
ONLINE JOURNALSYSTEM
35 05 79 10
WWW.PHYSICA.NO

ProMed for Windows
PVF Programvareforlaget 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

TEST-, TRENINGSUTSTYR/HJELPEMIDLER

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

FOLLO FUTURA
Norges største produsent av fysikalske behandlingsbenker, MTT og rehabiliteringsutstyr
Tlf. 64 94 21 65 - Fax 64 94 21 31
info@follo-futura.no - www.follo-futura.no

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

kimamed
ortoser og hjelpemidler
Tlf. 75 50 74 30
www.kima.no

www.KKTape.no

bransjeregisteret

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

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

Stilling ledig

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!

Priser:

Liten modul, 57x20
11 utgaver: kr. 6.000

Medium modul, 57x30
11 utgaver: kr. 7.900

Stor modul, 57x40
11 utgaver: kr. 10.000

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

2014

Fysioterapeutens medieplan for 2014 er klar

Her finnes opplysninger om frister og utgivelser, tekniske opplysninger og priser.

Ta kontakt på fysioterapeuten@fysio.no og få den tilsendt eller gå inn på www.fysioterapeuten.no/Annonsere

kalender

JANUAR

14.-16. Drammen
Arbeid og helse – Åpen arena 2014
Arr.: Rehabiliteringssenteret AiR
Info: www.air.no

20.-22. Trondheim
REHAB-2014
Arr.: Faglig forum for helse- og sosialtjenesten, FFHS
Info: www.fagligforum.no

22. Oslo
Fagdag: Skader/frakturer i albueledd
Arr: Rikshospitalet
Info: Åsa Axelsson, saxe@uus.no

FEBRUAR

10.-11. Elverum
Åpningskonferanse
Arr.: Hernes Institutt
Info: www.hernesinstitutt.no

12.-14. Bodø
Ledersamling for fysioterapiledere i spesialist og i kommunehelsetjenesten

13.-14. Oslo
2. Nasjonale konferanse om hjertet og hjernen
Info: www.hjertetoghjernen.no

MARS

5.-6. Bergen
Tverrfaglig brannskadekurs
Arr.: Den norske legeforening
Info: http://legeforeningen.no

APRIL

2.-4. Bergen
3. Nasjonale tverrfaglige Nakke- og Ryggdagene
Arr.: NFFs faggruppe for manuellterapi med flere
Info: www.nakkeogrygg.com

3. Oslo
Kollegasamling for manuellterapeuter
Arr.: Manuellterapeutenes Servicekontor
Info: www.seminar2014.no

4.-6. Oslo
Tverrfaglig seminar for manuellterapeuter, fysioterapeuter, leger og annet helseersonell
Arr.: Manuellterapeutenes Servicekontor
Info: www.seminar2014.no

3.-5. Halvorsbøle
Stressmestringskurset Arbeid og avspenning
Arr.: Fagakademiet i samarb. Med Acem og Norsk Yogaskole
Info: www.fagakademiet.no og www.acem.no

MAI

7.-9. Linköping, Sverige
3. nordiske konferansen om arbeidsrettet rehabilitering
Arr.: National Centre for Work and Rehabilitation og HELIX Vinn Excellence Centre, Linköping University, Sverige
Info: http://www.liu.se/workrehabilitation?l=sv

2015

MAI

1-4. Singapore
Verdenskongressen for fysioterapeuter
Arr: WCPT, World Confederation for Physical Therapy
Info: http://www.wcpt.org

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 2014
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 - 2014
For bestilling av stillings- og kursannonser, kontakt fysioterapeuten@fysio.no

Stillingsannonser:
Per sp. mm.: Kr. 43.
Spaltebredde: 88 og 180 mm.
10 % rabatt ved 2. gangs innrykk av samme annonse i påfølgende nummer ved samlet bestilling.
Byråprovisjon: 3,5 prosent.

Møter og kurs:
Møter og kurs hvor NFFs interessegrupper, avdelinger, faggrupper (ikke enkeltmedlemmer) står som arrangør: gratis.
Møter og kurs hvor andre utenom NFF står som arrangør:
Per sp. mm.: Kr. 32.
Spaltebredde: 88 og 180 mm.

Internett:
Stillingsannonser kun på nett: Kr. 4.200.
Kursannonser kun på nett: kr. 3.200.
Alle priser er ekskl. moms.

FRISTER 2014

Nr.	Frist kursann./ debattinnlegg	Annonsefrist stilling ledig	Utgiv. dato
1	16/12	19/12	24/1
2	20/1	24/1	14/2

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

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

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

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-Trykk AS

AlfaCare

Kurskalender 2014

10. - 11. januar	Kinesio Taping Trinn 2	Molde
17. - 18. januar	Kinesio Taping Trinn 1	Fredrikstad
31. jan - 1. feb	Kinesio Taping Trinn 1	Bergen
7. - 8. februar	Kinesio Taping Trinn 1	Gjøvik
14. - 15 februar	Kinesio Taping Trinn 1	Haugesund
28. feb - 1. mars	Kinesio Taping Trinn 2	Oslo
28. feb - 1. mars	Kinesio Taping Trinn 2	Trondheim
7. - 8. mars	Kinesio Taping Trinn 2	Bodø
7. - 8. mars	Kurs i FT Coach	Oslo
14. - 15. mars	Kinesio Taping Trinn 2	Bergen
28. - 29. mars	Kinesio Taping Trinn 1	Grenland
28. - 29. mars	Kinesio Taping Trinn 1	Oslo
25. - 26. april	Kinesio Symposium	Oslo
9. -1 0. mai	Kinesio Taping Trinn 1	Oslo
23. - 24. mai	Kinesio Taping Trinn 1	Alta
6. - 7. juni	Kinesio Taping Trinn 3	Oslo

For mer informasjon og påmelding se: www.alfacare.no/kurs

Dr. Kenzo Kase er grunnleggeren av Kinesio Taping Metoden. AlfaCare er i Norge den eneste offisielle arrangøren av kurs i Kinesio Taping etter Kenzo Kase's metode.

FT Coach

Internasjonal sertifisering for funksjonell trening

Kurs i Oslo 7. - 8. mars 2014
Konseptet er rettet mot trenere, personlige trenere og fysioterapeuter som ønsker å bli kjent med de spesifikke karakteristikkene av funksjonell trening og forbedre sine kunnskaper. Grunnleggende kunnskaper i anatomi, fysiologi, kinetikk og biomekanikk er nødvendig. Kursets varighet er 12 timer.
Instruktører er:
Panos Pantas, Rebody – Barcelona og Jan Erik Søvig, AlfaCare AS

AlfaCare

AlfaCare AS
Heddalsveien 11
Bygg 140
3674 Notodden

Tlf: 35 02 95 95
Faks: 35 02 95 99
post@alfacare.no
www.alfacare.no

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

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

PVF Programvare forlaget AS
Telefon: 22627240 E-post: post@pvf.no

ProMed for Windows
C Corpus
ConTroll

Send oss en e-post med din kontaktinformasjon, og benytt kodeord:
JULENISSEN
Send til post@pvf.no innen 31. januar og motta kr. 500,- rabatt ved kjøp av ett av våre produkter!

Vi takker alle våre samarbeidspartnere og kunder for et fint år, og ønsker alle en riktig god jul samt et godt nytt år!

PhysioTools
infopad
EXORLIVE how to move!
BODY EXAMINATION
melin medical time to treat
obc the online backup company
unisoft
Ødegaard H. Ødegaard & Co. AS, Grensesvingen 7, 0661 Oslo
CollEctio AS ...får jobben gjort!
eurobate
buypass securing transactions
microlog