# muskel & skjelett

Nummer 1/2007 22. årgang
Utgiver: Manuellterapeutenes Servicekontor

Vellykket manipulasjons-kurs i Drammen
Side 8

Hva vet du om smerte?
Side 10

# 10 millioner til forskning på nakkerehabilitering

Se side 14-15

ProMed®
– dagens programvare

# Programvareforlaget gratulerer vinneren av Muskel&Skjelettprisen 2007!

# Vi takker manuellterapeutene for de 12 årene vi allerede har samarbeidet!

Tidene forandrer seg og kravene til terapeut og programvareutvikler endres og øker.

## Vi har derfor:

- Kjøpt og integrert LEGIO kostnadsfritt i vår Express Oppgjørs-modul. Dette medfører at man kan sjekke sitt oppgjør mot myndig-hetenes kontrollverktøy, før innsendelse av oppgjør. (Dette kan gjøres uavhengig av om man sender oppgjøret på papir eller elektronisk).

- Utvidet og ferdigstilt ny statistikkgenerator i ProMed.

- Laget ny versjon med frisk og ny layout.

- Klargjort ProMed for kommunikasjon med:
  - Helse Trygd Postkassen (EDI) for å kunne motta prøvesvar elektronisk.
  - SMS sendinger fra egen mobil eller via Web (varsle pasienter om timer).
  - Xledger og Intellicount (web basert regnskapsprogrammer).
  - Kasse og bankterminaler.
  - Henvisninger og sykemeldinger

- Tilpasset ProMed slik at vi tilfredsstiller den nye bokføringsloven.

# Det er i dag over 4.000 brukere av ProMed. Ta kontakt med oss dersom du ikke allerede er bruker!

PVF Programvare forlaget AS
Programvareforlaget AS Boks 150 Oppsal 0619 Oslo
Tlf 22 62 72 40 Faks 22 62 73 68 info@pvf.no www.pvf.no

# Mars

**5.-7. Oslo.** Kurs i trygdefaglige emner for nye manuellterapeuter. Arr.: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. For info: www.manuellterapeutene.org/nyheter/09012007.html

**15. Royal Garden, Trondheim.** Kollebasert veiledningsseminar for manuellterapeuter. Kl. 10-16. Se www.manuellterapi.no > kurs/seminarer > veiledningsseminar.

**15. Royal Garden, Trondheim.** Generalforsamling i Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor. Kl. 16.30.

**16.-18. Royal Garden, Trondheim.** Nakkesmerter med vekt på nakkesleng og cervicobrachialgi – utredning og behandling. Tverrfaglig seminar for manuellterapeuter, fysioterapeuter, leger, kiropraktorer og andre interesserte. Utdeling av Muskel Skjelett-prisen 2007.

Arr.: Manuellterapeutenes Servicekontor i samarbeid med Nasjonalt senter for spinale lidelser, Nasjonalt Ryggnettverk, formidlingsenheten og Muskel Skjelett Tiåret. Påmelding og program: www.manuellterapi.no > kurs/seminarer > seminar 2007.
For info: seminar@manuellterapi.net.

**23.-27. Queenstown, New Zealand.** «The evidence mounts». 10th International Conference in Mechanical Diagnosis and Therapy. Påmeldingsskjema: http://www.mckenzie.se/download/2007reg_of_interest.pdf

# April

**11.-13. Oslo.** Det asymmetriske spedbarnet – hva kan vi gjøre? Teoretisk innføring i hvordan asymmetri kan oppstå. Karin Ritter, Dinkelsbühl/Tyskland. Arr.: Ute Imhof/Barneklinikken. For info: www.kiss-kidd.no

**17.-19. Oslo.** Kurs i arbeidsrelaterte muskelskjelettplager. Arr.: Statens arbeidsmiljøinstitutt. Info: www.stami.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=3163

**20. og 21. Oslo.** Årlig møte i Norsk forening for ryggforskning. Påmeldingsfrist: 30. mars 2007 Påmelding sendes Jeanette Larsen, jl@nycomed.com

**27. Oslo.** Torticollis – en funksjonsforstyrrelse i cervical columna. Foreleser: Dr. med, spesialist i allmenn- og manuell medisin Robby Sacher, Dortmund, Tyskland. Arr.: Ute Imhof/Barneklinikken. Info og påmelding: www.kiss-kidd.no/index.php/site/kurs/kurs_om_torticolis_april_2007.

**28. Oslo**. Oppfølgingskurs i KISS-KIDD for manuellterapeuter. Med dr. med, spesialist i allmenn- og manuell medisin Robby Sacher. Arr.: Norsk Manuellterapeutforening/Interessegruppa for barnemanuellterapi. For info: www.manuellterapeutene.org > kurs.

# Mai

**7.-9. Aalborg, Danmark.** IASP research symposium: Fundamentals of musculoskeletal pain. Info: www.smi.hst.aau.dk/events/IASPResSym2007/

# Juni

**2.-6. Vancouver, Canada.** Moving Physical Therapy Forward. Internasjonal kongress for fysioterapeuter. Arr.: Word Confederation for Physical Therapy, WCPT. Info: www.wcpt.org/congress

**25.-27. Stockholm, Sverige.** 2nd international conference on cervicogenic headache and whiplash, Stockholm. Info: www.med.uio.no/ulleval/forskning/whiplashheadache/index.html

## Agenda

Oversikten over arrangementer er ikke fullstendig. Tips oss om aktuelle kurs, kongresser og seminarer, slik at agendaen blir mest mulig oppdatert. Kontakt redaksjonen, tidsskrift@manuellterapi.no. Tlf.: 913 00 403.

# Behandlingsbenk!

**Fysiocouch er resultatet av 15års erfaring med behandlingsbenk. Nytenkende design kombinert med velprøvde løsninger gir deg en partner i mange år fremover**

Priser fra
kr. 525,-
Pr. mnd.*

**En velfungerende benk er sentralt i fysioterapeutisk behandling. Et nyutviklet system for høydejustering kombinert med hydraulisk puteregulering gir deg en meget effektiv og fleksibel benk.**

* Forutsetter godkjent finansiering. Tilbudet gjelder ut februar 2007.
Mva og frakt tilkommer
Se også vår nye hjemmeside hvor du kan finne mer informasjon om benken: www.fysiopartner.com

Fysiopartner
Treschowsgt. 0477 Oslo
Tlf 23 05 11 60
Fax 23 05 11 70
www.fysiopartner.com

muskel & skjelett

# Innhold

## Vil du være manuellterapeut?

Gjennom et halvt århundre, fram til i fjor, var manuellterapeuten legens assistent. Legen utredet, diagnostiserte og satte i gang behandlingsopplegg. Hvis legen trengte hjelp – og det skjedde jo rett som det var – henviste han til manuellterapeut. Det var en egen henvisningsordning der legen krysset spesielt av for manuellterapi på blanketten. Det ble henvist både til utredning og behandling, men legen var sjefen og manuellterapeuten assistenten. Så å si 100 prosent av manuellterapeutenes pasienter ble rekruttert via legen.

Fortsatt fins det leger som henviser til manuellterapi. Men etter hvert som de gamle rekvisisjonsblokkene med avkrysningsmulighet for manuellterapi forsvinner, vil henvisningene stoppe opp. De manuellterapeutene som ikke innretter praksisen etter den nye virkeligheten, ender opp med å miste pasienter. Alternativt kan de fortsette å behandle pasienter som fysioterapeut på legerekvisisjon og på den måte «ta» pasienter fra andre fysioterapeuter. Dette vil i tilfelle ikke være i tråd med intensjonen i den nye primærkontaktordningen, og ikke bidra til at de totale sykmeldingstallene går ned.

To primærkontaktveteraner, Jostein Ellingsen og Svein Erik Fredriksen, formulerer det slik: «Å fungere som primærkontakt er noe man må ville. Det kommer ikke av seg selv fordi Stortinget har gjort et vedtak!» Se side 25-28.

Espen Mathisen


3 Kurskalender

5 Leder
Innholdsfortegnelse

6 Første masterkull i mål

7 Prediktorer for manipulasjon ved nakkesmerter

8 Vellykket kurs i Drammen

9 Barnemanuellterapeuter kurser og organiserer seg

10 Hva vet du om smerte?

11 Immunologi og psykonevroimmunologi

12 Psykososial intervensjon uten effekt

13 Lovende resultater med fysisk aktivitet på resept

14 Undersøker effekt av nakkerehabilitering

15 – Viktigste tiltak hittil

16 Tverrfaglig seminar: Nakkesmerter med vekt på nakkesleng og cervicobrachialgi

18 Behandling av tennisalbue

19 Innføringen av manuellterapi i Norge, Norden og internasjonalt

23 Tidsbruk og praksis i manuellterapi

24 Rolf Lauvik til minne

25 Primærkontaktrollen

26 Informasjon og tilgjengelighet. Intervju med Jostein Ellingsen og Svein Erik Fredriksen

**Muskel&Skjelett**

**Utgiver**
Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor BA
Boks 797, 8510 Narvik
*servicekontor@manuellterapi.net*

**Ansvarlig redaktør**
Espen Mathisen
Nabbetorpveien 138
1636 Gml Fredrikstad
*tidsskrift@manuellterapi.no*
tlf.: 913 00 403

**Redaksjonskomite**
Geir Renolen
*gr@manuellterapi.net*
tlf.: 66 85 31 20 (a)

Trine Torvund
*tt@manuellterapi.net*
tlf.: 458 88 029

Bjørn Runar Dahl
*brd@manuellterapi.net*
tlf.: 922 59 017

**Annonser**
Hedevig Paus, tlf.: 23 26 56 07
e-post: *hedevig.paus@nimi.no*

**Abonnement**
Tidsskriftet sendes ut fire ganger i året til medlemmer av Manuellterapeutenes Servicekontor. Medlemmer av Unge Fysioterapeuters Fellesskap får bladet gratis tilsendt i 2007.
Andre kan tegne årsabonnement for 150 kroner.

**Trykk**
Hestholms trykkeri
ISSN 1503 6588

**Opplag**
1.000 eksemplarer

**Neste nummer**
21.5.2007 Frist for innlegg: 15.4.2007

**Internett**
Les flere saker om muskel og skjelett på *www.manuellterapi.no*

## Nytt kull i gang

Det andre kullet med masterstudenter i manuellterapi i Bergen startet i januar og vil bli ferdige høsten 2008. Det er:
Anders Henry Ødegaard
Are Blindheim
Arnar Sveinsson
Bente Rogstad Bente
Cathrine Olsby
Eldrid Natvig
Geir Talgø
Gregor Monsen
Hilde Gjelsvik
Jørn Einar Bjørnås
Kyrre Tveit
Lennart Bentsen
Margareta Endresen
Marit Skogstad Rønningen
Marius Finsæther Øksenvåg
Neelam Rani Verma Bhatia
Nina Aasen
Odd Snerthammer
Peder Sahlin
Roar Syltebø
Runar Jenssen
Thomas Ødegård
Tor Erik Berg
Torgeir Haugen

## Øvelser for dype magemuskler

Det er god dokumentasjon for at øvelser rettet mot de dype muskelfibrene er effektivt (1) for å redusere tilbakefall hos pasienter som har sin første episode med korsryggsmerter (Hide et al., 2001), (2) i behandlingen av pasienter med radiologiske funn med hensyn til spondylolyse og spondylolistese (O'Sullivan et al., 1997) og (3) som en komponent i multimodale behandling av pasienter med kroniske korsryggsmerter (Moseley, 2002). Det er konklusjonene i en reviewartikkel om de lumbale multifidene som David Mac Donald og medarbeidere har skrevet.

*MacDonald D, Lorimer Moseley G., Hodges P.: The lumbar multifidus: Does the evidence support clinical beliefs? Manual Therapy, 11 (2006) 254-263*

# Første masterkull i mål

Det første kullet med masterstudenter i manuellterapi er uteksaminert.

Tidligere har manuellterapiutdanningen ved Universitetet i Bergen vært en videreutdanning for fysioterapeuter. Kullet som gikk ut ved årsskiftet er dermed de første manuellterapeutene med masterutdanning fra norsk universitet.

**Lovord**
Det første masterkullet ble behørig feiret med en markering før jul. Seksjonsleder og professor Elisabeth Ljunggren minnet om forhistorien til studiet. I 1999 kom den daværende Faggruppen for manuellterapi til Seksjon for fysioterapivitenskap og la fram ønsket om en manuellterapiutdanning i Bergen. Ljunggren trakk fram Jostein Ellingsen, Sven Fredriksen og Anne Marit Mengshoel som ildsjeler i arbeidet med å stable en fag- og undervisningsplaner på beina. Ljunggren sendte også en takk til Fond til etter- og videreutdanning som bidro med midler til utredning og til det første kullet som startet i januar 2001.

**Alle har bestått**
Universitetet i Bergen tok inn sitt første prøvekull til videreutdanning i manuellterapi i 2001. Det spesielle er at ingen studenter har sluttet, og alle har kommet gjennom studiet på normert tid.

**Stor interesse**
Manuellterapistudiet har hatt mellom 80-100 søkere til de 20 studieplassene som utlyses annethvert år. De som kommer inn er i gjennomsnitt 32 år og 60 prosent av dem er menn.

– Noe av årsaken til at studiet er så populært er nok at studiet fører til at man blir utdannet til primærkontakt for pasienter med muskel- og skjelettplager, sier studieleder Alice Kvåle til UiB-avisen På Høyden. ❑

***Manuellterapeuter med mastergrad fra Universitetet i Bergen:*** *Asta-May Flekke, Paal Sneve, Nemat Arabibaf, Siv Byberg, Tone Haukalid, Dag Myklestad, Åshild Mønsås, Ale Poorkand, Kjetil Berthelsen, Inger Mona Kampenhaug, Anne-Marit Haugen, Gisle Morken, Jose H. Haghighi, Robert Langli, Carl Are Simensen, Serrianne Homme Fjellheim, Stig Almås, Øyvind Grubstad, Koen Smeding, Åge Rise, Hans Atle Svenheim, Olav Søreide, Odd Georg Beldo og Einar Jørgen Kulvik.*

# Prediktorer for manipulasjon ved nakkesmerter

Yuh-Liang Tseng og medarbeidere har undersøkt hvilke faktorer som predikerer at manipulasjon ved nakkesmerter fører til umiddelbart vellykket resultat.

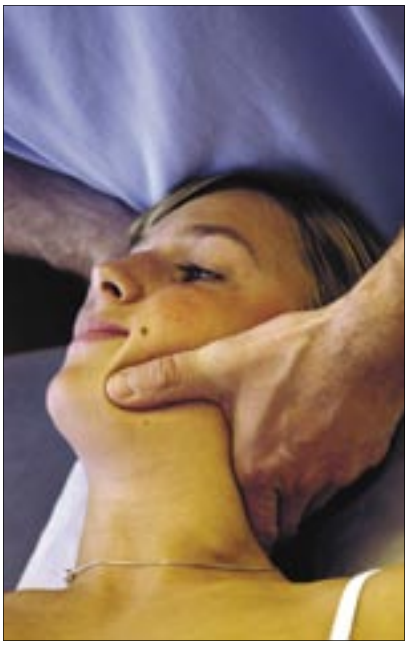
100 pasienter (34 menn, 66 kvinner, gjennomsnittsalder 46±11 år) deltok i studien. Alle ble undersøkt med hensyn til symptomer, smerte, funksjon, demografi og fysikk. Deretter ble de behandlet en gang med manipulasjon. Behandlingssesjonen varte vanligvis 5-10 minutter. Ulike analyser ble gjennomført for å finne hvilke faktorer som sterkest var forbundet med umiddelbart vellykket resultat. Resultatene viste at

1) score på <11,5 på Neck Disability Index,
2) smerter på begge sider av nakken,
3) ikke stillesittende arbeider mer er enn fem timer per dag,
4) å føle seg bedre etter å ha beveget nakken,
5) å ikke føle seg verre når nakken strekkes/bøyes,
6) diagnosen spondylose uten radiculopati,

var prediktorer for vellykket resultat.

Hvis fire eller flere av prediktorene opptrådte sammen, var sjansen for vellykket resultat 89 prosent.

*Yuh-Liang Tseng et al.: Predictors for the immediate responders to cervical manipulation in patients with neck pain. Manual Therapy 11 (2006) 306-315.*



***Nakkesmerter.*** *Forskere fra Taiwan har kartlakt prediktorer for umiddelbart vellykket utfall av manipulasjon ved nakkesmerter. Foto: Espen Mathisen*

# Nye medlemmer av redaksjonsutvalget

Muskel&Skjelett har fått nytt redaksjonsutvalg. Det er Bjørn Runar Dahl (manuellterapeut ved Skippergata Institutt i Halden og i Fredrikstad FK), Trine Torvund (manuellterapeut ved Oppsal fysikalske institutt, Oslo og FysioAktiv i Bærum) og Geir Renolen (manuellterapeut ved Nesbru Fysikalske Institutt i Asker).

*Bjørn Runar Dahl (tv), Trine Torvund og Geir Renolen*

## Årlig møte i Norsk forening for ryggforskning

Norsk forening for ryggforskning inviterer alle klinikere og forskere med interesse for rygg og nakke til møte 20. og 21. april 2007. Møtet går av stabelen på Thon Hotel Opera i Oslo, like ved Oslo sentralstasjon. Programmet har følgende hovedtemaer:

- De nye norske retningslinjene for behandling av kroniske korsryggsmerter
- Øvelsestiltak for rygg- og nakkelidelser: Hva kan anbefales?
- Undervisningstiltak for rygg- og nakkelidelser: Hva sier litteraturen om ryggskoler, korte informasjonstiltak («brief education») og kognitive tiltak?
- Subklassifisering: Klinisk betydning?
- Nyere forskning: Degenerative skivelidelser. Har en nærmere klassifisering etter Modic changes noen klinisk betydning?

Påmeldingsfrist: 30. mars 2007
Påmelding sendes Jeanette Larsen, jl@nycomed.com

## Ikke mer sykdom, men mer sykefravær

Folk var ikke mer syke i 2003 enn i 1996. Likevel steg sykefraværet med 65 prosent. Camilla Ihlebæk, Søren Brage og Hege Eriksen har undersøkt om økningen sykefraværet i perioden 1996-2003 har sammenheng med økte selvrapporterte plager i befolkningen. Resultatene viser at det er lite samsvar mellom forekomsten av helseplager og sykefravær. Forekomsten av rapporterte plager var stabil gjennom hele perioden, men sykefraværet økte. Forskerne konkluderer med at økningen i sykefraværet 1993-2003 ikke kan forklares med økte helseplager i befolkningen i samme periode. Økningen skyldes sannsynligvis endringer i arbeidslivet og endrete helseforventninger.

*Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003.*

## Dansk rapport anbefaler mindre bruk av røntgen

Senter for Evaluering og Medisinsk Teknologivurdering i Danmark mener pasienter med uspesifikke korsryggplager bør informeres bedre om effekt og risiko ved røntgenundersøkelser. En endring av henvisningspraksis vil også spare samfunnet for penger. Allmennpraktiserende leger og kiropraktorer i Danmark reduserte henvisningene til røntgen ved uspesifikke ryggsmerter i perioden 1998-2003. I perioden 2003-2004 økte antallet igjen, og fortsatt henvises det for mye, mener senteret. Manuellterapeuter i Danmark har – i motsetning til i Norge – ikke rett til å henvise til røntgenundersøkelse. Bakgrunnen for de danske konklusjonene er en gjennomgang av internasjonale studier og retningslinjer som viser at personer i alderen 20-49 år bare bør røntgenundersøkes dersom det foreligger «røde flagg-problematikk». Senteret finner ikke belegg for automatisk å henvise til røntgen etter en viss periode. 12 av 13 eldre retningslinjer anbefaler likevel at pasienten henvises til røntgenundersøkelse etter seks uker.

*Kilde: Røntgenundersøkelse af lænderyggen hos 20-49-åringer henvist fra primærsektor, 30.november 2006. Senter for Evaluering og Medisinsk Teknologivurdering.*

## – Generell fysisk trening ikke effektiv ryggbehandling

Ikke-spesifikk fysisk trening ved korsryggsmerter har ingen effekt på smerteintensitet eller sykefravær, konkluderer svensk studie.
790 personer som oppsøkte behandling for lave korsryggsmerter, deltok i kohorte-studien som gikk over fem år. Det ble ikke foretatt noe subgruppering av forsøkspersonene.

*Kilde: Mortimer M. et al.: Low back pain in a general population. Natural course and influence of physical exercise – a 5-year follow-up of the Musculoskeletal Intervention Center-Norrtälje Study*

# Vellykket kurs i moderne manipulasjonsteknikker

*Kursleder Øyvind Segtnan demonstrerer cervical manipulasjonsteknikk.*

Manuellterapeutenes Servicekontor arrangerte et vellykket kurs i moderne manipulasjonsteknikker i Drammen i november. 35 manuellterapeuter, både nye og gamle, deltok.

Temaer på kurset var moderne manipulasjonsteknikker. Kurslederne Jostein Ellingsen og Øyvind Segtnan innledet om palpasjon og innstillinger for manipulasjon, oppbygging av barrieren for manipulasjonsgrep i midtstilling, cervicale, lumbale og thorakale manipulasjonsteknikker, fra famlende primærkontakt til «sjef», klinisk anvendelse av manipulasjonsgrepet, fokusteknikker. Etterpå var det praktisk trening på hverandre, under veiledning av kurslederne.

**Positive tilbakemeldinger**
Kommentarene til kurset fra deltakerne har vært positive. En deltaker sier:

– Dette var et skikkelig knall kurs, som jeg kan anbefale på det varmeste. Forholdsvis enkle teknikker med høy suksessrate og ikke minst veldig matnyttig for bruk på små og store pasienter Håper det blir et oppfølgningskurs med lignende tema og ikke minst lignende engasjerte kursledere om ikke alt for lenge.

En annen sier:

– Jeg benyttet tidligere flere teknikker hvor suksessraten var så mager at jeg for egen selvfølelse og de stakkars lidende på benkens skyld, la dem på hylla. Etter kurset har jeg kjørt på med både nye fokusteknikker og andre tidligere kjente med friskt mot. Når det så lykkes med å få det til å «smelle» der det tidligere var stilt som i grava, må man jo ta seg selv i å ikke feire som etter et seiersmål i cupfinalen. Marsordren fra kurslederne var klar: Prøv den teknikken du kan dårligst. Hvis det mislykkes, kan du ta frem en bankers. Nyttig tips om det å være primærkontakt fikk vi også med oss. Noen nord-norske historier fikk vi også med på kjøpet!

**Fremtidige kurs**
Dette var det andre manipulasjonskurset i regi av Servicekontoret. Det første ble arrangert i samarbeid med Segtnan i Mosjøen i mai.

Deltakelsen på kursene har vært så stor at Servicekontoret vurderer flere slike kurs. ❑

# Barnemanuellterapeuter kurser seg

Mange manuellterapeuter deltok på kurs med Bjørn Helgar og Interessegruppen for barnemanuellterapi (BMT) nylig. BMT har nå cirka 30 medlemmer. Nye kurs er under planlegging.

Den 12. og 13. januar arrangerte Bjørn Helgar (bildet) i Norsk Manuellterapeutforenings interessegruppe for barnemanuellterapi (BMT) et kurs i diagnostisering og behandling av dysfunksjoner i de øvre nakkeledd, populært kalt KISS-KIDD.

Forelesere var som i fjor nederlenderne Eric Saedt og Peter Theunissen, foruten Bjørn Helgar. 32 engasjerte kolleger fikk en grundig og interessant teoretisk og praktisk innføring i KISS-KIDD- problematikken. Fem barn ble også undersøkt og behandlet av foreleserne.

Fredag kveld avholdt interessegruppen et møte. Flere nye ble notert på medlemslista, som nå inneholder rundt 30 navn.

Bjørn Helgar og Erik Aarum i BMT forteller at dr. Robby Sacher vil avholde et kurs med norske manuellterapeuter lørdag 28. april. Dagen før foreleser han for en tverrfaglig forsamling om KISS-KIDD. Mer enn 20 personer forhåndspåmeldte seg i løpet av helgen. ❑

*Bjørn Helgar og Interessegruppa for barnemanuellterapi arrangerte kurs i undersøkelse og behandling av dysfunksjoner i de øvre cervicalleddene, også kalt KISS-KIDD. Foto: Erik Aarum*

# Nye satser for erklæringer

Satsene for «Honorartakster for legeerklæringer» ble hevet med 3,8 prosent fra og med 1. januar 2007. Stortinget har i statsbudsjettet for 2007 lagt inn bevilgning for å prisjustere satsene for legeerklæringer. NAV informerer om at satsene for «Honorartakster for legeerklæringer» skal heves med 3,8 pst., avrundet til nærmeste hele krone. De nye satsene gjelder fra og med 1. januar 2007.

For manuellterapeuters bruk av L-takster, se www.manuellterapi.no/default.aspx?nid=784

Her er de reviderte satsene:

| Takst | 1.1.2006 | 1.1.2007 |
|---|---|---|
| L1 | 12 kr | 12 kr |
| L4 | 53 kr | 55 kr |
| L8 | 104 kr | 108 kr |
| L10 | 131 kr | 136 kr |
| L15 | 196 kr | 203 kr |
| L25 | 326 kr | 338 kr |
| L30 | 392 kr | 407 kr |
| L40 | 523 kr | 543 kr |
| L90 | 1176 kr | 1221 kr |
| L120 | 1568 kr | 1628 kr |
| L180 | 2353 kr | 2442 kr |

# Hva vet *du* om smerte?

Liten kunnskap om smertefysiologi og -mekanismer hos behandlere og undervurdering av pasienters evne til å oppfatte slik kunnskap, hindrer ny forståelse av kroniske smerter.

*Artikkelen er tilrettelagt av Geir Renolen, gr@manuellterapi.net*

Det hevder den australske forskeren Lorimer Mosely i artikkelen *Unraveling the Barriers to Reconceptualization of the Problem in Chronic Pain: The acutal and Perceived Ability of Patients and Health Professionals to Understand the Neurophysiology. (The Journal of Pain Vol 4, No 4 May 2003).*

Han har undersøkt hva behandlere og pasienter vet eller er i stand til å tilegne seg av viten om smerte. En gruppe pasienter og en gruppe behandlere fra ulike profesjoner fikk tre timers opplæring om temaet, mens en annen gruppe pasienter og behandlere ikke fikk det. Resultatene viste at behandlere med opplæring klarte å svare på flest spørsmål om smerte, dernest kom pasienter med opplæring, behandlere uten opplæring og til slutt pasienter uten opplæring. Mosely peker på at behandlere uten opplæring kan mindre om smertesammenhenger enn pasienter som har fått noe opplæring. Å lære opp noen som vet mer om et tema enn deg selv, kan være rimelig vanskelig. Det er heller ingen grunn til å undervurdere pasientene når det gjelder å tilegne seg denne typen kunnskap: Opplæring nytter.

Nederst noen av de spørsmålene forsøkspersonene i Moselys undersøkelse ble utsatt for. Klarer du å finne riktige svar? Løsning fins på neste side!

1. Pasienter er i stand til å forstå smertens nevrofysiologi, men helsepersonell tror ikke pasienten kan det.
2. Helsepersonell vet ikke nok om temaet til å undervise pasienten.
3.Etter tre timers kurs besvarer pasienten oppgavene bedre enn helsepersonell uten kurs.
4. En smertespesialist besvarer 95% riktig, helsepersonell 53% (begge uten tre timers kurs).
5. Generelt er ikke smerteundervisning en del av behandlingen og dette er et problem.

| |
|---|
| 1. Nervereseptorer virker slik at det åpnes ionekanaler i veggen på nerven? |
| 2. Når deler av kroppen din er skadet vil spesielle smerte reseptorer videreføre signalet til hjernen? |
| 3. Ved kroniske smerter vil sentralnervesystemet bli mer sensitiv til nocisepsjon? |
| 4. Opplevelse av smerte er omtrent lik antall signaler fra nociseptorer? |
| 5. Nerver adapterer ved å øke hvilepotensialet? |
| 6. Kroppen forteller hjernen når vi har smerte? |
| 7. Hjernen sender beskjeder ned medulla som kan øke smerteopplevelsen? |
| 8. Kronisk smerte betyr at skaden ikke er tilhelet? |
| 9. Hjernen bestemmer når du opplever smerte? |
| 10. Jo verre skade, desto mer smerte? |
| 11. Nerver kan adaptere ved å lage flere ionekanaler? |
| 12. Vil miljøet du befinner deg i når du blir skadd ha noe å si for smerteopplevelsen? |
| 13. Nerver adapterer ved at ionekanalene står åpne lenger? |
| 14. Er det mulig å ha smerte og samtidig ikke vite om det? |
| 15. Inhiberende signaler fra hjernen er regnet som 60 ganger mer potent enn det sterkeste morfinpreparat? |
| 16. Nerver må ha en forbindelse til kroppsdelen for at vi skal kjenne smerter? |
| 17. Når du blir skadd kan kjemikaler i vevet gjøre det mer sensitivt? |
| 18. Hvis vi opplever en hendelse som minner om skadeøyeblikket, så er det vanlig at hjernen kan kjenne akkurat samme smerte? |
| 19. Ved kroniske smerter kan stresshormoner direkte aktivere nociseptive input? |
| 20. Smerteopplevelse i en kroppsdel har noe å si for propriosepsjon av samme område? |
| 21. Ved kronisk smerte kan hjernen etter hvert oppleve smerte på motsatt kroppsdel. |
| 22. Smerte kan sammenlignes med følelser som glede, sorg eller amorøsitet som er tolkning av elektriske signaler avhengig av kultur og miljø? |

# Immunologi og psykonevroimmunologi

Leslie Alford ved University of East Anglia, England mener utviklingen av medisinske fagfeltene immunologi og psykonevroimmunologi er relevant for manuellterapeuter.

I en kommentarartikkel i Manual Therapy peker han på at immunologi og den nær beslektede psykonevroimmunologien (PNI) har betydning for andre medisinske områder. PNI omhandler sammenhengen mellom sentralnerve-, immun- og endokrinsystemet. Grunnlaget for PNI er at man kan observere at psykologiske faktorer spiller en rolle i utviklingen av mange tilstander som har med helse- og sykdom å gjøre. Alford viser til Kiecolt-Glaser et al. (2002) som hevder at psykologiske prosesser griper inn i hvordan immunsystemet fungerer og vise versa. Alford beskriver ikke i detalj hvordan systemene påvirker hverandre. Hans hovedanliggende er å vise at PNI og immunologisk forskning kan påvirke forståelsen av vevstilheling, smerte og forståelsen av auto-immune lidelser.

**Tilheling vev**

Både dyreforsøk og forsøk med mennesker viser at psykisk stress har betydning for tilheling av vev. Marucha et al (1998) viste for eksempel at overflatiske sår i ganen på studenter som skulle opp til eksamen grodde 40 prosent saktere enn tilsvarende sår på studenter som hadde ferie. Hvis stress har så stor innvirkning på tilhelningstiden, bør terapeuten gjøre så mye han eller hun kan for å få pasientens stressnivå ned, kommenterer Alford.

Han peker også på at høyere nivå av angst og depresjoner var assosiert med forsinket sårtilheling. Det er derfor viktig å kartlegge dette i anamnesen

**Smerte**

Det er nær forbindelse mellom sentralnervesystemet (CNS) og immunsystemet. Ifølge Wieseler-Frank et al (2005) påvirkes CNS via mikroglia- og astrocytecellene. Når disse aktiveres i ryggmargen utskilles proinflammatoriske cytokiner som sensiviterer og fasiliterer smerter. Dette kan bidra til hyperalegsi og allodynia hos kroniske smertepasienter.

Kroniske smertepasienter kan ha fluktuerende smerter, uten at det er mulig å peke på noen spesifikk fysisk eller mekanisk årsak. Men kunnskapen om immunsystemets innvirkning på CNS tilbyr en annen forklaring på hvorfor disse «uforklarlige» endringene skjer.

**Morgenstivhet**

Balansen i immunsystemet påvirkes av mange faktorer. Hormoner, som for eksempel cortisol, er blant disse. Produksjonen av cortisol øker med 50-150 prosent de første 30-45 minuttene etter søvn. Dette er en av årsakene til at pasienter med inflammatoriske tilstander rapporterer stivhet og sårhet på morgenen. (Elenkov og Chrousos, 1999; Cutalo et al, 2005).

**Øker forståelse**

Alford mener immunologi og PNI tilbyr ny kunnskap som øker forståelsen for mange forhold og fenomener behandlere ser hos pasientene.

– Fortsatt utvikling på disse områdene vil sannsynligvis endre vår forståelse av klinisk presentasjon og behandling av muskel-/skjelettpasienter.

*Alford L.: «Findings of interest from immunology and psychoneuroimmunology», Manual Therapy, article in press*

## Svar på spørsmålene på side 10

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Ja | 7. Ja | 13. Ja | 19. Ja |
| 2. Nei | 8. Nei | 14. Nei | 20. Ja |
| 3. Ja | 9. Ja | 15. Ja | 21. Ja |
| 4. Nei | 10. Nei | 16. Nei | 22. Ja |
| 5. Ja | 11. Ja | 17. Ja | |
| 6. Nei | 12. Ja | 18. Ja | |

# Psykososial intervensjon uten effekt

Nederlandsk studie finner at behandling rettet mot såkalt psykososiale faktorer ikke har noen effekt ved akutte og subakutte ryggplager.

Tidligere har forskning vist at psykososiale faktorer spiller en rolle i utvikling av kroniske smerter. Denne studien undersøker om en psykososial intervensjon levert av allmennlege i førstelinjetjenesten har positiv effekt.

314 pasienter i alderen 18-65 år og med uspesifikke korsryggsmerter i mindre enn 12 uker, deltok. Deltakerne ble fordelt på to grupper. Den ene gruppen fikk behandling «som normalt» hos allmennlege, det vil si «vente og se», kombinert med smertestillende de første seks ukene. Etter seks uker ble pasientene henvist til øvelsesterapi, fysioterapi eller manuellterapi dersom plagene ikke gikk over. Den andre gruppen fikk behandling som fulgte en såkalt «minimal intervention»-strategi rettet mot psykososiale prognostiske faktorer. Dette innebar at primærlegen undersøkte om det fantes psykososiale prognostiske faktorer ved hjelp av et standardisert spørreskjema (tilpasset fra Main og Watson, 2001). Videre ble blant annet fear avoidance, bekymringer, katastrofetenking, smerteadferd (avvergeadferd), reaksjoner fra familie og forhold på jobben undersøkt. Behandlingen besto videre av en informasjonsfase og en «self care»-fase der pasienten og behandleren definerte spesifikke mål med hensyn til aktiviteter i hjem og på jobb som det skulle arbeides med. Alle pasientene i denne gruppen fikk også en brosjyre basert på The Back Book.

Resultatene viste at etter 12 måneder ga behandling «som normalt» bedre funksjonsevne enn «minimal intervention». Bedringen var imidlertid ikke stor nok til at den var statistisk signifikant. Når det gjaldt sykefravær var «minimal intervention» bedre enn normal-behandlingen, men heller ikke denne forskjellen var stor nok til å være av betydning.

Denne studien støtter dermed ikke at en spesiell psykososial intervensjon hos allmennlegen har noen klinisk betydning. Forskerne mener at studien ikke gir belegg for å endre de nederlandske retningslinjene for behandling av akutte/subakutte kortsryggsmerter.

*Kilde:*
*Petra Jellema et al.: Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice British Medical Journal 2005;331;84.*

# Kliniske tester ved cervicogen hodepine

I forrige Muskel&Skjelett refererte vi en studie av Zito og medarbeidere som undersøkte om kliniske tester kan brukes til å identifisere personer som har hodepine med cervicogen opprinnelse. De australske forskerne fant at en manuell undersøkelse med 80 prosents sannsynlighet ville avgjøre om hodepinen er cervicogen.
De manuelle testene som er mest aktuelle for å identifisere cervicogen hodepine, er:

✔ Spesifikk test av øvre cervical (C0-C4). Det er høyere forekomst av smertefulle og stive ledd hos pasienter med cervicogen hodepine.

✔ Undersøke cervical ROM. Pasienter med cervicogen hodepine har regelmessig mindre ROM.

✔ Vurdering av muskulær stivhet (lev scap., øvre trap, scalenii, subocc ext.) Pasienter med cervicogen hodepine er stivere enn de øvrige.

✔ Cranio-cervical fleksjonstest. Pasienter med cervicogen hodepine utfører denne dårligere enn pasienter med migrene hodepine. Denne forskjellen var dog ikke signifikant i studien.

*Zito G, Jull G, Story I: Clinical tests of musculosekeltal dysfunction in the diagnosis of cervicogen headache, Manual Therapy 11 (2006) 118-129.*

# Lovende resultater med FAR

✔ Fysisk aktivitet på resept, FAR, fører til at pasienter øker det fysiske aktivitetsnivået.
✔ Ved behandling og sekundærforebygging av mange muskel- og skjelettsykdommer kan fysisk aktivitet være aktuelt.

I november ble det arrangert en stor nordisk konferanse om «Livsstil på resept» på Hamar. Matti Leijon presenterte en evaluering av FAR-ordningen i Østergøtland i Sverige. Vårdsentralene i Østergøtland fylke har siden 2001 kunnet henvise pasienter til fysisk aktivitet. Vårdcentraler og husläkermottagningen er de institusjonene allmennbefolkningen henvender når de trenger helsehjelp.

Evalueringen omfatter 3.344 utskrevne resepter. Vårdcentralene henviste til ulike fysiske aktiviteter, både i egen regi og i regi av private aktivitetsarrangører. Vårdcentralene organiserte reseptutskrivingen ulikt ut fra lokale forhold, men de fleste steder fikk alt autorisert helsepersonell henvise. I 2004 gikk henvisningene enten direkte til en forhåndsgodkjent aktivitetsarrangør eller til en koordinerende instans.

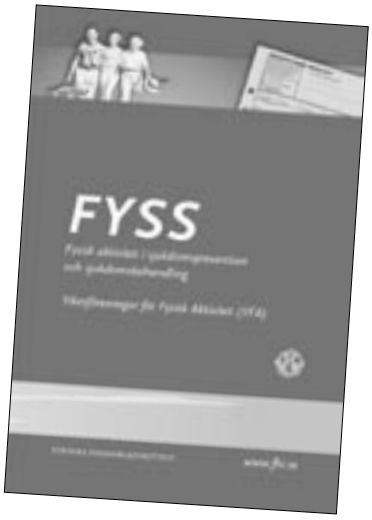
Smerter i bevegelsesapparatet var hyppigste årsak til henvisning (n=1169, 35 prosent). Deretter fulgte BMI >25 (n=1164, 35 prosent), høyt blodtrykk (23 prosent), diabetes (22 prosent), forebyggende hensikt/inaktivitet (14 prosent) og psykiske lidelser (8 prosent).

Leger var yrkesgruppen som henviste mest (38% av tilfellene), foran sykepleiere (31%) og fysioterapeuter (15%). 56 prosent fulgte FAR etter tre måneder, mens 18 prosent var aktive i annen aktivitet etter tre måneder. Etter 1 år fulgte 49 prosent av pasientene FAR, mens 21 prosent var aktive i annen aktivitet.

Lena Kallings fra Karolinska Institutet spurte i sitt foredrag om FAR fører til mer fysisk aktivitet. Det fins ikke mye forskning på området. I Sverige viser evalueringene på at ordningen både blir brukt og fører til økt fysisk aktivitet hos pasientene. Men, sa Kallings, resultatene må bli bekreftet i en randomisert kontrollert studie.

*Lena Kallings og Matti Leijon presenterte erfaringer med Fysisk aktivitet på resept (FAR) fra Østergøtland fylke og kunnskap om FAR fører til økt fysisk aktivitet. Foto: Espen Mathisen*

I Sverige har «Yrkesföreningar for fysisk aktivitet» samlet dokumentasjon på hvilke tilstander som kan forebygges og behandles ved hjelp av fysisk aktivitet. Dokumentasjonen som kalles FYSS skal nå oppdateres og oversettes til norsk, opplyser Sosial- og Helsedirektoratet. FYSS kan lastes ned fra www.fyss.se




«Statens beredning for medicinsk utvärdering» i Sverige har gitt ut en litteraturoversikt over ulike metoders evne til å bidra til økt fysisk aktivitet. Konklusjonen er at det nytter å gi pasientene råd. Rådgivning i klinisk hverdagsmiljø fører til at pasienter øker sin fysiske aktivitet med 12-50 prosent. Evidensstyrken for dette er høy (evidensstyrke 1).

Økt frekvens og intensitet i rådgivningen i form av gjentatt oppfølgning i løpet av flere måneder, medfører ytterligere økt fysisk aktivitetsnivå. Evidensstyrken for dette er 3, dvs. det foreligger et begrenset vitenskapelig grunnlag.

Rådgivning, supplert med for eksempel resept på fysisk aktivitet, dagbok, skrittteller eller informasjonsbrosjyrer fører til ytterligere 15-50 prosents økning av det fysiske aktivitetsnivået. Evidensstyrke her er også 3, vesentlig fordi det er få studier som omhandler disse tiltakene, jf. Kallings foredrag på konferansen «Livsstil på resept»

*Kilde: Metoder för att främja fysisk aktivitet, Systematisk litteraturöversikt. SBU november 2006.*

# Undersøker effekt av nakke-rehabilitering

UNIFOB Helse skal undersøke effekten av gjenopptrening av nakkeskadde ved Firda fysikalsk-medisinsk senter, FFMS, på Sandane i Gloppen kommune. Prosjektet varer i 3 1/2 år og er kostnadsberegnet til 10 millioner kroner.

*Av Espen Mathisen*

Manuellterapeut Bertel Rune Kaale ved FFMS forteller at en prosjektskisse er utarbeidet og oversendt Sosial- og helsedirektoratet. Det er videre avholdt møter med UNIFOB Helse. UNIFOB er et forskningsselskap under Universitetet i Bergen.

– Et forprosjekt er nå i gang og det utarbeides en prosjektplan som vil foreligge i løpet av første halvår 2007. Her vil blant annet inklusjons- og eksklusjonskriterier, utfallsmål, antall deltakere og andre forhold som er nødvendig for å få gjennomført studien, bli avklart.

Helsemyndighetene har satt av 10 millioner kroner for å få undersøkt effekten av nakkerehabiliteringen som foregår ved FFMS. Det er Sosial- og helsedirektoratet ved Hans Petter Aarseth, divisjonsdirektør for spesialisthelsetjenesten, som har initiert prosjektet.

Ifølge prosjektskissen skal selve forskningsprosjektet ta til høsten 2007. I 2008-2009 skal oppfølgning av pasientene skje, mens analyse, rapport og publisering vil skje i 2009-2010.

**Rehabiliteringsopplegget**

Nakkeskadde pasienter fra ulike steder i landet har i flere år selv måttet dekke sine rehabiliteringsopphold ved FFMS. Grunnen er at trygdemyndighetene bare dekker reise til nærmeste manuellterapeut.

Kaale har samarbeidet med seksjonsoverlege og radiolog Jostein Kråkenes ved Haukeland Universitetssykehus om diagnostisering av pasientene. Selve behandlingen ved FFMS skjer oftest i perioder på to uker av gangen. Hver periode består av seks rehabiliteringsdager á to økter. Etter første periode trener pasienten hjemme etter et opplegg satt opp av FFMS. Antall rehabiliteringsperioder varierer fra pasient til pasient, avhengig av diagnose, omfang av skade og hvor lang tid det har gått siden skaden oppstod. Gjennomsnittlig har pasientene fem til åtte rehabiliteringsopphold på FFMS.

Både under diagnostisering og i opptreningen bruker FFMS en datastyrt, objektivisert nakketestmaskin (Multi-Cervical Unit, MCU)

**Kommer på nakkeseminar**

Manuellterapeut Bertel Rune Kaale og fysioterapeutene Morten Leirgul og Arne Nesgård presenterer rehabiliteringsopplegget på Servicekontorets tverrfaglige seminar i Trondheim 16.-18. mars. Seminaret handler i år om nakkesmerter, med vekt på nakkesleng og cervicobrachialgi. ■

*Manuellterapeut Bertel Rune Kaale*

## Trenger manuellterapeuter

Forskningsprosjektet på Sandane gjør at FFMS må ansette flere manuellterapeuter.

– Vi har allerede mye å gjøre. Dersom vi skal få gjennomført forskningsprosjektet, må vi være flere.

FFMS, der det i dag arbeider en manuellterapeut og to fysioterapeuter, har i dag ett driftstilskudd. Gloppen kommune har gått med på at driftstilskuddet kan splittes opp slik at FFMS kan knytte til seg en ny terapeut.

– Vi håper videre at sentrale helsemyndigheter bevilger øremerkede midler til ytterligere tre kommunale driftsavtaler for at prosjektet skal kunne gjennomføres etter planen. Dette er imidlertid ennå ikke avklart, sier Kaale til Muskel&Skjelett.

## 2005-resultater

Tall fra 2005 viser at av 101 pasienter som var til behandling på FFMS og som hadde vært sykemeldt/på trygd i mer enn 12 måneder, hadde 44 oppnådd moderat symptomlette og bedring av funksjon, 47 hadde fått betydelig symptomlette og bedre funksjon, mens 10 ikke var blitt bedre. 48 var tilbake i arbeid, helt eller delvis. 15 var tilbake i utdanning, ni var arbeidssøkende, mens 29 ikke var arbeidsdyktige.

# – Viktigste tiltak hittil

Forskningsprosjektet ved Firda fysikalsk-medisinsk senter er det viktigste tiltaket helsemyndighetene noen gang har satt i verk for å få på plass et behandlingstilbud for nakkeskadde. Det sier Marianne Sunde, koordinator for Pasientaksjonen for Firda fys-med.

*Marianne Sunde i Pasientaksjonen for Firda fys-med er glad for forskningsprosjektet på Sandane. Foto: Espen Mathisen*

Pasientaksjonen består av 115 hardt nakkeskadde fra hele landet. De har til felles at de ikke fikk riktig diagnose før de kom til undersøkelse ved FFMS og MRI ved Capio Diagnostikk/Haukeland Universitetssykehus.

– Med diagnosen som utgangspunkt, opplever vi for første gang å få adekvat behandling. Men pasienter og terapeuter faller mellom alle stoler i regelverket, noe som har ført til at pasientene må dekke behandlingsreisene selv, sier Sunde.

**– Somatisering**

Selv fikk hun problem med nakken etter hodeskader som 18-åring. For 16 år siden måtte hun slutte å arbeide i full stilling. Hun gikk fra behandler til behandler, også flere manuellterapeuter, uten å få svar på hva som var galt. Over tid ble hun bare verre. I april 2004 endte det med akuttinnleggelse på nevrologisk avdeling på Ullevål. Sykehuset klarte ikke å stille noen diagnose. Flere leger innrømmet begrensningen i sine undersøkelsesmetoder, men overlegen konkluderte med at lidelsen skyldtes «somatisering». Hun tok selv kontakt med professor Knut Wester ved Haukeland som henviste henne til Kaale og Kråkenes.

– Da jeg kom til Sandane på nyåret for to år siden hadde jeg ikke muskelkraft nok til å presse hodet mot 120 gram i MCU-maskinen. For hver dag under rehabiliteringen, ble vekten gradvis økt. På andre rehabiliteringsperiode i mars, kunne jeg presse mot 2,4 kilo, og i juni 3,6 kilo. I januar i år kom jeg opp i 4,2 kilo.

Den kliniske undersøkelsen på Sandane og MR-bildene fra Haukeland viste det samme. Ligamentskadene i cervicalen var tydelige, alvorlige og omfattende.

**Bedring**

Sunde forteller at behandlingsoppholdene på Sandane har ført til at nå hun i stor grad har gjenvunnet helsen.

– Jeg er så bra at jeg er i stand til å ta opp kampen for et bedre tilbud til nakkeskadde. Det henger ikke på greip at det offentlige gladelig betaler for behandling som ikke virker, mens behandlingsutgifter som gjør pasientene bedre, ikke blir refundert. Trygdereglene definerer tilbudet som gis ved FFMS som en kommunal tjeneste. Da dekkes bare reise til nærmeste behandler.

**Pasientenes krav**

Pasientaksjonen mener det offentlige bør dekke behandlingsreise og -opphold på Sandane for nakkeskadde, fordi instituttet i hovedsak behandler tilreisende pasienter fra andre kommuner. Videre vil den ha flere driftstilskudd til instituttet, der det arbeider en manuellterapeut og to fysioterapeuter på ett driftstilskudd. Det kostet FFMS en halv million å kjøpe inn MCU-maskinen, men det fins ikke refusjonstakster for slikt dyrt utstyr. Slik refusjon må gis, ifølge Pasientaksjonen.

**Forskningsprosjekt**

Pasientaksjonens arbeid har også ført til at helsemyndighetene har fått øynene opp for det unike behandlingstilbudet ved FFMS. Før regelverket kan endres må imidlertid effekten av rehabiliteringen dokumenteres vitenskapelig. Det skjer gjennom forskningsprosjektet som nå er under planlegging. ■

# PROGRAM

## Tverrfaglig seminar

# Nakkesmerter med vekt på nakkesleng og cervicobrachialgi

**16.-18. mars 2007 Radisson SAS Royal Garden, Trondheim**

### Fredag 16. mars

| | | |
|---|---|---|
| 10.00-10.15 | Åpning | |
| 10.15-10.30 | Muskel og skjelettplager i Norge: Rammer flest, koster mest, får minst. | Even Lærum |
| 10.30-11.00 | Epidemiologi og klassifisering av WAD | Lars Jacob Stovner |
| 11.00-11.30 | Kaffe | |
| 11.30-12.30 | Whiplash: Fake eller fakta | Per H Staff, Bertel R. Kaale |
| 12.30-13.00 | Kliniske særtrekk hos pasienter med whiplashrelaterte plager sammenlignet med nakkepasienter av annen årsak | Deborah Falla |
| 13.00-14.00 | Lunsj | |
| 14.00-14.20 | Strukturelle forandringer ved MRI: Har signalforandringer i ligamentum alare klinisk betydning? | Rigmor Myran |
| 14.20-1440 | Strukturelle forandringer ved MRI i forhhold til aktiv nakkefunksjon | Bertel Rune Kaale |
| 14.40-15.00 | Funksjonsrøntgen-DCRA: Finnes det større grad av hypermobilitet hos pasienter med nakkeskader enn hos pasienter med nakkesmerter uten traume? | Gunnar Leivseth |
| 15.00-15.20 | Hvilke bildediagnostiske modaliteter bør benyttes ved utredning av WAD | Kjell Arne Kvistad |
| 15.20-15.40 | Endringer i nevromuskulære kontrollmekanismer hos whiplashpasienter sammenlignet med nakkepasienter uten traume | Astrid Woodhouse |
| 15.40-16.00 | Nevropsykologiske særtrekk hos whiplashpasienter | Nevropsykolog |
| 16.00-16.20 | Kaffepause | |
| 16.20-16.40 | Frå diagnose til rehabilitering | Bertel R. Kaale, Morten Leirgul |
| 16.40- 17.00 | Presentasjon av nakkeslengstudie regi av Friskvernklinikken | John Vikne |
| 17.00-17.20 | Når Allting går Galt… | Peer H Staff |
| 17.20-17.40 | Kirurgisk behandling | Øystein P Nygaard |
| 17.40- 18.20 | Paneldebatt. Diskusjon/konsensus? | Møteleder: Øystein Petter Nygaard |
| 18.20-19.00 | Bidrag til Muskel og Skjelettprisen | |

### Lørdag 17. mars

| | | |
|---|---|---|
| 09.00- 10.00 | Funksjonell anatomi og biomekanikk. Endringer ved smerter? | Deborah Falla |
| 10.00-10.20 | Epidemiologi | Ottar Vasseljen |
| 10.20-10.40 | Klassifisering av Cervicobrachialgipasienter | Øystein Petter Nygaard |
| 10.40-11.00 | Kaffe | |
| 11.00-11.20 | Utredning av cervicobrachialgipasienter ved NSSL | Frode Kolstad |
| 11.20-11.40 | Bildediagnostikk | Kjell Arne Kvistad |
| 11.40-12.00 | Diagnostikk og behandling av nerveentrapment i overekstremitetene | Lars Gunnar Johnsen |
| 12.00-12.20 | Utredning ved skuldersmerter hos nakkepasienter. Indikasjoner for kirurgi | Rune Moan |
| 12.20-12.30 | Utdeling av Muskel og Skjelettprisen | |
| 12.30-13.30 | Lunsj | |
| 13.30-14.00 | Klinisk undersøkelse av nakkepasienter: Spesielt vektlegges kliniske særtrekk ved ulike årsaker til brachialgia | Alf Sigurd Solberg |
| 14.00-14.30 | Behandling av dysfunksjon i cervicalcolumna | Deborah Falla |
| 14.30-15.00 | Behandling av triggerpunkter | Petter Bogsti |
| 15.00-15.30 | Kaffe | |
| 15.30-16.00 | Kirurgisk Behandling ved cervicobrachialgia | Frode Kolstad |
| 16.00-16.30 | Effekt av manuellterapi ved behandling av nakkesmerter | |
| 16.30-17.00 | Måling av kliniske endringer og effekt av behandling | Ottar Vasseljen |

### Søndag 18. mars

| | | |
|---|---|---|
| 09.00-09.30 | Åpningsforedrag | |
| 09.30- 10.15: | Workshops 1, 2 og 3 | |
| 10.15-11.00 | Workshops 1, 2 og 3 | |
| 11.00-11.30 | Kaffe | |
| 11.30-12.15 | Workshops 1, 2 og 3 | |
| 12.15-13.00 | Lunsj | |

| | | |
|---|---|---|
| **Workshop 1**: Behandling av nevromuskulær dysfunksjon: Deborah Falla | **Workshop 2**: Metode for utredning/klinisk undersøkelse. Ved Kaale/Leirgul | **Workshop 3**: Instruksjon i bruk av MRI-CD: Overlege v/ Capio røntgen, Gunnar Myhr |

# PÅMELDINGSSKJEMA

## Tverrfaglig seminar

## Nakkesmerter med vekt på nakkesleng og cervicobrachialgi

### 16.-18. mars 2007, Radisson SAS Royal Garden Hotel, Trondheim

Arrangør: Manuellterapeutenes servicekontor i samarbeid med Nasjonalt senter for spinale lidelser, NTNU, Nasjonalt Ryggnettverk, formidlingsenheten og Muskel Skjelett Tiåret

| | |
|---|---|
| Etternavn: | Fornavn: |
| Tittel: | |
| Arbeidssted: | |
| Adresse arbeidssted: | |
| Postnr./sted: | |
| Telefon: | Faks: |
| E-post: | |

☐ Manuellterapeut ☐ Kiropraktor ☐ Lege ☐ Fysioterapeut ☐ Student ☐ Invitert gjest ☐ Annet: _____

| **Avgifter** | **Pris pr person før 10. januar 2007** | **Pris pr person etter 10. januar 2007** | **Sum** |
|---|---|---|---|
| Registreringsavgift<br>Medlem i Manuellterapeutenes servicekontor, DNLF eller Norsk Kiropraktorforening | 3 000 | 3 700 | |
| Registreringsavgift<br>Student | 1 800 | 2 300 | |
| Registreringsavgift<br>Ikke medlem | 4 500 | 5 000 | |
| Veiledningsseminar, torsdag 15. mars 2007, kl. 10 -16<br>Inkl. lunsj og kaffepauser. Gjelder kun for manuellterapeuter | 500 | 500 | |
| Festmiddag, lørdag 17. mars 200<br>Inkl. drikke | 850 | 850 | |
| Lunsj, fredag 16. mars 2007 | 250 | 250 | |
| Lunsj, lørdag 17. mars 2007 | 250 | 250 | |
| Lunsj, søndag 18. mars 2007 | 250 | 250 | |
| **Totalt (vil bli fakturert)** | | | |

| **Overnatting** (Oppholdet betales direkte til hotellet) | **Enkeltrom pr natt** | **Dobbeltrom pr natt** | **Prioritet** | **Ankomst dato** | **Avreise dato** | **Antall netter** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Radisson SAS Royal Garden Hotel | 1 145 | 1 345 | | | | |
| | | | | | | |

Hvis dobbeltrom, ønsker å dele rom med:_____

☐ Røykerom ☐ Vegetarianer ☐ Glutenfri ☐ Handikap/rullestol Annet: _____

**Påmeldingsskjemaet sendes til:** **Thue & Selvaag Forum AS, Postboks 14, 2601 LILLEHAMMER**
**Telefon: 61 28 73 20** **Faks nr: 61 28 73 30**
**E-post: mt@tsforum.no**

**Påmelding kan også gjøres via internett:** **www.manuellterapi.no > kurs/seminarer > seminar 2007**

# Manuellterapi har best effekt ved behandling av tennisalbue

## Manipulasjon og øvelser har bedre kortidseffekt ved behandling av tennisalbue enn ro og hvile. Det er også mer effektivt enn kortisonsprøyter etter seks uker.

Tennisalbue (epicondylitt) skyldes overanstrengelse av et muskelfeste til muskelen som beveger både håndleddet og albueleddet. Årsaken er ofte ensformige og belastende bevegelser. Symptomene er verkende smerte og nedsatt bevegelighet i albuen. Smertene er oftest på utsiden av albuen. Leger anbefaler ofte ro og hvile, eventuelt i kombinasjon med smertestillende medikamenter. Et annet alternativ er kortisonsprøyte i leddet. Manuellterapeuter kan manipulere, mobilisere og instruere øvelser.

198 personer i alderen 18-65 med tennisalbue som hadde vart mer enn seks uker, deltok i den australske undersøkelsen. Ingen hadde fått noen forutgående behandling. Deltakerne ble fordelt på tre grupper: 1) Åtte sesjoner med manipulasjon/øvelser 2) kortisonbehandling 3) «vente og se».

Resultatene viste at kortisonbehandling dempet smertene best etter seks uker, men etter dette tidspunktet var manipulasjon/øvelser signifikant mer effektivt. Manipulasjon/øvelser var signifikant bedre enn «vente og se» på kort sikt, men etter 52 uker var forskjellene utvisket da de fleste deltakerne i begge grupper var symptomfrie. Deltakerne i manipulasjon/øvelse gruppen brukte signifikant mindre NSAIDs enn de øvrige.

Konklusjonen er at manipulasjon og øvelser har bedre effekt enn ro og hvilke på kort sikt og bedre effekt enn kortisonbehandling på lengre sikt. Kortisonbehandling gir bedre kortidseffekt, men signifikant dårligere utfall etter seks uker. Pasienter med tennisalbue bør også blir forsikret om at smertene i de fleste tilfellene går over av seg selv over tid.

*Kilde:*
*Leanne Bisset, Elaine Beller, Gwendolen Jull, Peter Brooks, Ross Darnell, Bill Vicenzino: Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ 2006;333:939*

### Biologiske «reservedelen» bedre enn syntetiske

Både på kort og lang sikt blir det dårligere resultater hvis man bare syr sammen et avrevet korsbånd. Det blir betydelig bedre resultat hvis man setter inn en biologisk reservedel fra pasienten som nytt korsbånd. Det er ingen fordel å bruke syntetiske korsbånd. Det skriver overlege Jon Olav Drogset i sin avhandling for graden dr.med. ved NTNU.

Manuellterapien har en over 50-årig historie i Norge. Det teoretiske grunnlaget for manuellterapien er historisk sett en videreutvikling av osteopati, medisin og fysioterapi. Manuellterapi ble systematisert av norske fysioterapeuter og leger i samarbeid med britiske leger og osteopater med medisinsk utdanning på 1950-tallet. Siden ble manuellterapien videreutviklet av det norske fagmiljøet som tilførte systemet funksjonsanalyse og trening fra idretten.

Med forfatterens tillatelse trykker vi en historisk framstilling av høgskolelektor Bjørn Støre om innføringen av manuellterapi i Norge, Norden og interansjonalt. Artikkelen ble skrevet i 1995, men er hittil ikke publisert i noe tidsskrift.

*Kullet i Oslo i 1955 som tok eksamen i medisinsk manipulasjonsbehandling: Odd Hagen, Gunvor Løken, Oddvar Holten, Freddy Kaltenborn (lærer), James Cyriax og hans kone, Frank Rønning, Astri Østli, Roald Stensnes, Erik Hansen og Odd Bakland.*

# Innføringen av manuellterapi i Norge, Norden og internasjonalt

Av Bjørn Støre

## 1. NORGE

Når utdanning i manuell terapi i Norge offisielt kunne starte med et kurs i Cyriax-teknikker høsten 1954, skyldes dette først og fremst Freddy Kaltenborns organisatoriske, pedagogiske og faglige kompetanse. Allerede fra1945 praktiserte Kaltenborn manipulasjonsgrep på krigsskadde pasienter, hovedsakelig grep på ekstremitetsledd som han hadde lært under sin utdanning på den tyske idrettsskolen samt av "Heilpraktiker". Ettersom han dengang bare var idrettsinstruktør kunne han imidlertid ikke behandle pasienter i Norge, og han søkte derfor om opptak på Oslo Ortopediske Institutt - som da var forbeholdt kvinner. Etter anbefaling fra dr. Birger Tvedt (dengang lærer ved OOI) samt lærerinner ved skolen ble Freddy Kaltenborn i 1948 opptatt som første ordinære elev siden 1912.

Inntil da hadde utdanningen hatt en varighet på 1 1/2 år, men dr. Tvedt fikk den utvidet til 2-årig med tanke på mer fysiologi og treningslære for å kunne gjøre sykegymnastenes behandlingstilbud mer aktivt preget. Kaltenborn hjalp til med denne undervisningen, med bakgrunn i sin egen idrettsutdanning. Denne positive erfaringen førte til at skolen fra neste kull av (1949) ble åpnet for mannlige søkere som hadde gjennomgått Statens Gymnastikkskole. I dette kullet ble bl.a. Erik Hansen og Oddvar Holten opptatt. Dette nye innslaget av menn ga etterhvert den ønskede virkning om mer aktiv pasientbehandling - i tråd med dr. Tvedts ideer om å "bringe det friske inn i det syke" og ikke bare gi passiv omsorg. Dr. Tvedts erfaringer med idrett og rehabilitering av krigsskadde soldater hadde overbevist ham om at sykegymnastikken trengte mannlige utøvere med erfaring fra kroppsarbeid og idrett. Han så i Freddy Kaltenborn en unik mulighet til å revolusjonere faget.

Allerede mens Freddy Kaltenborn var elev ble dr. Tvedt og overlege Friis-Baastad ved Oslo Militære Sykehus enige om at Kaltenborn skulle behandle en gruppe tyske soldater som hadde ligget ved sykehuset med sprengningsskader (spesielt i bena) etter at de kort etter frigjøringen hadde blitt skadet ved rydding av minefelt. Fordi skadene skjedde i fredstid hadde de krav på pleie og behandling i Norge, noe som de utnyttet til fulle pga. elendige forhold i Tyskland. De hadde innrettet seg på OMS i en passiv tilværelse, og ble ikke funnet funksjonsdyktige nok til å bli utskrevet og hjemsendt - bl.a. fordi rehabiliteringstilbudet var mangelfullt. Dengang skulle bl.a. all behandling foregå i sykeseng eller på behandlingsbenk. Kaltenborn skjønte at nye virkemidler måtte tas i bruk, og benyttet først og fremst passiv leddmobilisering med primitive manipulasjonsgrep (angulære bevegelser med lang vektarm) og aktiv øvelsesterapi - inklusivt gangtrening i korridorer og etterhvert også i trapper. Etter noen måneder var soldatene så funksjonsdyktige at de kunne repatrieres til Tyskland.

Ronald Stensnes, som hospiterte ved OOI for å få norsk godkjenning av sin svenske sykegymnastutdanning, hadde i 1949 fått tak i en bok av dr. James Cyriax. Dr.Tvedt, Stensnes og Kaltenborn diskuterte denne nye faglige vinklingen, og kom fram til at de to elevene burde studere dette videre etter først å ha fullført sykegymnastutdanningen ved OOI.

I 1949 åpnet Freddy Kaltenborn sitt fysikalske institutt i Bygdø Allé i Oslo. Fra første stund praktiserte han manipulasjonsbehandling av ekstremitetsledd og columna etter henvisning fra bl.a. instituttets tilsynslege dr. Tvedt, samt fra overlege V. F. Koefoed (reumatolog) og dr. med. H. Seyffarth (nevrolog), som Kaltenborn lærte å kjenne fordi begge underviste ved OOI. Disse tre så betydningen av denne behandlingsformen, og påtok seg det medisinske ansvaret for manipulasjonsbehandlingene. Freddy Kaltenborn er derved den første fysioterapeuten som utførte manipulasjonsgrep i Norge etter henvisning fra norske leger.

I årene 1950-52 førte overlege Koefoed samtaler med generalsekretær Bjercke i Den norske Lægeforening og formannen dr. Mellbye i Norsk Forening for Fysikalsk Medisin (NFfFM ) med tanke på å innføre manipulasjonsbehandling i Norge. Denne behandlingen skulle utføres av spesialutdannede sykegymnaster på legers henvisning. NFfFM var positivt innstilt til denne ideen, under forutsetning av at de behandlingsteknikkene som ble brukt var utviklet og beskrevet av leger. Våren 1952 reiste så Ronald Stensnes og Freddy Kaltenborn til London for å studere arbeidene til dr. James Cyriax, og de kom da i kontakt også med dr. James Mennell og hans bok "Physical Treatment by Movement and Massage" fra 1917. Dr. Mennell hadde kontakt med og underviste engelske fysioterapeuter i sitt system i årene 1907 - 1940 ved St.Thomas Hospital, inntil dr. Cyriax overtok.

Etter dette første besøket reiste Kaltenborn flere ganger alene til London, og foretok deretter demonstrasjoner for NFfFM. Dette førte til at legegruppen (bl.a. Ivar Alvik, V. F. Koefoed, H. Hegna, Ove Mellbye og Gudmund Harlem) i 1954 erklærte seg villige til å stå som medarrangører av det første Cyriax-kurset - annonsert som "Kurs- og studiering" i Sykegymnasten nr. 8/Oktober 1954. Hovedarrangør var Oslo Sykegymnastforening - lokalforening i et landsforbund som ikke ville støtte utdanningen i Cyriax-systemet.

Dette første kurset i Norge ble ledet av Freddy Kaltenborn, etter tillatelse fra dr. Cyriax. Kursdeltagerne var Ronald Stensnes, Odd Bakland, Odd Hagen, Erik Hansen, Oddvar Holten, Gunvor Løken, Frank Rønning og Astrid Østli. Undervisningen foregikk stort sett om kveldene. Dr. Cyriax avsluttet selv kurset og foretok eksaminasjonen i 1955, en eksaminasjon alle besto. Kursdeltagerne fikk senere sitt "Diploma" fra dr. Cyriax (datert 1. oktober 1955), hvor også overlege Mellbye fra NFfFM hadde undertegnet i egenskap av medarrangør. Dette ble tilsendt fra Osloforeningen, med følgeskriv undertegnet av formannen Solveig Hansen og kurslederen Freddy Kaltenborn. Kaltenborn mottok like etter lærersertifikat fra dr. Cyriax (datert 26. oktober 1955), som erkjennelse for sin kompetanse.

Deltagerne på dette første kurset startet høsten 1954 sin Spesialgruppe for Medisinsk Manipulasjon, og denne gruppen fortsatte etter kursets avslutning som en studiering - fra 1955 med James Mennells bøker "The Science and Art of Joint Manipulation" samt undervisning av hans medarbeider Miss J. D. Dennison, og fra 1958 med osteopatisk litteratur og undervisning av den norske osteopaten Randi Vaagenes. Spesialgruppen ble 13. mai 1956 opptatt som sykegymnastforbundets undergruppe: NSLs Spesialgruppe for Medisinsk Manipulasjon. Ettersom denne var lukket for vanlige fysioterapeuter ble forbundets Faggruppe for manuell terapi dannet i 1965 der alle med interesse for manuell terapi hadde adgang.

Etter anbefaling fra endel av legene som deltok på møtene i NFfFM der Kaltenborn demonstrerte Cyriax-teknikkene (professor I.Alvik, overlegene Koefoed, Hegna og Mellbye, samt dr. E.Schiøtz og dr. med. H.Seyffarth) vedtok Rikstrygdeverket i januar 1957 en egen refusjonstakst for manipulasjonsbehandling. Denne taksten kunne benyttes av spesielt utdannede sykegymnaster etter forordning fra leger med spesiell innsikt (sistnevnte krav ble senere fjernet).

For å tilfredsstille Rikstrygdeverkets krav til sykegymnastenes kompetanse i manipulasjonsbehandling ble det i samarbeid med Den norske Lægeforening nedsatt en "godkjennelsesnevnd" bestående av 2 representanter fra NFfFM (prof. Alvik og overlege Koefoed), 1 fra NFF, 1 fra OOI og 2 fra Spesialgruppen.

I 1958 var overlege Koefoed og Freddy Kaltenborn i Baden/Zürich, der bl.a. legen og osteopaten Alan Stoddard presenterte sine spesifikke teknikker. Dette fikk stor betydning for synet på manuell terapi i Norge, og man skjønte at det måtte gås nye veier. Kaltenborn reiste til London i 1958 og 1959 for å hospitere hos dr. Stoddard, samt studere ved British School of Osteopathy, senere også ved London College of Osteopathy. Etterhvert oppnådde han fullverdig standard i osteopatisk teknikk, og innpasset denne kompetansen i den norske utdanningen. Ved et senere studiebesøk i 1963 fungerte han også som lærer ved British School of Osteopathy.

Det nye pensum i manuell terapi i Norge omfattet dermed også osteopatisk litteratur, bl.a. Stoddards "Manual of Osteopathic Technique", senere også "Manual of Osteopathic Practice." Tidligere var Mennells bøker "The Science and Art of Joint Manipulation (Vol I og II), og Cyriax´ bøker "Textbook of Orthopaedic Medicine" (Vol I og II) tilført pensum, ved siden av anatomiske atlas og bøker innen generell og spesiell patologi (spes. ortopedi, reumatologi og nevrologi). Det ble også organisert 3 måneders hospitering ved ortopedisk hospital (Sophies Minde og Kysthospitalet i Stavern). Selve den praktiske supervisjonen ble foretatt av en sykegymnast med godkjent eksamen. Etter at professor Jan Jansen ved Anatomisk Institutt hadde blitt hjulpet av Kaltenborn med sin vonde rygg, fikk Kaltenborn lov til å utføre en demonstrasjon for de øvrige anatomiprofessorene Alf Brodal og Johan Torgersen. Dette utviklet seg til et konstruktivt samarbeid, slik at studieringens deltagere fikk adgang til å benytte preparatene ved Anatomisk Institutt i sin videre utdanning.

Dr. Eiler H.Schiøtz hadde truffet dr. Cyriax under hans besøk i Norge i 1955, og blitt overbevist om manipulasjonsbehandlingens fortreffelighet. Fra sin arbeidsplass Akers Mekaniske Verksted henviste han pasienter til manipulasjonsbehandling hos Kaltenborn, inntil Harald Frøseth begynte som bedriftsfysioterapeut på AMV. Dr. Schiøtz begynte samtidig å arbeide på sin medisinsk-historiske avhandling om manipulasjonsbehandling, og holdt også foredrag om temaet i Norsk Medicinsk Selskab for fulle hus i 1958. For sitt forskningsarbeid ble han hedret med Lederleprisen.

Det samlede utdanningsopplegget fikk etterhvert betegnelsen " Manuell terapi ad modum Kaltenborn", og den første eksamen fant sted i juni 1959. Denne nye og utvidede eksamen førte til at den tidligere avlagte Cyriax-eksamen ikke lenger var tilstrekkelig til å kunne benytte taksten for manipulasjonsbehandling.

I tiden fram til april 1968 besto følgende fysioterapeuter denne nye eksamen i manuell terapi ad modum Kaltenborn:

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Freddy Kaltenborn | Juni 1959 |
| 2. | Ronald Stensnes | " |
| 3. | Odd Hagen | " |
| 4. | Erik Hansen | " |
| 5. | Oddvar Holten | " |
| 6. | Harald Frøseth | Nov.1959 |
| 7. | Max Pettersen | " |
| 8. | Arne Sivertsen | " |
| 9. | Otto Aass | " |
| 10. | Odd Bakland | 1960 |
| 11. | Johannes Bastiansen | " |
| 12. | Rolf Gustavsen | " |
| 13. | Tore Wiig | 1961 |
| 14. | Liv Qvigstad Øverbye | " |
| 15. | Ruth Randi Ellingsen | 1963 |
| 16. | Kjell Johannessen | 1964 |
| 17. | Oddbjørn Bihaug | 1967 |
| 18. | Jan Fredrik Jensen | 1967 |
| 19. | Olaf Evjenth | 1968 |

## 2. NORDEN

I 1962 tok dr. Eiler H.Schiøtz initiativ til årlige møter og manipulasjonskurs for leger og fysioterapeuter. De første 8 kursene fant sted på Finse i årene 1962-1969, med stor oppslutning også fra de andre nordiske landene. Fra 1970 alternerte de forskjellige nordiske landene som arrangører, og fikk etterhvert mer form som kongresser. Inntil 1997 er følgende møter/kongresser avholdt:

1. Oslo og Finse, Norge 1962
2. Oslo og Finse, Norge 1963
3. Finse, Norge 1964
4. Finse, Norge 1965
5. Finse, Norge 1966
6. Finse, Norge (med Cyriax og Stoddard, kursspråk engelsk) 1967
7. Finse, Norge 1968
8. Finse, Norge 1969
9. Sandefjord, Norge 1970
10. København, Danmark 1972
11. Lund, Sverige 1973

I flere år var det ingen inter-nordiske kongresser, inntil man fra 1985 med større intervaller igjen begynte å arrangere slike:

1 (12). København, Danmark 1985
2 (13). Åland, Finland 1986
3 (14). Sunne, Sverige 1988
4 (15). Færøyene, Danmark 1990
5 (16). Helsinki, Finland 1994
6 (17). Stockholm, Sverige 1997

Dr. Schiøtz tok også initiativ til å danne Nordisk Forening for Manuell Medisin, en forening for leger som ble stiftet på Finse i 1964 og som hadde seksjoner i fire nordiske land (Norge, Sverige, Danmark og Finland). Dr. Schiøtz ble foreningens første president inntil overlege Koefoed overtok i 1967 og fram til omorganiseringen av NFMM i 1970. Freddy Kaltenborn kunne som fysioterapeut ikke være ordinært medlem, men ble utnevnt til æresmedlem og etter dette valgt til nordisk undervisningsleder for leger og fysioterapeuter.

*Nordisk forening for Manuell Medisin*
*F.v. Presidentene E.H. Schiøtz (fra starten til 1967), V.F. Kofoed ( til oppløsning 1970). F.M. Kaltenborn, Nordisk undervisningsleder for leger og fysioterapeuter (hele tiden). Bildet ble tatt i 1993 i forbindelse med avslutningen av prøveprojektet i Manuell terapi ved Bislet Høgskolesenter, Oslo.*

For de enkelte land fungerte en lege som nasjonal undervisningsleder : V. A. Porsman (Danmark), P. Fabritius (Finland), A. Bragstad (Norge) og S. O. Myrin (Sverige). Disse hadde regelmessige undervisningsledermøter.

Som lærere fungerte foruten Freddy Kaltenborn også de norske fysioterapeutene Odd Bakland, Harald Frøseth, Rolf Gustavsen, Odd Hagen, Erik Hansen, Oddvar Holten og Ronald Stensnes. Etterhvert kom også Olaf Evjenth med, og tilførte systemet verdifulle nye impulser ved i større grad å fokusere på muskler som mulig årsak til patologi. Dette førte til utviklingen av funksjonsmassasje (etter den danske lege Olesens ideer), tøyning av muskler (i samarbeid med svenske dr. Jern Hamberg) og sekvenstrening (sammen med norske Hans Gunnari). Oddvar Holten hadde med sin medisinske treningsterapi tidligere gjort treningstilbudet mer spesifikt, og Rolf Gustavsen hadde videreutviklet stabiliseringsteknikkene.

I dette nordiske samarbeidet fungerte først dr. Schiøtz (1964-67) og deretter overlege Koefoed (1967-70) som presidenter i NFMM. Dessuten deltok fra Norge prof. I. Alvik og dr. med. H. Seyffarth, - fra Sverige prof. H. Brodin samt legene J. Hamberg, B. Insulander, U. Moritz, H. Schmid og L. Silverstolpe, - fra Danmark overlege Bang og dr. Bechgaard, - og fra Finland dr. O. Nyborg. Læreboken "Manipulation av ryggraden" av Brodin, Bang, Bechgaard, Kaltenborn og Schiøtz var et resultat av dette samarbeidet.

Foruten ovennevnte nordiske leger og fysioterapeuter bør følgende personers innsats nevnes:
Fra Sverige: Solbritt Slättberg, Britt Marie Johnson og Elsa Ingesson, senere Marna Alderin og Dan Wallin.
Fra Finland: Eivor Heistaro, senere Markku Paatelma og Tuija Mänttäri.
Fra Danmark: Hanne Thorsen og Birthe Carstensen.

Samarbeidet mellom alle ovennevnte nordiske leger og fysioterapeuter førte til et nordisk system i manuell terapi, som etterhvert også ble utbredt til verden forøvrig.

I 1970 ble Nordisk Forening for Manuell Medisin oppløst og gjort om til nasjonale legeforeninger. Dette førte til en splittelse innen det norske fysioterapimiljøet. Majoriteten valgte i 1971 å stifte en egen Nordisk Spesialgruppe for Manuell Terapi med nye lover, mens Kaltenborn og Evjenth orienterte seg mer i internasjonal sammenheng og deltok i danningen av IFOMT (International Federation of Ortopaedic Manual Therapy) i 1973. Begge grupperinger forble stort sett likevel medlemmer av NFF og Faggruppen for manuell terapi.

## 3. INTERNASJONALT

På fysioterapeutenes verdenskongress (WCPT) i Amsterdam i 1970 samlet deltagere med bakgrunn innen manuell terapi seg til et møte med dr. Cyriax, som alltid hadde vært positiv til manipulerende fysioterapeuter. Det ble nedsatt en interimskomité som skulle forberede et møte i Europa, og Geoffrey Maitland fra Australia og Freddy Kaltenborn ble utnevnt til "Consultants". I 1973 dannet de tre legene Cyriax (ortopedisk medisin), Stoddard (osteopati) og Walter Hinsen (kiroterapi) sammen med Kaltenborn og Evjenth foreningen International Seminar of Orthopaedic Medicine/Manual Therapy (ISOMT), som tok initiativ til et 5 ukers seminar og kurs på Gran Canari med 74 deltagere fra 12 nasjoner. Her ble ulike behandlingssystemer presentert, og det ble avviklet en felles internasjonal eksamen med legene H. Brodin (Sverige), J. Cyriax (England), Alan Stoddard (England) og H. Frisch (Tyskland) som sensorer. Bare 8 deltagere besto eksamen, og disse hadde bakgrunn enten fra det australske systemet til Maitland eller fra det nordiske systemet. 7 av disse dannet så International Federation of Manual Therapy, hvor de nevnte systemer dannet grunnlaget for en felles internasjonal standard.

Under WCPTs verdenskongress i Montreal i 1974 ble International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapy (IFOMT) offisielt grunnlagt av Geoffrey Maitland, Freddy Kaltenborn, Gregory Grieve og Stanley Paris. Richard Erhard fra USA ble valgt til IFOMTs første president, og det ble nedsatt en Standard Committee med Freddy Kaltenborn som Chairman, Gregory Grieve som Co-Chairman (for teori) og Brian Edwards og David Lamb som medlemmer.

*Det offisielle bildet fra IFOMT-stiftelsen 1974 i Montreal. F.v. sittende: G. Maitland, F. Kaltenborn. Stående: S. Paris, G. Grieve.*

IFOMT ble i 1978 opptatt som WCPTs faglige undergruppe for ortopedisk manuell terapi, og har hatt følgende kongresser, kurser og møter verden over:

| | |
|---|---|
| - Montreal, Canada | 1974 |
| - Gran Canari,Spania | 1975 |
| - Vail, Colorado,USA | 1977 |
| - Christchurch, New Zealand | 1980 |
| - Stockholm, Sverige | 1982 |
| - Vancouver, Canada | 1984 |
| - Cambridge, England | 1988 |
| - Gran Canari,Spania | 1990 |
| - Vail, Colorado, USA | 1992 |
| - Lillehammer, Norge | 1996 |
| - Perth, Australien | 2000 |
| - South Africa | 2004 |

På disse kongressene ble forskjellige lands utdanningsopplegg godkjent av IFOMT,
og nasjonenes faggrupper for manuell terapi således medlemmer av IFOMT:

| | | |
|---|---|---|
| - Christchurch | 1980 | Australia |
| - Stockholm | 1982: | Norge (med Spesialgruppen i Medisinsk Manipulasjon), Sverige og Storbritannia. |
| - Vancouver | 1984: | Canada, Sør-Afrika og Nederland (betinget). |
| - Cambridge | 1988: | New Zealand. |
| - Gran Canari | 1990: | Finland og Hong Kong. |
| - Vail | 1992: | Danmark, Sveits, USA og Tyskland. |
| - Lillehammer | 1996: | Belgia. |

IFOMT består således (i 1997) av 15 nasjonale faggrupper for ortopedisk manuell terapi. I 2005 er det ialt 20 medlemmer med Østerrike og Portugal (2000), Italia 2004, samt Grekenland og Spania (2005).

**KILDER:**


1. Tvedt, Birger: Personlig meddelelse i intervju, Oslo 29. mars 1995
2. Koefoed, V. F.: Personlig meddelelse i intervju, Oslo 28. mars 1995
3. Løken, Gunvor: Personlig meddelelsei intervju, Oslo 31. mars 1995
4. Laumann, Grethe: Personlig meddelelse i brev, Ski 8. juni 1995
5. Kaltenborn, Freddy: Foredrag:"Litt om manipulasjonsbehandling", holdt i Foreningen for Fysikalsk Medisin høsten 1952, referert i Kurstedsbladet 5/6 1954
6. Schiøtz, Eiler H. : Utdrag av diskusjon om manipulasjonsbehandling av columna i Det Norske Medicinske Selskab høsten 1957. Særtrykk fra Nordisk Medicin 1958: 60:1399-1406.
7. Schiøtz, Eiler H.: Manipulasjonsbehandling av columna under medisinsk-historisk synsvinkel. Særtrykk av Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1958
8. Cyriax, James: Brev til Freddy Kaltenborn, datert 9. april 1985
9. Stoddard, Alan: Brev til Freddy Kaltenborn, datert 29. april 1987
10. Cyriax, James: Textbook of Orthopaedic Medicine,Vol. I. (5.ed.), London 1969
11. Kaltenborn, Freddy: Nyere historikk, Oslo 1985
12. Kaltenborn, Freddy: Manuell mobilisering av ekstremitetsledd (4.utg.), Oslo 1993
13. Lamb, D., Kaltenborn, F., Paris, S.: History of IFOMT, Vail 1992
14. Lamb, D., Kaltenborn, F., Paris, S.: History of IFOMT´s Educational Standards and Membership, Lillehammer 1996
15. Sykegymnasten: 1954 - 56
16. Fysioterapeuten: 1958 - 68

# Tidsbruk og praksis i manuellterapi

*Av Hanne Dagfinrud, fysioterapeut, spes. i manuellterapi og idrettsfysioterapi, dr. philos, Diakonhjemmet Sykehus og Kjersti Storheim, fysioterapeut, dr. scient., Ullevål US, forskningsenheten NAR (Norsk forskningssenter for Aktiv Rehabilitering) og NIMI.*

*Denne artikkelen har også vært trykt i Fysioterapeuten.*

I sin kommentar til vårt innlegg i Muskel&Skjelett 4/2006 og Fysioterapeuten 8/2006 minner Mathisen oss om at det ikke er så enkelt å avgjøre hva som er dokumentert kunnskap. Det er vi enige i, og vi vil i det følgende kommentere noen av Mathisens fortolkninger av dokumentasjon for manuellterapipraksis.

Mathisen skriver at manuellterapeuter diagnostiserer og behandler ut fra en subgrupperingstankegang med tanke på å treffe best mulig tiltak til rett pasient. Det er riktig at det arbeides for å enes om mest mulig eksakte kriterier for slik klassifisering. Imidlertid er effektiv subgruppering avhengig av at både de enkelte deler av en klassifiseringsalgoritme og algoritmen som helhet er reproduserbar (reliabel) og valid (gyldige). Når det gjelder de aktuelle kliniske testene som per i dag anvendes med tanke på klassifisering av ryggpasienter, vet vi imidlertid at reliabiliteten er variabel og validiteten nesten ikke undersøkt (1-8). Mulighetene for korrekt klassifisering i forhold til patoanatomiske forandringer og/eller tegn og symptomer er derfor begrenset for en stor del av våre pasienter.

I sitt innlegg henviser Mathisen til forskning som viser at sannsynligheten for suksess med spinal manipulasjon øker fra 45 til 95 prosent i en gruppe pasienter med spesifikke korsryggsmerter. Han oppgir ingen referanse for denne informasjonen, men vi går ut fra at resultatene baseres på samme subgruppering som Fritz et al referer til i sine studier (6). I en artikkel der resultater av en reliabilitetsundersøkelse presenteres, viser forfatterne at klassifiseringskriteriene for manipulasjonsbehandling er pasienter med uspesifikke korsryggsmerter som har hatt symptomer mindre enn 16 dager og ingen smerteutbredelse under kneet (6). Det betyr at dersom man velger manipulasjon som tiltak til denne pasientgruppa, så øker suksessraten. Dette høres rimelig ut. Ved å anvende strenge inklusjonskriterier, er det stor sjanse for at suksessraten øker, men samtidig begrenses generaliserbarheten av resultatene. Når den enkelte manuellterapeut skal planlegge tidsbruk i sin praksis, må de vurdere hvor stor andel av ryggpasienter som fyller disse kriteriene og derved bare har behov for en lite tidkrevende manipulasjonsbehandling.

Det er i denne sammenhengen også interessant å nevne at kiropraktorene arbeider for at deres kompetanse innen rehabilitering skal bli mer kjent og bedre utnyttet, begrunnet blant annet ved at biomedisinske tiltak brukt som primærintervensjon har marginal effekt på svært mange pasienter med nakke- og korsryggsmerter (9).

Mathisen skriver at «*…rettighetsreformen har ført til en ny mulighet for manuellterapeuter. Dersom kombinert behandling velges for en pasient, har manuellterapeuter nå anledning til å henvise pasienten til øvelsesbehandling hos fysioterapeut*». Videre, at «*Manuellterapeutene ikke er nødt til å monopolisere behandlingsforløpet til pasientene*» (10). Vi mener ikke at behandlingen skal monopoliseres, men minner om at en av hovedhensiktene med Henvisningsprosjektet var å unngå unødvendige ledd i behandlingskjeden ved å fjerne veien om fastlegen. Dersom det ikke skal innføres et nytt forsinkende ledd, må manuellterapeuter forsikre seg om at deres kolleger står klar til å ta imot pasienter henvist fra manuellterapeuten uten ventetid. Dette er helt nødvendig dersom ikke et vesentlig argument for Henvisningsprosjektet skal ugyldiggjøres. Antallet manuellterapeuter i Norge øker ca. 40 utøvere per år, så det vil etter hvert stilles store krav til kollegers kapasitet og velvillighet hvis manuellterapeuter skal basere sin praksis på å henvise pasienter videre. Manipulasjon er et godt verktøy i manuellterapeuters innholdsrike verktøykasse, anvendt på de pasientene det er vist å ha god effekt for. Imidlertid mener vi pasienter som har hatt sine plager i mindre enn to ukers tid utgjør en begrenset andel av alle de pasienter som har behov for manuellterapeutenes omfattende fagkunnskaper. Vi gjentar derfor vår påstand om at tid er en forutsetning for å kunne utføre god behandling for del fleste av manuellterapeutenes pasienter. Videre håper vi at manuellterapeuter vil ivareta og utvikle sin posisjon som en høyt respektert yrkesgruppe i det norske helsevesenet gjennom å vektlegge sin mangfoldige kompetanse til nytte for et bredt spekter av pasienter med muskelskjelettplager.

*Tidligere innlegg:*
*✔ Dagfinrud/ Storheim: Dokumentert kunnskap må være retningsgivende for praksis M&S 4/2006, side 10.*
*✔ Mathisen: Dokumentert kunnskap og annen kunnskap. M&S 4/2006, side 11.*

**Referanser**

1. May S et al.: Reliability of procedures used in the physical examination of non-specific low back pain: a systematic review. Aust J Physiother 2006;52(2):91-102.
2. Hestbaek L et al.: Are chiropractic tests for the lumbo-pelvic spine reliable and valid? A systematic critical literature review. J Manipulative Physiol Ther 2000 May;23(4):258-75.
3. Seffinger MA et al.: Reliability of spinal palpation for diagnosis of back and neck pain: a systematic review of the literature. Spine 2004 October 1;29(19):E413-E425.
4. Abbott JH et al.: Lumbar segmental instability: a criterion-related validity study of manual therapy assessment. BMC Musculoskelet Disord 2005;6:56
5. Abbot CA et al.: Functional assessment in ankylosing spondylitis: evaluation of new self-administered questionnaire and correlation with anthopometric variables. Br J Rheumatol 1994 November;33(11):1060-6.
6. Fritz J et al.: An examination of the reliability of a classification algorithm for subgrouping patients with low back pain. Spine 2006 January 1;31(1):77-82.
7. Johansson F. Interexaminer reliability of lumbar segmental mobility tests Man Ther 2006 November;11(4):331-6.
8. Piva SR et al.: Inter-tester reliability of passive intervertebral and active movements of the cervical spine. Man Ther 2006 November;11(4):321-30
9. Norsk kiropraktorforening. Arbeidsrapport med anbefalinger for etablering av norsk universitetsutdanning for kiropraktikk. Rapport, 2005.
10. Mathisen E. Dokumentert kunnskap og annen kunnskap. Muskel&Skjelett 4, 2006.

# Rolf Lauvik til minne

Oppsal Fysikalske Institutts grunnlegger bedriftsfysioterapeut og manuellterapeut Rolf Lauvik er gått bort 82 år gammel. For over 50 år siden startet han opp sin praksis på Oppsal i bydel Østensjø i Oslo. Han var av de første utdannete manuellterapeutene i landet og førte fysioterapeuter frem til manuellterapi eksamen. Det kom fysioterapeuter fra fjern og nær for å ta utdanning hos ham. En kan trygt si at han var en av pionerene innen manuellterapi og undervisning. Manuellterapeuter gjorde mye for utviklingen av fysioterapifaget både nasjonalt og internasjonalt i denne pionertiden. Han var også tidlig ute med fokus på ergonomi fra begynnelsen av 60-tallet. Parallelt med sin jobb på instituttet hadde han jobb på Spikerverket. På 50-tallet arbeidet han på Oslo trygdekontors fysikalske avdeling. Han hadde en sterk faglig styrke som han delte sjenerøst.

2.5.1955 hadde Oppsal Fysikalske Institutts grunnlegger manuellterapeut og fysioterapeut Rolf Lauvik sin første pasient på Oppsal i Haakon Tvetersvei. Siden fikk han lokaler i Østensjøveien og deretter flyttet han til Haakon Tvetersvei 88 ved Oppsal kjøpesenter da det ble ferdigstilt. I 1973 overtok nye eiere et stort og godt drevet fysikalsk institutt og Lauvik fikk brukt mer av sin tid på bedriftsfysioterapi, ergonomi og forebygging av plager. På hans tid og frem til det ble ansatt kommunale fysioterapeuter sto instituttet for hjemmebehandling, behandling på skole, yrkesskole, på barnehage, helsestasjonkontroll og ergonomi. Fortsatt drives det aktivt med forebyggende arbeid for barn, voksne, bedrift og eldre.

Instituttet er takknemmelig for det gode grunnlaget Rolf Lauvik la og hans tradisjon med forebyggende arbeid. For gode faglige tradisjoner må vi ivareta, på tross av rammene, samtidig som vi tenker fremover med nytenkning og fornying. Vi som arbeider ved instituttet slutter oss fortsatt til hans mål om et godt tilbud via faglig undervisning og et bredt og faglig oppdatert tilbud til pasientene.

Vi vil minnes ham som en faglig dyktig fysioterapeut med et godt hjerte.

*Elsa og Bernt Halvorsen. Ledelsen på Oppsal Fysikalske Institutt AS*

*Rolf Lauvik på sitt institutt*

## Gratis annonser for medlemmer

■ Har du kjøpt ny benk og vil selge den gamle? Trenger du vikar i driftsavtalen din? Medlemmer av Servicekontoret kan annonsere på servicekontorets interne nyhetsliste og på manuellterapi.no gratis. Forutsetningen er at annonsen er tilknyttet manuellterapeutens ordinære næringsvirksomhet (ordinær manuellterapipraksis). Servicekontoret forbeholder seg retten til å vurdere hva som faller inn under dette.

Ordinær pris for annonsering via Servicekontorets internmail er per i dag 1.500 kr + mva.

# Betraktninger omkring manuellterapeuters nye rolle: Primærkontaktrollen

Ett år er gått siden manuellterapeuter over det ganske land ble primærkontakter. Ennå er det mye som tyder på at ordningen er lite kjent blant publikum og i begrenset grad blir utnyttet. Halvårsrapporten fra NAV for første halvår 2006 slår fast at manuellterapeuter svært sjelden sykmelder. En av grunnene kan være at få pasienter er klar over at de kan få dette ordnet også hos manuellterapeut. Det virker som kiropraktorene har vært mye flinkere til å implementere ordningen.

Manuellterapeuter i tre fylker har praktisert som primærkontakt i fem år. Med dette som bakgrunn har vi lyst å dele noen tanker og erfaringer. Pasienter som skal til fysioterapeut har i alle år vært nødt for å skaffe seg henvisning fra lege. I tillegg var spesiell henvisning nødvendig for å få manuellterapi. Slik er det ikke lenger. Pasienten trenger fortsatt henvisning til fysioterapeut, men kan oppsøke manuellterapeut direkte. Gjør de det? Vet de om oss?

Alle vet at aldersbetingede lesevansker er vanlig. Alle vet at man går til optiker for å sjekke synet og ta ut briller. Hvorfor annonserer likevel optikere så hyppig som de gjør i lokalavisen og andre media? Det er vel strengt tatt ikke nødvendig?

Sannsynligvis vil markedskrefter og andre tilsvarende forhold raskt bli styrende for pasientens valg av behandler for muskelskjelettlidelser. Det er mange aktører som konkurrerer om de samme pasientene. Legen vil i stadig mindre grad skrive rekvisisjoner, noe vi for lengst har erfart. For å få til endringer i pasientadferd må man ta noen valg og gjøre noen grep.

Det første er å avgjøre for seg selv hvordan en vil bruke disse nye rettighetene: Man fortsetter sin praksis som tidligere, og bruker mulighetene hvis det tilfeldigvis dukker opp en pasient som trenger henvisning eller sykmelding. Eller bedre: Man inntar en aktiv tilnærming der man bestreber seg på å tiltrekke seg relevante pasienter uten at de har vært hos legen først. Uavhengig av eksisterende pasienttilstrømming, krever dette regelmessig annonsering i blant annet lokalavisen og andre media. En hver anledning må utnyttes til å informere pasienter og andre om manuellterapeuters gode tilbud.

Etter fem år kan vi slå fast at stadig flere vet om oss, men langt fra alle. Fortsatt dukker det opp pasienter som ikke kjenner til ordningen. Annonser leses trolig ikke av personer som ikke har vondt den dagen annonsen står på trykk. Likevel, i vår praksis ser vi at stadig flere personer kommer tilbake til oss med alle sine muskel-skjelett-relaterte problemstillinger. Manuellterapeuten er blitt førstevalget, ikke legen! Men det har tatt tid og det har kostet penger og aktiv handling. Belønningen er en mer berikende og givende arbeidsdag.

Vi gjorde et bevisst valg: Vi profilerte manuellterapeuten og mener vi har lykkes godt med en slik strategi. Oppfordringen til våre kolleger blir å gjøre likedan. Å fungere som primærkontakt er noe man må ville. Det kommer ikke av seg selv fordi Stortinget har gjort et vedtak! De som velger å fortsette sin praksis som før kan ikke forvente særlig mange muligheter til å utnytte rettighetene vi er tildelt. Kanskje er det en ide å spørre seg selv hva skjer den dagen legen helt slutter å skrive rekvisisjoner? Hvem velger pasienten da å gå til – kiropraktoren eller naprapaten?

Markedsføringen må gjøre det klart at manuellterapeuten har gode tilbud på den diagnostiske og terapeutiske arena. Litt ekstra innsats det kommende året, og manuellterapeutene vil vise seg som verdige primærkontakter.

Lykke til!

*Kollegial hilsen fra to erfarne manuellterapeuter/primærkontakter*
*Jostein Ellingsen og Sven E Fredriksen*

*Se også intervju med Ellingsen og Fredriksen, neste side.*

## Servicekontorets publikumstelefon

■ Leter du etter manuellterapeut? Ring **944 38 130 og** få opplysning om hvilke manuellterapeuter som fins i ditt distrikt.

# Informasjon og tilgjengelighet

– Når bunken med gamle blanketter er brukt opp, vil det ikke komme flere pasienter med henvisning fra legen. Nå må vi skaffe pasientene selv. Det må skje ved å gjøre tilbudet vårt kjent og at manuellterapeutene er tilgjengelige.

*Av Espen Mathisen*

Vi er på Institutt for manuellterapi på Sortland der vi møter innehaver Sven Erik Fredriksen og Jostein Ellingsen, som har praksis i Melbu og Svolvær når han ikke underviser ved manuellterapiutdanningen i Bergen. Begge har vært primærkontakter siden Henvisningsprosjektet startet i 2001. I forbindelse med at rettighetsreformen ble landsomfattende og permanent i fjor har de propagandert aktivt for at manuellterapeuter må legge om praksis. Blant annet har de skrevet innlegg om dette her i tidsskriftet (se side 25) og Fysioterapeuten.

**Legehenvisning og pasientvalg**

Fredriksen og Ellingsen mener at manuellterapeuter tidligere kom «for lett til det».

– Før rettighetsreformen fikk vi pasientene henvist fra legene som rekvirerte undersøkelse og behandling hos manuellterapeut. Timelistene fylte seg opp av seg selv uten at vi trengte å informere pasientene eller å annonsere.

Fredriksen mener dette har skapt en avhengighet av legen og en farlig passivitet hos mange kolleger når det gjelder aktivt å ta ansvaret selv for pasientene.

For etter reformen ble innført i hele landet i fjor er det ikke lenger legene som henviser pasientene til manuellterapi. Det er pasientene selv som nå må velge manuellterapi dersom manuellterapeuten skal få fylt timeboka.

– Hvis manuellterapi skal være et reelt valg må publikum være informert om tilbudet vårt og vi må være tilgjengelige, sier Ellingsen.

**Annonsering og tilgjengelighet**

De to primærkontakt-veteranene sier at det viktigste for å klare overgangen fra gammel til ny virkelighet, er synliggjøring via annonser og tilgjengelighet for akuttpasienter i klinikken.

– Servicekontoret kan til en viss grad informere om manuellterapi via annonsering i rikspressen, men hvert enkelt institutt må også annonsere for egen virksomhet, sier Fredriksen.

Både han og Ellingsen har annonsert i lokalpressen for praksisene sine helt siden de ble primærkontakter (manuellterapeutene i Nordland, Hordaland og Vestfold fikk utvidete rettigheter i 2001 i forbindelse med prøveprosjektet). De har begge annonsert for cirka 30.000 kroner i året de siste årene.

– Det er ikke nok med én annonse og tro at jobben er gjort. Det må annonseres regelmessig. Selv om jeg har annonsert i fem år, er det fortsatt mange som ikke vet at de kan komme direkte til manuellterapeut, få sykmelding og viderehenvisning, sier Fredriksen.

*– Har manuellterapeutene råd til et annonsebudsjett?*

– Vi har ikke råd til å la være. Når legenes restlager av gamle rekvisisjonsblokkene – der det går det an å krysse av for «manuell terapi» – er borte, vil manuellterapeutene som sitter og venter på henviste pasienter sulte i hjel.

Når det gjelder tilgjengelighet er de begge samstemte om at manuellterapeuten må ha mulighet til å ta akuttpasienter.

– Det nytter ikke å ha ukers eller måneders venteliste. Helst bør akuttpasientene tas samme dag, eller maks i løpet av to-tre dager.

Ellingsen sier Servicekontoret bør vurdere å ta inn et punkt om tilgjengelighet for akuttpasienter i retningslinjene for drift av manuellterapipraksiser.

– Leger har plikt til å ta akuttpasienter. Kanskje bør vi kvalitetssikre manuellterapiproduktet ved å stille krav om maks ventetid for å komme til behandling.

**Hard konkurranse**

Ellingsen mener det haster med å bli synlig og tilgjengelig i markedet.

– Antallet kiropraktorer vil doble seg i løpet av få år. Samtidig oppfatter publikum dem som primærkontakter, for de har de vært i årevis. Naprapatene blir også flere og annonserer regelmessig, fordi de ikke får pasienter på annet vis. Det er vi som må endre oss. Dersom disse yrkesgruppene overtar markedet, blir det mye verre å komme inn senere.

Fredriksen peker på at manuellterapeutene også har et handikap i forhold til de to nevnte gruppene.

– I alle år har vi vært underleverandører til legene. Nå har vi endret rolle, men det tar tid å endre folks oppfatning av oss.

***Pasientvalg.*** *– Manuellterapeutene er vant til å få pasienter fra legen. I den nye rettighetsreformen må pasientene selv velge mellom behandlerne, sier Sven Erik Fredriksen (tv) og Jostein Ellingsen. Foto: Espen Mathisen*

**Frykter ikke rettighetstap**

Rask og enkel adgang til manuellterapi er hovedhensikten med rettighetsreformen. Tanken er at aktiv behandling hos manuellterapeuter skal erstatte «vente og se» strategier og unødvendige sykmeldinger hos muskel- og skjelettpasienter.

*– Dersom manuellterapeuter ikke makter å bli primærkontakter, frykter dere at myndighetene reverserer ordningen?*

– Det skal mye til å ta fra oss rettigheter og oppgaver som vi er kvalifiserte for og allerede har fått. Den verste konsekvensen vil være at vi ikke får pasienter som manuellterapeuter, men må arbeide som fysioterapeuter etter rekvisisjon, sier Ellingsen.

Det er en yrkesrolle som verken han eller Fredriksen vil tilbake til.

– Etter selv å ha hatt ansvar for pasientenes behandlingsopplegg som manuellterapeut, har jeg opplevd en mye mer interessant hverdag på klinikken. Jeg kan ikke tenke meg å gå tilbake til den gamle rollen, sier Fredriksen.

**Pasienter nok**

Mange nye behandlergrupper har gjort sitt inntog på muskel- og skjelettområdet. Spørsmålet er om det er pasienter nok til alle. Fredriksen er ikke i tvil.

– Det fins muskel- og skjelettpasienter i søkk og kav. Vi trenger ikke ta pasienter fra fysioterapeuter. Det er først og fremst de pasientene som går til legen vi skal ha tak i. I første kvartal 2006 hadde legene totalt nesten en million sykmeldingstilfeller. Hvis en regner at cirka 45 prosent av disse sykmeldingene skyldes muskel- og skjelett snakker vi om cirka 450.000 sykmeldingstilfeller som manuellterapeuter like gjerne kunne ha tatt seg av. Til sammenligning hadde manuellterapeutene 600 sykmeldingstilfeller i samme periode. Det er altså pasienter nok, utfordringen er å få fatt i dem før de går til legen og får sykmelding der, sier Fredriksen.

Han mener manuellterapeutenes tilnærming til disse pasientene sannsynligvis vil føre til færre sykmeldinger.

– Noen skal likevel sykmeldes i akutt fase, og fornuftig brukt mener jeg kortidssykmelding kan være et viktig element for å unngå langvarig sykmelding over åtte uker.

**Offentlig informasjon**

De to manuellterapeutene i Vesterålen er skuffet over det offentliges informasjonsinnsats i forbindelse med den nye ordningen.

– Rikstrygdeverkets brosjyre i forbindelse med rettighetsreformen var OK, men det har blitt med det ene tiltaket. Informasjonen på NAVs hjemmeside blander sammen fysioterapi og manuellterapi, og klikker du på «m» på innholdsoversikten kommer ikke manuellterapi opp som eget tema. Klikker du på kiropraktor kommer du imidlertid rett til informasjon om deres rolle som primærkontakter, sier Fredriksen.

Han er også forundret over at kommunene, som betaler ut driftstilskudd i dyre dommer, jevnt over ikke nevner at de har manuellterapeuter i sin tjeneste. Sortland kommunes hjemmeside framstår i så måte som et hederlig unntak! ❑

# Muskel- og skjelettpasientene går fortsatt til legen for å få sykmelding

| | 2006 1 kvartal | | | | | | | | 2006 2 kvartal | | | | | | | | 2006k 3 kvartal | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I alt | | IN/LE | | KI | | MT | | I alt | | IN/LE | | KI | | MT | | I alt | | IN/LE | | KI | | MT | |
| | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % | ant | % |
| I alt | 997591 | 100 | 993212 | 99,56 | 3771 | 0,38 | 608 | 0,06 | 823004 | 100 | 817723 | 99,36 | 4638 | 0,56 | 643 | 0,08 | 744349 | 100 | 738878 | 99,26 | 4916 | 0,66 | 555 | 0,07 |
| Østfold | 56992 | 100 | 56800 | 99,66 | 187 | 0,33 | 5 | 0,01 | 47480 | 100 | 47211 | 99,43 | 268 | 0,56 | 1 | 0 | 41727 | 100 | 41418 | 99,26 | 287 | 0,69 | 22 | 0,05 |
| Akershus | 112922 | 100 | 112508 | 99,63 | 384 | 0,34 | 30 | 0,03 | 92651 | 100 | 92007 | 99,3 | 579 | 0,62 | 65 | 0,07 | 82146 | 100 | 81478 | 99,19 | 599 | 0,73 | 69 | 0,08 |
| Oslo | 121735 | 100 | 121597 | 99,89 | 126 | 0,1 | 12 | 0,01 | 98875 | 100 | 98618 | 99,74 | 217 | 0,22 | 40 | 0,04 | 93050 | 100 | 92798 | 99,73 | 209 | 0,22 | 43 | 0,05 |
| Hedmark | 41013 | 100 | 40893 | 99,71 | 117 | 0,29 | 3 | 0,01 | 32839 | 100 | 32679 | 99,51 | 155 | 0,47 | 5 | 0,02 | 29168 | 100 | 29007 | 99,45 | 158 | 0,54 | 3 | 0,01 |
| Oppland | 41735 | 100 | 41583 | 99,64 | 151 | 0,36 | 1 | 0 | 34337 | 100 | 34156 | 99,47 | 181 | 0,53 | . | . | 31277 | 100 | 31043 | 99,25 | 233 | 0,74 | 1 | 0 |
| Buskerud | 57120 | 100 | 56943 | 99,69 | 163 | 0,29 | 14 | 0,02 | 47763 | 100 | 47539 | 99,53 | 201 | 0,42 | 23 | 0,05 | 42348 | 100 | 42092 | 99,4 | 223 | 0,53 | 33 | 0,08 |
| Vestfold | 43264 | 100 | 43055 | 99,52 | 166 | 0,38 | 43 | 0,1 | 36116 | 100 | 35884 | 99,36 | 195 | 0,54 | 37 | 0,1 | 32330 | 100 | 32120 | 99,35 | 202 | 0,62 | 8 | 0,02 |
| Telemark | 34330 | 100 | 34210 | 99,65 | 116 | 0,34 | 4 | 0,01 | 28210 | 100 | 28034 | 99,38 | 174 | 0,62 | 2 | 0,01 | 25579 | 100 | 25382 | 99,23 | 194 | 0,76 | 3 | 0,01 |
| Aust-Agder | 18224 | 100 | 18197 | 99,85 | 27 | 0,15 | . | . | 15812 | 100 | 15762 | 99,68 | 49 | 0,31 | 1 | 0,01 | 13988 | 100 | 13889 | 99,29 | 99 | 0,71 | . | . |
| Vest-Agder | 30821 | 100 | 30773 | 99,84 | 47 | 0,15 | 1 | 0 | 25237 | 100 | 25159 | 99,69 | 77 | 0,31 | 1 | 0 | 23167 | 100 | 23039 | 99,45 | 122 | 0,53 | 6 | 0,03 |
| Rogaland | 72799 | 100 | 72543 | 99,7 | 252 | 0,35 | 4 | 0,01 | 60174 | 100 | 59748 | 99,29 | 394 | 0,65 | 32 | 0,05 | 53261 | 100 | 52760 | 99,06 | 484 | 0,91 | 17 | 0,03 |
| Hordaland | 101626 | 100 | 100406 | 98,8 | 1100 | 1,08 | 120 | 0,12 | 80919 | 100 | 79798 | 98,61 | 1030 | 1,27 | 91 | 0,11 | 73392 | 100 | 72247 | 98,44 | 1091 | 1,49 | 54 | 0,07 |
| Sogn og Fj. | 19907 | 100 | 19750 | 99,21 | 153 | 0,77 | 4 | 0,02 | 17201 | 100 | 17026 | 98,98 | 172 | 1 | 3 | 0,02 | 15055 | 100 | 14932 | 99,18 | 122 | 0,81 | 1 | 0,01 |
| Møre og Romsd. | 50532 | 100 | 50417 | 99,77 | 110 | 0,22 | 5 | 0,01 | 42402 | 100 | 42256 | 99,66 | 130 | 0,31 | 16 | 0,04 | 38287 | 100 | 38151 | 99,64 | 129 | 0,34 | 7 | 0,02 |
| Sør-Trøndelag | 60787 | 100 | 60685 | 99,83 | 92 | 0,15 | 10 | 0,02 | 48747 | 100 | 48609 | 99,72 | 132 | 0,27 | 6 | 0,01 | 44287 | 100 | 44156 | 99,7 | 113 | 0,26 | 18 | 0,04 |
| Nord-Trøndelag | 26241 | 100 | 26205 | 99,86 | 34 | 0,13 | 2 | 0,01 | 21062 | 100 | 21014 | 99,77 | 41 | 0,19 | 7 | 0,03 | 19582 | 100 | 19523 | 99,7 | 45 | 0,23 | 14 | 0,07 |
| Nordland | 48504 | 100 | 47833 | 98,62 | 379 | 0,78 | 292 | 0,6 | 41789 | 100 | 41120 | 98,4 | 398 | 0,95 | 271 | 0,65 | 39115 | 100 | 38550 | 98,56 | 347 | 0,89 | 218 | 0,56 |
| Troms | 38577 | 100 | 38365 | 99,45 | 157 | 0,41 | 55 | 0,14 | 33191 | 100 | 32922 | 99,19 | 227 | 0,68 | 42 | 0,13 | 30486 | 100 | 30206 | 99,08 | 242 | 0,79 | 38 | 0,12 |
| Finnmark | 18611 | 100 | 18598 | 99,93 | 10 | 0,05 | 3 | 0,02 | 16617 | 100 | 16599 | 99,89 | 18 | 0,11 | . | . | 14367 | 100 | 14350 | 99,88 | 17 | 0,12 | . | . |
| FFU | 1851 | 100 | 1851 | 100 | . | . | . | . | 1582 | 100 | 1582 | 100 | . | . | . | . | 1737 | 100 | 1737 | 100 | . | . | . | . |

*Tabellen viser sykmeldingstallene de tre første kvartalene i 2006, fordelt på institusjoner/leger (IN/LE), kiropraktorer (KI) og manuellterapeuter (MT). Kilde: NAV*

Oversikten over sykmeldingstilfeller i de tre første kvartalene viser at hver manuellterapeut i Norge sykmelder i snitt cirka to ganger i kvartalet. I Oslo, med cirka 80 manuellterapeuter, sykmelder hver behandler bare en gang i halvåret. Sven Erik Fredriksen mener tallene viser at manuellterapeuter som gruppe ennå ikke er primærkontakter i ordets egentlige forstand.

– Pasienter går fortsatt til legen i akuttfasen. De vet ikke at manuellterapeuten kan sykmelde, eller så er manuellterapeuten ikke er tilgjengelig for folk med akutt vondt som trenger rask behandling.

*– De lave sykmeldingstallene kan indikere at manuellterapeuter er opptatt av aktivitet i behandlingen?*

– Jeg har ingen tro på den forklaringen. Du sender ikke en person med 45 grader avvergestilling rett tilbake til produksjonslinja i lakseindustrien.

Fredriksen hadde selv 119 sykmeldingstilfeller i 2006, dvs. cirka 30 i kvartalet (antallet sykmeldte pasienter var lavere).

– Antall sykmeldingstilfeller har økt siden jeg startet som primærkontakt høsten 2001. I 2002 hadde jeg i snitt 16 sykmeldingstilfeller per kvartal. Det vil si at antallet er doblet på fem år.

De lave sykmeldingstallene som statistikken viser for manuellterapeuter, kan bety at akuttpasienter i stor grad ikke kommer til manuellterapeut først. Kanskje er det et poeng å minne om at vi i slike tilfeller kan forlenge lege-initiert sykmelding? På det viset forenkler vi pasientens hverdag betraktelig gjennom at de bare trenger å forholde seg til en behandler. ❑

# – En ordning skreddersydd for kiropraktorer

Norsk Kiropraktorforening mener den nye rettighetsreformen passer kiropraktorenes måte å praktisere på. Leder Øystein Ogre mener sykmeldingstallene viser at ordningen er skreddersydd for kiropraktorer.

– Våre kolleger benytter ordningen slik Stortingets intensjon var. Vi sykmelder når det er nødvendig, og vi får også opplyst fra NAV at våre sykmeldinger er korte.

– Tallene viser oss at ordningen passer svært godt til kiropraktorenes måte å praktisere på, sier Øystein Ogre.

# Endelig...

MEDINOR

Høsten 2006 inngikk Medinor ASA og DJO en avtale om at utvalgte Aircast og DonJoy produkter fremover blir forhandlet via Medinor. Dette betyr at produktene er blitt mer tilgjengelig for fysioterapeuter, idrettslag etc.

For brosjyre og priser, kontakt Medinor på tlf 22 07 65 00, eller medinor@medinor.no

AIRCAST®

**Air-Stirrup**
Ankelbandasje med mellomfaste, anatomiske designet ”skall”, som gir beskyttelse og komfort og motvirker inversion/eversion. Patentert Duplex™ luftputesystem forbedrer sirkulasjon og minsker hevelse. Lett å ta på. God passform i sko gir mulighet for tidlig, beskyttet vekttbelastning.

**Sport-Stirrup**
Air-Stirrup ankelbandasje med et smalere ”skall”, så den fyller mindre i en sportssko.

**A60**
60° stabilisering beskytter mot overtåkk og forstuing. Breath-O-Prene®-stoffet holder foten kjølig og tørr. Glatt, anatomisk design gir en komfortabel passform og fyller meget lite i skoen. Lett å ta på, justeres med en enkel stropp.

**AirSport**
Designet for idrettsutøvere og pasienter med kronisk forstuing av ankelen. Med påviselig Air-Stirrup-støtte og ATF-tverrstropp (ATF = anterior talofibular), som stabiliserer ankelen. Integrert forfots- og tibiaomslag som støtter. Automatisk justering av hælbredden gjør den lett å ta på. Impregnert stoff for økt holdbarhet.

www.medinor.no

## Annonser på
# Gule Sider ®

Manuellterapi er blitt egen bransje i Gule Sider. Interessert i oppføring eller annonser? Ta kontakt med **Anne Karine Hamm Thue**, anne-karine.hamm@findexa.no, telefon: 22 77 07 63.

For tilbud på annonser og oppføringer, se www.manuellterapi.no, klikk på Gule Sider-logoen.

## Annonser i
# Aftenposten

Manuellterapeuter som er medlem av Servicekontoret får 20 prosent rabatt på alle annonser, uansett størrelse på annonsen eller antall innrykk.
*Husk at manuellterapi er egen bransje i Aftenposten!*

Interesserte kan henvende seg til salgskonsulent **Jon Brede Corneliussen**,
tlf.: 92 85 01 32 / 99 44 99 60, faks 22 86 33 98,
epost: jon.brede.corneliussen@aftenposten.no

# Datterweb uten etableringsgebyr

Markedsfør klinikken din og manuellterapi på en faglig og seriøs måte!

Medlemmer av Manuellterapeutenes Servicekontor får den unike datterwebløsningen uten etableringsgebyr. Datterwebløsningen krever ingen innsats fra det enkelte medlem for å fungere. Den vedlikeholdes av Servicekontoret sentralt. Artiklene klinikkene får fra manuellterapi.no er informative og seriøse. For å sette ditt personlige preg på siden, sender du beskrivelse av instituttet og medarbeiderne, gjerne med bilder, og eventuelt instituttets logo. Det går også an å legge ut egne saker.

Interessert?
Ta kontakt med
Espen Mathisen
telefon 913 00 403
info@manuellterapi.no
for nærmere informasjon.

Manuellterapeutenes
Servicekontor

# Kjøp arbeidstøy med manuellterapilogo

Manuellterapeuter kan nå bestille arbeidstøy med Servicekontorets logo til rabattert pris fra Hejco.

Manuellterapeutenes Servicekontor har inngått avtale med arbeidstøyleverandøren Hejco. Avtalen innebærer at manuellterapeuter får 15 prosent avslag på katalogpris ved kjøp av arbeidstøy. Det er en forutsetning at brodering av Servicekontorets manuellterapilogo bestilles samtidig. Brodering koster 37 kroner eks. mva. per plagg.

Hejcos kolleksjon fins på Internett, www.hejco.com. Her kan du også laste ned eller bestille katalogen i papirformat.

For bestilling, kontakt *Hejco v/ Hans Fergestad, telefon 909 83 298 eller e-post: hans.fergestad@kwintet.com*. Husk å oppgi stikkordet «manuellterapi» for å få rabatten.

*Kjøp arbeidstøy med manuellterapilogo hos Hejco til rabattert pris.*

Introduksjonspris

995,-*

Ring 37 05 97 70
for bestilling

# Nyhet - *Trainer Mini*

**Redcord® lanserer nå *Trainer Mini*, en rimelig og mobil løsning for slyngetrening.**

**FLEKSIBEL OPPHENGSLØSNING**: Med *Trainer Mini* kan man trene effektivt hjemme, på reise, inne eller ute.

Nordisk Terapi / TerapiMaster skiftet navn 1. februar 2007 til Redcord AS
Les mer på www.redcord.com

redcord®

* inkl. mva.

Retur: Muskel&Skjelett
v/Espen Mathisen,
Nabbetorpveien 138,
1636 Gml Fredrikstad

B-Economique
NORGE
P.P.

# Kollegabasert veiledningsseminar

Torsdag 15. mars arrangerer Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor kollegabasert veiledningsseminar på Hotell Royal Garden i Trondheim. Hovedtema er utarbeiding av kommunikasjonsstrategi for Servicekontoret og medlemmene. Seminaret begynner kl.10.00 og slutter kl.16.00.

Meld deg på veiledningseminaret her: http://tsforum.event123.no/MT07/MT07/paamelding.cfm

# Generalforsamling

Torsdag 15. mars kl. 16.30 avholdes generalforsamling i Manuellterapeutenes Servicekontor, se www.manuellterapi.no > servicekontor > generalforsamling. Sted: Royal Garden Hotell, Trondheim.

# Finn manuellterapeut

På www.manuellterapi.no > «Finn manuellterapeut» er det oversikt over manuellterapeuter i hele Norge.

Sørg for at du er riktig registrert på oversikten! Endringer meldes til info@manuellterapi.no

# Landsmøte

Annonse

Norsk Manuellterapeutforening avholder landsmøte lørdag 17. mars kl. 17. Frist for innsending av saker: 17. februar. Saker sendes: Norsk Manuellterapeutforening, boks 797, 8510 Narvik.

Styret.

## Ledig for manuellterapeut i nyoppretta stilling, Sandane

Firda fysikalsk-medisinsk senter er eit senter som har delte oppgåver mellom kurativt arbeid, rehabilitering av rygg og nakkeproblem, samt deltek aktiv i forsking innan nakkeskade. Senteret har pr. dato to fysioterapeutar, ein manuellterapeut i full stilling, samt ein treningsinstruktør i full stilling (utdanna personleg trenar ved NIH). Den nye stillinga er tiltenkt kurativt arbeid, deltaking i rehabilitering av nakkeskadde samt i deltaking forskingsprosjekt.

Stillinga vil bli regulert som leigeavtale. Pr. dato har stillinga 20 prosent fast driftstilskot.

For spørsmål, kontakt Bertel Rune Kaale, Vereide, 6823 Sandane eller telefon 95 23 74 62.

Tilsetting skjer i samråd med Gloppen kommune.

**Søknadsfrist: 30 03 07**

Skrifteleg søknad sendast til
Firda fysikalsk-medisinsk senter, Pb 194, 6821 Sandane

## Jobb i vakre og spennende Island

Annonse

Kom og jobb med oss i en godt utstyrt, vel etablert privat klinikk i Island. Vi søker to manuel terapeuter eller fysioterapeuter med annen relevant videreutdannelse innen muskel/skjelett, eller idrett. Administrative forhold i Island er meget annvennlige i henhold til Norge og intektsmuligheter minnst like bra. Vi er i en liten by, kun 45 (min) kjøring fra Reykjavik, midt i en fantastiskt variert natur, med spennende tur- og fiskemuligheter.

**Oppstart: ASAP.**
Tidsfrist: **Første beste man til mølla.**
Kontakt oss på e-post:
**gunleif@simnet.is**

Skriv på norsk og send gjerne en CV. Vi sender fyldigere informasjon og bilder etter ønske.