Tidsskrift

for hjerte- og lungefysioterapi

November 2022

20. årgang

Norsk fysioterapeutforbunds faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi

Styret 2022

Leder: Frederikke Tonnaer Liseth
Arbeidssted: Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet
Mailadresse: hjerteoglunge@fysio.no

Sekretær: Lina Krohg
Arbeidssted: Sørlandet Sykehus Kristiansand
Mailadresse: lina.krohg@sshf.no

Kasserer: Stine Henrikke Monsen
Arbeidssted: Helse Møre og Romsdal
Mailadresse: stine.h.monsen@gmail.com

Redaktør: Cecilie Straumann Botn
Arbeidssted: Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet
Mailadresse: cecstr@ous-hf.no

Webansvarlig: Gro Sverdrup
Arbeidssted: Stavanger kommune
Mailadresse: gro_s_kleppesto@hotmail.com

Nestleder: Petrine Solli Veierød
Arbeidssted: Haukeland Universitetssykehus
Mailadresse: sara-petrine.solli.veierod@helse-bergen.no

Seminaransvarlig: Marjon Van Weele
Arbeidssted: Arendal kommune
Mailadresse: marjonvweele@hotmail.com

www.fysio.no/Forbundsforsiden/Organisasjon/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapi

Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi
November 2022

Intensivhverdagen fra et pasientperspektiv.
Foto: Lina Krohg.

Innhold

5 NKH blir LTMV NKK, Hva betyr det?
6 Hjertelaget Fysioterapi Stavanger - Hvordan kan det skapes interesse og kompetanse for lungefysioterapi hos fysioterapeuter med driftstilskudd i kommunene?
8 Oslo kommune - Bydel Frogner har et driftstilskudd rettet mot lungepasieter
10 Intensivhverdagen fra et pasientperspektiv
14 Å trene seg opp etter en hjertetransplantasjon
16 Master i klinisk fysioterapi i Bergen - Engasjement i oppfølging og behandling av personer med KOLS var Stine Maléns utgangspunkt
18 Konferanserapport - Inducible Laryngeal Obstruction - ILO konferansen 2022
20 Konferanserapport - ERS International congress 2022
22 Rehabiliteringstilbud etter Covid-19 sykdom
24 Anatomilæreren som ble kunstmaler
26 Palliasjon, hva innebærer det for våre pasientgrupper?
28 CPAx-NOR på Arendalsuka
30 Valg av regionledere i NFF region Oslo-området kan åpne øynene for sykehusfysioterapi
32 Premiering av beste bidrag i Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi
34 Kursrapprter fra stipendmottakere
38 Master- og ph.d.-kandidater innen fagfeltet
48 Fagnettverk for hjerte- og lungefysioterapeuter
49 Kurs og kongresser innen intensiv-, hjerte- og lungefysioterapi

Utgiver: NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi
Redaktør: Cecilie Straumann Botn
Illustrasjon omslag: Harald Kryvi
Forside: Larynx
Bakside: Nerveceller

Bidragsytere: Faggruppens styremedlemmer
Utforming: Cecilie Straumann Botn
Mal: Fysioterapeuten 2020
Annonser: Gro Sverdrup Kleppestø
Redaksjonen avsluttet: 02. november 2022

Fysioterapi: kompetanse og kvalitet

Frederikke Tonnaer Liseth

Leder i NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi.
hjerteoglunge@fysio.no

Fysioterapeut, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

I året som har gått har faggruppen fortsatt sitt fokus på oppdatering av de eksisterende kursene, og i samarbeid med sekretariatet sett på omfang og muligheter for nye kurs. Et stadig mer spesialisert helsevesen krever spesialiserte ansatte, og vi ser det som vår hovedoppgave å tilby etterutdanning som dekker vårt fagfelt godt og er oppdatert. Det er viktig at det finnes et godt tilbud både av grunnkurs og fordypningskurs. Etter å ha gått gjennom evalueringer fra deltakere på våre kurs det siste året er det bare å gratulere dyktige kursleder med godt utført oppdrag!

Hånd i hånd med behovet for etterutdanning og spesialisering merkes det godt at det er et større trykk på helsetjenesten enn tidligere. To år med pandemi etterfulgt av usikre økonomiske tider innebærer at det må spares inn midler i helsetjenestene også. Det gjelder både for dem som jobber privat og offentlig. Å fremme fysioterapeuters kompetanse er derfor viktigere enn noen gang før.

I lys av dette ser vi at det blir desto viktigere å prioritere politisk arbeid høyere også i faggruppa. Det må i større grad synliggjøres overfor politikere og beslutnings--takere hvordan og hvorfor hjerte-og lungefysioterapi må prioriteres. Dette skjer i samarbeid med NFF sentralt og vil være viktig fremover. En viktig sak i dette er NFF sin søknad om offentlig spesialistgodkjenning av fysioterapeuter.

Vi håper du får glede av innholdet i årets tidsskrift, og at vi sees på et etterlengtet årsmøteseminar i Stavanger 9.-10. mars 2023.

NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi representerer fysioterapeuter som arbeider med hjerte- og lungefysioterapi i alle deler av helsesektoren. Tidsskriftet er ment å avspeile dette.

Hjerte- og lungefysioterapi handler om fysioterapi til pasienter med ulike hjerte- og lungediagnoser, men også om puls- og pusteutfordringer hos andre pasientgrupper.

NKH blir LTMV NKK

Hva betyr det?

Noen forkortelser:
NKH- Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling
LTMV NKK - Nasjonal kvalitets- og kompetansenettverk i Langtids Makanisk Ventilasjon

Tekst:
Petrine Solli Veierød

Nasjonalt kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling (NKH) ble etablert i 2002 ved Lungeavdelingen, Haukeland Universitetssykehus, Bergen. Der har de jobbet nå over 20 år mot helsepersonell i hele Norge for å etablere og øke kompetansen i diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med kronisk respirasjonssvikt. Senteret har hatt en liten tverrfaglig stab med bl.a. lungelege og senterleder Ove Fondenes, lungesykepleier Sølvi Flaaten og Gunvor Mo Norstein, og spesialfysioterapeut Tiina Andersen. I tillegg har NKH et tverrfaglige nasjonalt nettverk med ca. 250 fagpersoner fra alle fire helseforetak. Formålet med kompetansetjenesten har vært å øke, spre og styrke kunnskapen hos de ulike helseforetakene og for styrke muligheten til likt behandlingstilbud til pasientgruppen i hele Norge. For NKH har det alltid vært høyt prioritert å spre kompetansen ut til hele landet og mye av midlene har blitt brukt for å arrangere årlig to nasjonale nettverksseminarer, i tillegg til mye annet fortløpende undervisning og veiledning.

2022 blir det siste driftsåret for NKH, og det er planlagt at NKH blir videre et Nasjonal kvalitets- og kompetansenettverk i Langtids Mekanisk Ventilasjon. Selv for overgang til LTMV NKK, vil det fortsatt arrangeres nasjonale nettverksmøter to ganger i året, og det planlegges at disse nettverksmøtene skal kunne være hybridløsninger, der det er mulig å delta både fysisk og digitalt, for at flest mulig fortsatt kan delta. Videre er det alle fire helseforetakene sitt eget ansvar å ivareta kompetansen videre.

NKH har på sine 21 år fått gjennom tre doktorgrader fra de tre ulike profesjonene, Tiina Andersen (fysioterapeut), Heidi Markussen (sykepleier) og Sigurd Aarrestad (lege). I tillegg er det to fysioterapeuter til, Brit Hov (Oslo Universitetssykehus) og Anne Kristine Brekka (Sørlandet Sykehus), som holder på med sine doktorgrads prosjekter, begge innenfor lungefysioterapitiltak ved kronisk underventilering. Utover dette er det mange fysioterapeuter rundt omkring i Norge som har vært knyttet til NKH nettverket. Med årene har denne kompetansen også spredt seg ut internasjonalt, hvor Tiina er blitt en internasjonal ressurs innenfor sekretmobilisering og lungefysioterapi for pasienter med kronisk respirasjonssvikt. Hun er populær foredragsholder både i Norge, men også i utlandet, hvor hun i tillegg er med i organiseringskomiteen for Verdens Hjemmerespiratorkongress, og ERS (European Respiratory Society) sitt internasjonal kurs i respirasjonssvikt og mekanisk ventilasjon.

Tilbud om kurs og undervisning innenfor fysioterapi ved kronisk underventilering i Norge er ivaretatt selv om NKH legges ned. Temaet er bl.a. inkludert i studietilbudet på klinisk master i fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungesykdommer ved Høgskolen på Vestlandet, på videreutdanning og master i lungesykepleie ved Høgskulen på Vestlandet, og på kurs for leger spesialisering i akutt og kronisk respirasjonssvikt ved Universitet i Bergen. Eget tre dagers kurs for fysioterapeuter: "Lungefysioterapi ved kronisk respirasjonssvikt', har blitt arrangert allerede tre ganger i regi av Norsk Fysioterapeutforbund og Faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi. Dette kurset skal videre være en del av NFF sine kurstilbud, neste gang i 2023. Takk til Tiina Andersen!

Vil du vite mer om hjemmerespiratorbehandling og hostemaskin, lytt til Fysi podkast om temaet https://www.fysi.no/hjemmerespirator-og-hostemaskin-tiina-andersen/

Foto: Petrine Solli Veierød.

Hjertelaget Fysioterapi Stavanger

Hvordan kan det skapes interesse og økt kompetanse for lungefysioterapi hos fysioterapeuter med driftstilskudd i kommunene?

Tekst:
Gro Sverderup Kleppestø

Fra 1988 har Anne Haugland og Marit Kristiansen jobbet med hjerterehabilitering ved det erfarne instituttet «Hjertelaget Fysioterapi» i Stavanger. Fra 1998, da de ble spesialister i hjerte og – lungefysioterapi, har tilbudet i økende grad også omfattet behandling av lungepasienter. De får nå henvist ca 250 nye pasienter per år. I tillegg er det en del kronikere som blir gjengangere og som trenger dette tilbudet for å klare hverdagen. De har ca 24 grupper/ uke med 10 deltakere i hver. De fleste går x2/uke. For 2 år siden begynte fysioterapeut, Kjersti Lerang Rosnes, på Hjertelaget Fysioterapi. Hun har jobbet i over 20 år med grupper innen både forebygging og rehabilitering. Pusten har alltid vært i fokus gjennom medisinsk yoga og pilates. Tilfeldighetene har ledet henne videre innen faget lungefysioterapi som er både spennende og utfordrende.

Hvordan jobber Hjertelaget fysioterapi?
Hovedmålet med måten å jobbe på er at pasientene skal få det bedre i hverdagen, utnytte det potensialet de har og forsone seg med de begrensninger sykdommen gir. De samhandler med pasientene om å definere klare mål. I undersøkelse og behandling tar de i bruk utallige verktøy:

- Testing og evaluering kondisjon og styrke
- Opplæring i puste/hosteteknikker
- Anfallsmestring/generell stressmestring
- ADL/ergonomi i jobb og hjemmesituasjon
- Vurdere fysisk kapasitet
- Individuell tilpasning av styrke og kondisjonstrening

Testing
Alle blir testet og undersøkt individuelt og får veiledning i trening før oppstart. Test av kondisjon foregår på tredemølle eller sykkel. Borgs CR 10 skala sier noe om opplevd anstrengelse, mens mål av blodtrykk og metning underveis gir objektive mål. Disse hjelpemidlene brukes også i trening ved behov og ofte til pasientene selv klarer å finne egne grenser. Erfaringen er at Borgs CR10 skala er spesielt nyttig og gir pasienten et verktøy til å vurdere egen aktivitet; hvilken intensitet de skal ha under oppvarming og hvilket nivå de skal ha under kondisjons- og styrketreningen. (Det finnes god veiledning på bruk av Borgs skala i retningslinjer fra LHL).

Grupper
I en innledende fase har pasientene individuell veiledning og oppfølging, deretter deltar de i grupper. Før de kan starte opp i gruppe må de ha forståelse for egen begrensning og klare å styre egen innsats siden det er sprik i fysisk utgangspunkt blant deltakerne. Timen begynner med en felles sittende eller stående oppvarming på ca 20 min før de velger om de vil jobbe mest med kondisjon eller styrke i 30 min før felles avspenning/uttøyning i 10 min. De får veiledning på intensitet bl.a. ved bruk av pulsoksymeter i oppstartsfasen. Metning under 90% indikerer at de trenger pause (individuelt). De lærer å stole på egen opplevelse og ikke være avhengig av hva de andre på gruppen gjør. Det er stor variasjon innad i gruppen og på dagsformen for den enkelte fra gang til gang. Pasientene blir plassert i gruppe etter vurdering av diagnose, funksjon og alder. Målet er at de kan kjenne at de er i en gruppe der de kan mestre nivået på en god måte. Det skilles mellom rehabiliteringsgrupper og grupper for kronikere. Det er varierende hvor lenge de blir værende på rehabiliteringsgruppe før de klarer seg selv og nye kommer inn.

Ved funksjonsfall får kronikerne tilbud om individuell veiledning/behandling og evt flytte til en gruppe som passer bedre. Noe av filosofien er at «det er forbedringspotensialer i alle kropper», og terapeutene ser at det gir gevinst til pasientene å få erfaring med trening. Lungepasienter trenger både styrke- og kondisjonstrening.

Kurs gir økt kompetanse i lungefysioterapi hos fysioterapeuter i kommunene
Etter at hun begynte å jobbe i Hjertelaget har Kjersti ervervet seg mye kunnskap om både hjerte og lungefysioterapi. Dette gjennom erfarne og kunnskapsrike kollegaer, litteratur, kurs, webinarer, podkaster og ikke minst kursene til faggruppen. Hun mener at kursene vi tilbyr er veldig nyttige og har dyktige kursholdere. Med utdanning i kognitiv terapi med kompetanseområde kognitiv terapi i fysikalsk medisin og rehabilitering, samt forebygging og behandling av angst og depresjon mener Kjersti at hun har et nyttig verktøy når man jobber med hjerte- og lungepasienter. Hun har tatt faggruppas kurs i "Verktøykasse for lungefysioterapi", og i høst gleder hun seg til å gjennomføre kursene "Fysioterapi for personer med lungesykdommer og hjertesykdommer" gjennom NFF. Anne har i tillegg til å være spesialist i hjerte- og lungefysioterapi, utdanning i gestaltveiledning. Fysioterapeutene på Hjertelaget Fysioterapi holder seg faglig oppdatert ved å lese artikler, delta i nettverksgrupper og reise på års-seminarene til faggruppen og på internasjonale kongresser. Kunnskapsbasert praksis er stikkordet. Men det er i klinikken man får prøvd om det virker!

Samarbeid mellom sykehus, kommunen og privatpraksis er avgjørende for å øke interesse for LFT hos fysioterapeuter i kommunene
"Det er fint at kurstilbudene spres litt rundt i landet. Samtidig er det viktig at kursstedet er lett å komme til og at fasilitetene på stedet egner seg for type kurs som skal holdes. På den måten vil det være lettere å oppdatere seg faglig og tilegne seg ny kunnskap for fysioterapeuter uansett hvor de bor", mener fysioterapeutene.

Tidsskriftet har intervjuet fysioterapeuter i kommuner som har driftstilskudd øremerket hjerte- og lungefysioterapi.

Pasienten Åse. Foto: Kjersti Lerang Rosnes

Fysioterapeutene Kjersti Lerang Rosnes og Anne Haugland. Foto: Privat

Samarbeide med andre i fagfeltet gir også påfyll og økt interesse for faget, og det er først og fremst sykehuset som trekkes fram som gode medspillere, og da spesielt fysioterapeutene som jobber med lungepasienter der. Kommunen har til tider fysioterapeuter som jobber mye rettet mot LFT, og de har vært med i fagnettverk sammen SuS, Hjertelaget fysioterapi og en annen privatpraktiserende fysioterapeut. Terapeutene undrer seg over at det ikke er flere som interesserer seg for fagfeltet med lungefysioterapi. De har et inntrykk av at det er mye fordommer der ute mot lungepasienter, og ser det som en utfordring å ufarliggjøre pasientgruppen. Pandemien førte til en økt interesse for LFT og har ført til at flere fysioterapeuter og annet helsepersonell har fått øynene opp for hvor viktig den jobben vi gjør er. Mange er nok redde for å gjøre noe feil, og tror at de må være spesialister for å kunne behandle lungepasienter.

Oppsummering

Både Anne og Kjersti poengterer at det er kjekt med grupper, husk at alle fysioterapeuter har kunnskap om gruppetrening. Gruppetrening gir mye fysioterapi for pengene, så kommunene bør støtte opp om private som driver med dette.

”Det er motiverende både for pasienter og terapeuter å se hvor stor framgang det blir av lite innsats når de kommer og er helt dekondisjonerte. Pasientene ser at de er flere i samme båt. Det er motiverende for trening, og samtidig må de øve seg på å sette egne grenser”, forklarer Anne. ”Det er motiverende for oss fysioterapeuter å se lungepasienter oppleve framgang og beholde sin funksjon. Med individuelle timer kan vi lære dem teknikker de selv kan utføre hjemme for å få en bedre hverdag. Tenk at vi kan bidra til å gjøre en forskjell for lungepasientene, - de kan ikke bli kvitt sin diagnose, men de kan leve bedre med den! ”, supplerer Kjersti.

To pasienteksempler til slutt

Åse (59) er en av pasientene som trener hos Hjertelaget Fysioterapi. Hun er veldig fornøyd med å trene to ganger per uke. Åse prioriterer treningene høyt og gleder seg til timene der hun møter andre som er i samme situasjon. Hun merker at den jevne treningen holder formen hennes bedre og øker hennes livskvalitet.

Fysioterapeutene forteller videre om Karina (29), som har hatt problemer med luftveiene hele livet. I snitt har Karina hatt en til tre lungebetennelser årlig fra tidlig barndom, ofte med innleggelse på sykehus. På tross av dette har hun vært aktiv og trent allsidig. Som 22 åring ble hun betydelig dårligere og kontaktet en personlig trener (PT). Karina brukete PT i seks måneder, men ble bare verre. Oppfølgingen bestod av hard trening som ikke var tilpasset henne. Hun hadde fremdeles sine årlige lungebetennelser. Tilsutt oppsøkte hun en psykomotorisk fysio-terapeut som satte henne i kontakt med Hjertelaget Fysioterapi. Hos Hjertelaget Fysioterapi har Karina hatt fire individ-uelle timer med gjennomgang av puste- og avspenningsteknikker, samt opplæring i sekretmobilisering. I tillegg startet hun på gruppetrening for lungepasienter. Karina har nå vært pasient hos Hjertelaget Fysioterapi ett og et halvt år. Hun får opp mye sekret i forbindelse med gruppetreningen, og øver seg i å bruke noen av teknikkene hjemme også. Etter dette har Karina ikke hatt lungebetennelser! Karina har sagt at det for henne er godt å ha en fast avtale for tilrettelagt trening.

Oslo kommune

Bydel Frogner har et driftstilskudd rettet mot lungepasienter.

Tekst:
Cecilie Straumann Botn

Spesialisthelsetjenesten rapporterer om utfordringer med å finne fysioterapeuter i primærhelsetjenesten som har kompetanse og interesse for å følge opp lungepasienter med behov for rehabilitering. I Oslo kommune, bydel Frogner, jobber fysioterapeuten Ellen (35) med et driftstilskudd rettet mot rehabilitering av innbyggere med utfordringer relatert til aktiv/gjennomgått lungesykdom. Jobben innebærer fleksibilitet og selvstendig arbeide. Denne høsten skal Ellen ut i svangerskapspermisjon, og Kim (29) har fått muligheten til å vikariere som avtalefysioterapeut og få erfaring fra lungerehabilitering i primærhelsetjenesten.

Kim Jacobsen (29) er utdannet fysioterapeut fra Oslo MET i 2019. Han har etter turnustjenesten i 2020 jobbet i vikariater som fysioterapeut på OUS Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Nå skal han vikariere for Ellen Johansen (35). Ellen er utdannet fysioterapeut fra Høyskolen i Oslo og Akershus i 2012 (nåværende Oslo MET) og har en mastergrad med fordypning i hjerte- og lunge fra Høgskulen på Vestlandet i 2018. I høst har Ellen gitt Kim en innføring i jobben som avtalefysioterapeut i bydel Frogner, med tilholdssted på vika Fysikalske Institutt. Her er det lungepasienter som skal prioriteres. Ellen hadde arbeidserfaring fra spesialisthelsetjenesten etter å ha jobbet ved Sykehuset Østfold, OUS- Rikshospitalet og Ullevål, samt ved Lovisenberg Diakonale sykehus. I juni 2021 søkte hun det nyopprettede driftstilskuddet; «Jeg ønsket nye utfordringer og erfaring. Da jeg så denne stillingen, syntes jeg den virket spennende og utfordrende. Jeg fikk mulighet til å utforme stillingen selv og forme arbeidsdagen min som jeg selv ønsket». Da Ellen trengte vikar var det vanskelig å finne en fysioterapeut med videreutdanning innen lungerehabilitering. Rekrutering fra spesialisthelsetjenesten var løsningen. «Jeg søkte stillingen for å få nye utfordringer i arbeidshverdagen, og få bredere kunnskap og perspektiv relatert til fag og fagmiljø», forklarer Kim.

Ellen anslår at 80% av hennes pasienter er lungepasienter. Det dreier seg om mange KOLS-pasienter og long-covid, selv om long-covid ikke har vært like relevant for spesifikk lungefysioterapi. Videre nevner Kim og Ellen at de har pasienter med ALS, bronkiektasier, lungekreft og transplanterte. Av andre pasientgrupper som ikke tas inn for lungerehabilitering nevnes hjertepasienter før og etter operasjoner/medisinsk behandling, samt en liten gruppe av muskel/skjelettpasienter med mange ulike problemstillinger

Lungefysioterapi

«Jeg bruker lungefysioterapi i varierende grad hos mine pasienter», forklarer Ellen. «Hos de fleste av pasientene er hovedtiltaket trening, men jeg har også pasienter som trenger opplæring i slimmobilisering eller tilpassede pusteøvelser på grunn av ulike problemstillinger». Kim har så langt fått erfaring med pasienter som for eksempel er kortpustethet ved løping, mens andre pasienter har behov for kontinuerlig surstoff og har store utfordringer med forflytning grunnet kortpustethet. «Mange har behov for jevnlig oppfølgning, vurdering og veiledning av sekretmobilisering, pusteteknikker og mestring av kortvarige og livslange lungeskader» utdyper Kim.

En utfordrende arbeidshverdag

Ellen forteller at det ofte er et stort arbeidspress, både pasienter og administrativt; «Det er viktig å sette grenser for å unngå å sitte med alt for mye arbeid og lange dager. Man sitter også alene uten noen mulighet til å diskutere caser med andre kollegaer. Dette gjør at man må være oppdatert og vite hvor man skal innhente kunnskap, samt ha et nettverk hvor man kan søke råd». Ellen og Kim forklarer begge at det er en fordel å kunne styre sin egen arbeidshverdag. «Jeg velger selv hvordan jeg ønsker å utvikle det tilbudet jeg skal gi bydelens innbyggere», forklarer Ellen. «Det betyr at jeg kan styre arbeidstiden min selv, hvor mye tid jeg ønsker å bruke per pasient og hvordan jeg ønsker å behandle pasientene mine, om jeg ønsker grupper eller individuell behandling». Kim er enig; «Det å kunne være fleksibel både for seg selv og sine pasienter i hverdagen, gir i tillegg et bedre samarbeid mellom en fysioterapeut og pasientene. Det er fint å kunne følge pasienter over tid for å kunne se mer langvarig effekt av sine tiltak, for så å kunne vurdere tiltakene etter en behandlingsperiode», forklarer Kim.

«Ulempen er at man jobber alene på et kontor. Man har ikke den samme muligheten til å diskutere pasienter som jeg opplever man har på sykehus. Det kan også bli litt mindre sosialt», forteller Ellen.

«Det er definitivt en ulempe å ikke ha det samme tverrfaglige arbeidsmiljøet hvor man mye lettere kan sette av tid i arbeidshverdagen for å diskutere en problemstilling. I tillegg er man aldri «ferdig» på jobb da man alltid har mye planlegging og koordinering med pasienter, samt at man må forholde seg til det økonomiske aspektet ved et driftstilskudd», supplerer Kim. «Selv om det er mange utfordringer, er det noe av det som gjør denne jobben så fantastisk», sier Kim videre. «Det å sette seg inn i behandling av ulike diagnoser er utfordrende i selg selv, ettersom man kan dykke dypt i detaljert kunnskap. Men det å behandle hele pasienten med alle sine oppturer og

Ved å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten vil pasientene kunne få et bedre fysioterapitilbud.

Ellen Johansen.
Foto: Einar Eliassen.

Kim Jacobsen.
Foto: privat.

nedturer er en av de største, men fineste, utfordringene man møter i denne arbeidshverdagen», supplerer Kim.

Kompetanse

Ellen opplever at hun gjennom driftstilskuddet får brukt alle deler av sin utdannelse. «Selv om jeg har spesialisert meg innenfor hjerte- og lungefysioterapi, må jeg bruke mer av min generelle utdanning nå enn hva jeg gjorde i spesialisthelsetjenesten. Det er fordi at selv om hovedandelen av pasientene mine kommer til meg på grunn av lungeproblematikk, er det en hel kropp å ta hensyn til. Det er sjelden at det kun er lungene som er problemet. Ofte har pasientene muskel- og skjelettplager i tillegg som må adresseres for at de skal kunne komme i gang med trening». Ellens masterutdanning er en stor fordel i jobben. «Hoveddelen av min kompetanse som behandler kommer nok fra min masterutdanning, spesialisering/veiledning og at jeg har vært så heldig å få jobbe på så mange bra steder hvor jeg har fått utvikle min lungekompetanse», sier Ellen. Kim har sin kompetanse fra bachelor i fysioterapi og fra sin arbeidserfaring siste 2 år. «Jeg kan med hånda på hjertet si at all erfaring fra skolebenk og arbeidshverdag har vært til god nytte. All kunnskap jeg har tilegnet meg blir brukt jevnlig, slik som anamnese, undersøkelse og spisset kompetanse for hjerte og lungesyke. Den mest essensielle kompetansen er uansett uten tvil den jeg har opparbeidet meg på sykehus relatert til forståelsen av pasienter i sin helhet, og hvordan en pasient i helsesystemet har det», forklarer Kim.

For Kim er det er sjelden mulighet å få muligheten til et såpass sjeldent vikariat, som han nå har tredd inn i. Så vidt vi vet er det ingen andre bydeler i Oslo som har driftstilskudd øremerket lungepasienter.

Ellen anbefaler Master i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte og lunge. Dette er et to-årig masterprogram ved Høgskulen på Vestlandet (les mer på side 16 og 17). Der får man bred kunnskap og fordypning man kan bruke innenfor både primær- og spesialisthelsetjenesten. «I tillegg finnes mange gode kurs gjennom NFF med dyktige forelesere som tar for seg behandling av lungepasienter også i primærhelsetjenesten, for eksempel Verktøykassekurs i lungefysioterapi», sier Ellen.

Kim vil anbefale fysioterapeuter med driftstilskudd, som ønsker økt kompetanse innen fysioterapi til lungepasienter, å starte med å hospitere på et av sykehusene pasientene har tilhørighet til. «På sykehus kan du finne en fysioterapeut som virkelig brenner for fagfeltet sitt. Her vil man både få muligheten til å få en forståelse for viktigheten med oppfølging under og etter sykehusopphold, men også opprette kontakter med ditt lokale sykehus som vil kunne være essensielt for optimal behandling for pasienten», sier Kim som kommer rett fra en arbeidshverdag som sykehusfysioterapeut. Ellen har opplevd at det har vært vanskelig å finne gode steder å hospitere i primærhelsetjenesten, da det er uoversiktlig hvor man finner lungekompetanse og -interesse. Hun anbefaler å snakke med kontaktpersoner i kommune, sykehus eller ta kontakt med faggruppen for Hjerte- og lungefysioterapi for å bli satt i kontakt med steder man kan hospitere. Jeg tar gjerne imot om noen ønsker å hospitere.

Å skape interesse og kompetanse for lungefysioterapi hos fysioterapeuter med driftstilskudd i kommunene

Ellen opplever at mye av fagutviklingen og fagkompetansen er per nå er på sykehusene i spesialisthelsetjenesten. «Jeg tror det er viktig å få flere som brenner for lungepasientene ut i kommuner og bydeler. Blant annet ved at det satses på lungekompetanse fra kommuner og bydeler, slik som Frogner bydel gjorde med mitt tilskudd. Samtidig er det viktig at de som sitter med fagkunnskap i primærhelsetjenesten brukes, både når det kommer til undervisning, men også erfaringer om hvordan det fungerer å jobbe med lungepasienter når man sitter alene på et institutt eller i en kommune. Det er ikke alltid likt som når pasientene kommer inn på en lungepoliklinikk eller er innlagt på en lungeavdeling», forklarer Ellen.

Kim mener også at man trenger flere terapeuter med interesse og kunnskap relatert til lungefysioterapi i omløp blant driftstilskuddene.”På den måten kan man få vist effekten av lungefysioterapitiltak både ovenfor pasienten og kommunen, for å skape en interesse. Interessen kommer ofte med resultater, og det er ingenting en terapeut ønsker mer enn å kunne komme med tiltak man vet fungerer. Her tror jeg mye ligger i hendene til kommunene da de styrer hva ressursene til driftstilskudd går til, og hvilke fokusområder man skal ha», poengterer Kim.

Intensivhverdagen fra et pasientperspektiv

For mange sykehusfysioterapeuter er intensivfysioterapi en del av hverdagen. Intensivbehandling av kritisk syke paisenter har gjennom Covid-19 pandemien blitt belyst i media. I flere reportasjer har også fysioterapi blitt omtalt. Men også utenom en pandemi jobber fysioterapeuter tett med kritisk syke pasienter som trenger lungefysioterapi og tidlig rehabilitering. I dette intervjuet får vi innblikk i intensivpasientens perspektiv. Fysioterapeuten Lina har intevjuet pasienten Leif Arne om hvordan det har vært å være i en tidlig rehabiliteringsfase på intensiv og betydningen av fysioterapi.

Tekst og bilder:
Lina Krohg,
Fysioterapeut
Sørlandet Sykehus
Kristiansand,
Lina.krohg@sshf.no

«Nå er det som det er, og da må man bare avfinne seg med det. Jeg har ikke brukt mye tid på det. Jeg har bare akseptert det. Min feil, idioti, så da må jeg bare ta konsekvensen. Det har vært en overraskende enkel prosess»

I slutten av april i år hadde Leif Arne Søyland en ulykke som ga ham en tverrsnittsskade, og gjorde ham paralysert fra skuldrene og ned. Eller, delvis. Litt funksjon i én skulder og albue gjør det mulig med noe aktiv bevegelse. I forløpet har han både ligget på intensivavdeling på sykehus i Oslo, og på intensivavdeling ved sykehuset i Kristiansand. Sistnevnte i litt over 90 dager.

«Jeg har noen tunge dager, og noen bedre dager. Og akkurat i dag, så har jeg en tung dag»

Man rekker å gjøre seg noen tanker i løpet av en lang innleggelse, hvor 90 dager i all hovedsak tilbringes på det samme rommet, i den samme sengen. Med det samme taket som utsikt.

Relasjoner og med-bestemmelsesrett

«Jeg trenger forutsigbarhet», sier Leif Arne. «Hvis noe står på programmet, så er jeg jo forberedt.» Han forteller at han alltid har likt å være forberedt, og ha forutsigbarhet i livet. Og nå som livet er snudd på hodet, er oversikten over dagens gjøremål det han har mulighet til å ha kontroll over.

Blir han liggende alene på rommet, kjenner han ubehaget. Ikke en redsel eller engstelse, men han kan bli fortvilet over å ikke vite når – eller om – noen kommer når han roper.

«Det er viktig for meg. At de kommer når jeg roper. Og sier ifra når de går. Hvor lenge de blir borte». Å bli liggende koblet til respirator, uten mulighet for å bruke stemmen, har opplevdes som svært vanskelig, og avtalen er at det skal være personell til stede i de periodene. Det blir lenge å ligge i egne tanker, og han foretrekker serier og filmer på ipaden på et stativ ved siden av sengen, eller rullestolen.

«Jeg prøver å sette pris på det, alt sammen.» Alle tiltakene han blir utsatt for; å bli matet, stelt, bli leiret og flyttet på. «Jeg er opptatt av å ikke bli oppfattet som en drittsekk, men en som er høflig, det har jeg alltid vært». Han beskriver en intensivavdeling med veldig mange kompetente mennesker, hvor legene er gode til å høre på ham, og snakker forståelig når han ber om det. «For det må jeg si. Legene her. De er fantastiske. De hører på deg. (…) Når det er noe jeg ikke forstår. For mange fremmed ord, så sier jeg, prat norsk!»

Det er ikke til å komme fra at med tre vaktlag med mye personell, så er det ikke alle man kommer like godt overens med. Han har gjort seg noen tanker rundt situasjonen han er i, hvor han kommer til å være avhengig av ansatte rundt seg hele døgnet. «Jeg ligger jo her lamma. Da må jeg jo ha hjelp. Når det er en 'ovenfra og ned-holdning', da føler jeg meg ikke godt møtt»

«Jeg liker jo å diskutere, jeg liker en god diskusjon. Men når det er behandlingen min, når det er den som diskuteres, så må jeg jo akseptere at det er de som vet best». Han sier han prøver å sette pris på all hjelpen, ved å takke mye. «Hvis jeg maser mye på dem, så sier jeg unnskyld. Og jeg tenker at tilbudet kan bli dårligere hvis de (…)». Han pauser. «De kan jo gå lei av han 'idioten' som ligger der», reflekterer han.

Så kommen han på en situasjon med en sykepleier på kveldsvakt. Som, da han

beklaget at han maste henne inn i rommet enda en gang, for en slurk med saft, hadde sagt at «du skal aldri beklage!». «Hun var fin, hun». Leif Arne tar til tårene. Og trenger hjelp til å tørke dem vekk før de renner ned på hodeputen. «Men jeg føler jeg må beklage allikevel».

Han sier det er slitsomt å ha så mye følelser. For at han tidligere, både privat og i arbeidslivet, nok ble oppfattet som en 'kald fisk'. Før han ble innlagt på sykehus hadde han ikke grått siden farens begravelse i -88. «og nå griner jeg for ingenting»

Psykologen hans hadde visst nevnt et medikament man kunne ta, for emosjonell labilitet. Han mener det høres greit ut å kunne ta en pille. Samboeren har ment det er positivt at han har fått kontakt med disse følelsene, og spøker om at han kanskje bare trenger halve pillen.

«Det er slitsomt, og uvant. Men når jeg prater med samboeren, er det jo egentlig bra. Men med andre blir det nesten pinlig.»

Leif Arne har, gjennom hele forløpet på intensiv, hatt en sterk mening om behandlingstiltakene rundt seg. Han reflekterer rundt bestemmelsesrett – og medbestemmelsesrett. Det er frustrerende å ikke ha bestemmelse over egen kropp, og hvilken stilling personalet leirer ham i. Hvorvidt han skal ligge på respiratoren, eller at han må opp i rullestol nå, fordi det er NÅ det er bemanning.

Samtidig kommer han tilbake til at, selv om det er personalet som har den faglige kunnskapen rundt hva han har behov for, har han behov for forutsigbarhet og, om ikke bestemmelsesrett, så en god diskusjon og medbestemmelsesrett.

Lungefysioterapi og trening

Med faste klokkeslett for fysioterapitilsyn på dagsplanen, er det ikke overraskende når det kommer en fysioterapeut for å gjennomføre hostemaskinbehandling, gjennombeveging eller opptrening. Både opptrening og lungefysioterapi er relevant for ham, mener han. Men motivasjonen hans er større om han kan se effekten av tiltaket med én gang. Behandlingen og innsatsen det krever av han blir mer spiselig da.

«Motivasjonen er større (for hostemaskinbehandling journ.anm) når jeg selv kjenner at jeg har et slimproblem, enn å få disse obligatoriske rundene på gitte tidspunkt». Han forteller at han aktivt kan be om hostemaskinbehandling for å mobilisere opp luftveissekret, men at de fast oppsatte behandlingene kan oppleves som slitsomme og uten effekt. «Men jeg forstår jo det. At det må til. For å holde lungene mine friske.»

Både hostemaskinen, og periodene med respiratorbehandlingen krever at han er uten stemme, da «cuffen» rundt tracheostomituben i luftrøret er full, og hindrer luftstrømmen til stemmebåndene.

I den grad det kan kalles egenbevegelse, er pusten en av de få bevegelsene han styrer selv, og begge behandlingstiltakene føles som de overstyrer hans egenrespirasjon.

Hostemaskinen kan kjennes nyttig, men respiratorbehandlingene igjennom dagen, oppleves ikke nyttig. Det er et stort, tverrfaglig apparat rundt ham, som alle kommer med kommentarer, informasjon, og anbefalinger. «Jeg går i 'syntex error'. Jeg liker ikke mas».

Leif Arne Søyland. Foto: Lina Krohg.

Han liker ikke mas når det kommer til trening heller. Om han skal beskrive hva «trening» er, for ham, i hans situasjon, begynner han med det å komme opp og sitte i seng, og heisforflytning over i rullestol. Etter å ha tenkt seg om kommer han frem til at alt han må gjøre i løpet av en dag, egentlig kan kalles trening.

I tre år før ulykken hadde han et noe annet forhold til trening. Etter å ha ønsket å gå ned i vekt begynte han på det lokale treningssenteret. Først med PT, så selvstendig. Fire ganger i uken med styrketrening, og tre ganger i uken med spinning. Han beskriver en god muskelvekst i de tre årene, og en grei vektnedgang. «Jeg måtte bytte alle klærne i klesskapet».

All treningserfaringen mener han at gjør ham bedre rustet til å takle den treningen han nå står ovenfor på sykehuset. Også mentalt. «Det er grusomt å ikke få trene» sier han, men etter litt betenkningstid; «Eller; jeg savner det ikke så veldig.»

«Jeg har drevet med lagidrett, men aldri individuell idrett. Som lagspiller er det et helt annet 'mindset'. Det krever en helt annen hjerne å trene selvstendig, for sin egen del. Der er ikke jeg». Personlig mener han det er vanskelig å finne motivasjon til å trene for sin egen del, både før, og etter skaden. Han foretrekker å trene for et lag. Nå beskriver han familien, i enda større grad, som hans lag, og de han ønsker å trene seg opp for.

De tre årene med individuell trening hadde han bestemt seg for å gjennomføre, og fikk støtte av en personlig trener i begynnelsen, før han ble selvstendig. Nå trenger han igjen støtte og motivasjon.

På grunn av nedsatt hukommelse etter ulykken, trenger han stadige påminnelser, både fordi han har glemt begrunnelsene for å gjennomføre et tiltak – men også fordi han glemmer de faktiske øvelsene.

Men han ønsker påminnelser, og ikke mas.

Det er vanskelig for ham, å se for seg hvilken funksjon han kan håpe å oppnå. Selv etter flere måneder med informasjon og opptrening, både i Oslo, og i Kristiansand, kan ikke Leif Arne si hva han tenker skal til for å få så god funksjon i venstre arm som mulig, eller for å gjenvinne hodekontroll. >>>>

Stemmen forsvinner før hostemaskinbehandling. Foto: Lina Krohg

Respiratorbehandling. Foto: Lina Krohg

Det viktigste for ham er allikevel målet om å kunne styre en elektrisk rullestol. Enten med joystick eller hodestyring. Og å få kommunikasjonshjelpemidler, som hodestyring av ipad, tv og telefon. «Der har jeg store forhåpninger».

Fysioterapeuten

Han har ikke hatt et forhold til fysioterapi tidligere, og har aldri ligget mer enn én natt på sykehus. «Fysioterapeuten er jo en fagperson som yter stor respekt på intensivavdelingen», sier han. I Oslo husker Leif Arne å ligge på respirator mesteparten av tiden, og husker ikke så mye av fysioterapitreningen. Men har minner av å bli satt opp i Sara Combilizer. «Ellers var det mest fokus på pusten i Oslo», mener han.

Det at fysioterapeuten, og de andre terapeutene, er en del av teamet oppleves som positivt, og han ønsker en enda større tilstedeværelse. For eksempel kan det kjennes utrygt at fysioterapeuten går fra rommet, og videre på avdelingen, når han er forflyttet over til rullestolen. Han ønsker at fysioterapeuten skal være til stede, fordi forflytningen oppleves som styrete, med heis og seil.

Dessuten er ikke fysioterapitilsynene helt frivillige. «De som går til en fysioterapeut, de har jo valgt det selv. Dette blir litt pålagt. Men det er jo en del av det som skal til for å bli bedre. Så da er det jo greit. Selv om det er litt intenst.»

Om fremtiden

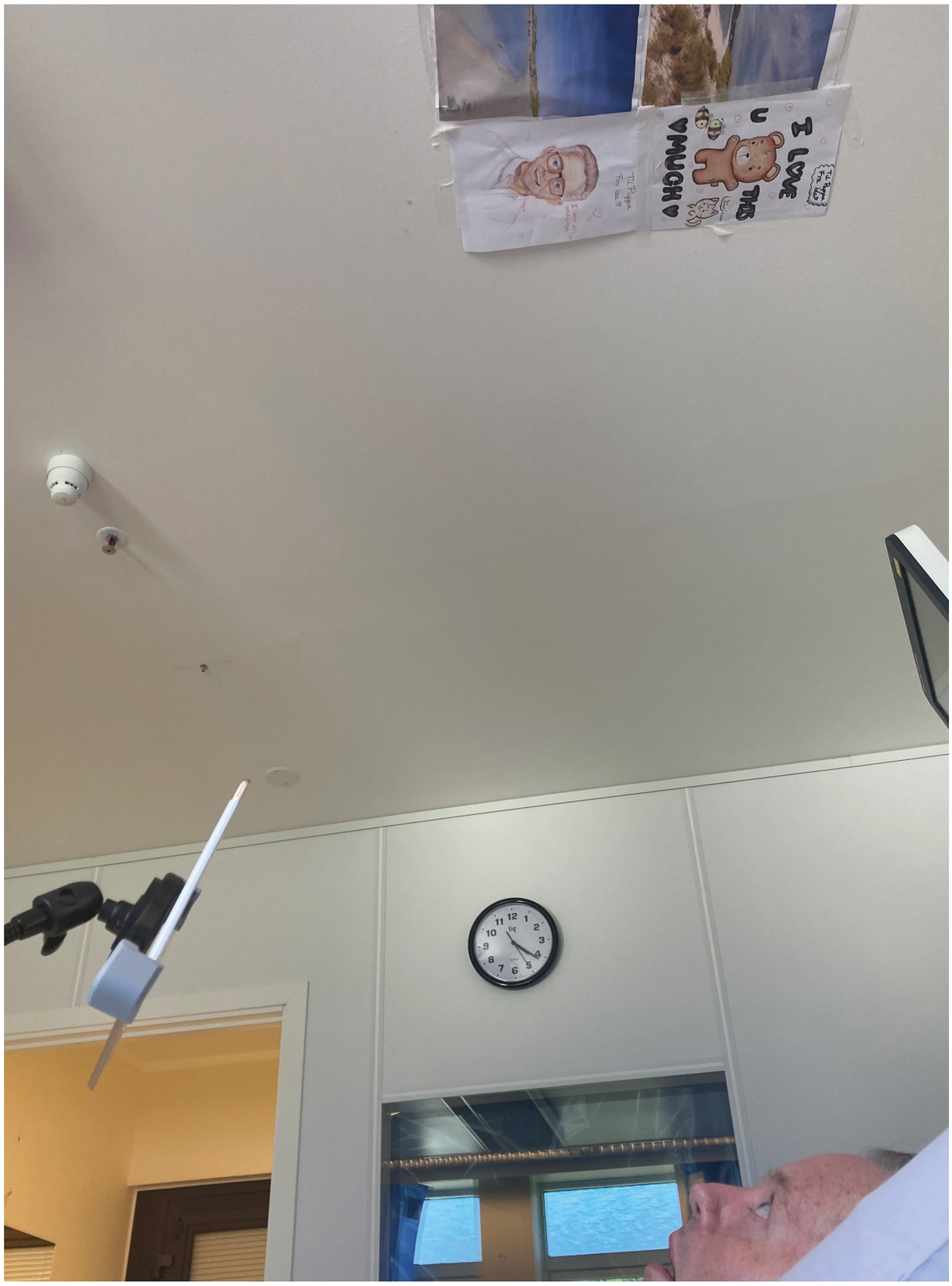
Leif Arne er i gang med en overflyttingsprosess til sin kommune. Det er opprettet et team, med et titalls ansatte, som skal fungere som døgnkontinuerlig pleie og oppfølging i den videre rehabiliteringsprosessen.

Han gleder seg, og gruer seg. «Jeg gleder meg til å komme nærmere familien. Familie og venner. Og teamet virker å være kjekke folk». De er alle inne på hospitering på intensivavdelingen, med undervisning, og praktisk oppfølging. Det han ser kan bli den største utfordringen er kommunikasjon, når det er språklige utfordringer. «Jeg spurte hun ene om å tørke meg på kinnet. Og det forstod hun ikke.» Men han føler han kommuniserer greit med de fleste, og blir betrygget av at de skal være to på vakt.

Leiligheten står klar, og det er ordnet med møbler som skal på plass. Men helst ikke uten at han får ta del i innredningen. «Leiligheten er veldig bra. Vi skal møblere. Det blir fantastisk!»

Han gruer seg til å forlate et stort, og velsmurt system, som en intensivavdeling er. Og kan skjønne hvordan enkelte intensivpasienter føler når de flyttes fra en intensivavdeling til en sengepost med mindre oppfølging. Selv har han bare erfaring fra intensiv, og ser for seg at det blir noe av det samme i kommunen. Han har hørt rykter om at kommunens heis og seil er betydelig bedre enn på sykehuset. "Det kommer til å være mye folk, det er det viktigste".

> De som går til en fysioterapeut, de har jo valgt det selv. Dette blir litt pålagt. Men det er jo en del av det som skal til for å bli bedre. Så da er det jo greit. Selv om det er litt intenst.



Utsikten fra intensivsengen. Foto: Lina Krohg

Veien til et nytt liv

I Norge er det frem til 2021 totalt gjennomført 1043 hjertetransplantasjoner, alle ved Rikshospitalet. I løpet av 2021 ble 23 pasienter hjertetransplantert, og 17 pasienter stod på venteliste for å få ett nytt hjerte. Etter andre kvartal i 2022 er det registert 20 gjennomførte hjertetransplantasjoner og 14 pasienter venter på ett nytt hjerte. Alle hjertetransplanterte trener med fysioterapeut i tiden etter operasjon. I dette intervjuet møter du en av pasientene som forteller om opptreningen etter transplantasjon og betydningen av trening med fysioterapeut.

Kilde: OUS Rikshospitalet og Scandiatransplant.

Tekst:
Frederikke Tonnaer Liseth

"Da operasjonen skulle begynne sa anestesilegen at jeg skulle tenke på noe jeg gledet meg til. Da så jeg for meg en tur i skogen med en venninne, der jeg ikke trengte å tenke på tunge oppoverbakker eller å være en sinke. Da jeg våknet opp igjen fra narkosen var hjertet trigget med medisiner til en frekvens på nærmere 120, og jeg drømte at jeg kom løpende ut igjen fra skogen". Dette skulle vise seg å være en fin metafor for Tonjes prosess fra hjertesyk til frisk hjertetransplantert.

Tonje Rolland hadde en stor hjertesvikt sekundært til behandling mot akutt myelogen leukemi da hun var 10 år, og stråling mot forstadier til brystkreft tidlig i 30-årene. Etter hvert påvirket sykdommen hverdagen hennes så mye at hun måtte ty til "triks" for å spare på energien. "Jeg gikk ofte i forveien for at andre ikke skulle trenge å vente på meg. Også nedprioriterte jeg veldig mye, rett og slett fordi jeg ikke hadde noe overskudd". Det var Tonje selv som til slutt spurte kardiologen om transplantasjon kunne være en mulighet for henne. Etter en ukes utredning på Rikshospitalet kom bekreftelsen på at hun ble satt på venteliste. "Det var stort for meg, i praksis stod det jo om liv eller død". En av postene i utredningen er samtale med fysioterapeut, der fokuset er på erfaring med trening/aktivitet, nåværende funksjonsnivå, og om hva som kreves i rehabiliteringsprosessen. Det gjøres også en arbeidsbelastningstest med lege. Tonje hadde en VO2max (Oksygenopptak) på 10,3 ml/kg/min. Til sammenlikning har hjertefriske kvinner i 40-årene en VO2max på cirka 38 ml/kg/min.

Transplantasjonsventelistene er ikke en køordning. Hvert organ vurderes ut fra blodtype, størrelse og en rekke andre markører opp mot aktuelle kandidater på ventelisten. Det handler om å finne en match som gir størst sjanse for godt resultat. Derfor er det uforutsigbart når man kan bli oppringt med beskjeden om at et mulig organ er funnet. For Tonje ble ventetiden på noen måneder. Midt i pandemien ble det ekstra stort fokus på smittevern, og for Tonje kunne en infeksjon bety at en eventuell transplantasjon måtte utsettes. Derfor var det ikke aktuelt med trening hos fysioterapeut i ventetiden, slik det vanligvis anbefales. Tonje gikk korte turer og gjorde litt hagearbeid, men ellers handlet det meste om å komme gjennom jobbhverdagen. Det var ikke mange meter med oppoverbakke som skulle til før pusten ble utilstrekkelig og bena tunge. Det skulle snart endre seg.

Tonje var på bena innen et døgn etter at transplantasjonen var gjennomgått. Riktignok med litt støtte. Nå var tiden kommet for at kroppen skulle venne seg til et velfungerende hjerte, både fysisk og mentalt. Muskler og sirkulasjon var påvirket av langvarig sykdom, og brukte tid på å venne seg til nye forutsetninger. Vanlige komplikasjoner i den første tiden er væskeoverskudd som gir nyresvikt, ødemer i ben/armer eller pleuravæske. "Jeg hadde vært så mye andpusten på grunn av sykdommen. Da jeg kunne begynne å gå igjen, og kjente at jeg ble andpusten på grunn av aktiviteten, var det veldig uvant".

En ukes tid etter transplantasjonen hadde Tonje være utendørs og gått, og alt så i det hele tatt ut til å gå veldig bra. "Det var et spesielt øyeblikk da jeg skjønte at dette faktisk kunne komme til å gå bra. At jeg

kunne se fremover og glede meg til mange ting som jeg hadde avskrevet, og som jeg trodde at jeg hadde gjort for siste gang".

Nye forutsetninger: Å bli kjent med egen kropp og kapasitet på nytt

"Én kveld kjente jeg at hjertet slo så veldig kraftig. Det var nesten så jeg kunne høre hjerteslagene. Jeg dro i snora, og da jeg forklarte hva jeg kjente kunne sykepleieren fortelle meg at det ikke lenger var pacemakeren som genererte hjerteslagene mine. Jeg hadde egenrytme for første gang med nytt hjerte. Det var veldig spesielt".

Å erfare trygghet i egen kropp var viktig den første tiden. Kroppens signaler endrer seg. "Første gang jeg var i treningssalen fikk jeg sykle på en "sofasykkel" med høy rygg. Å kjenne pulsen stige og varmen øke i kroppen var veldig rart. For meg hadde andpustenhet vært noe negativt, men dette var jo helt annerledes. En god og motiverende opplevelse". Fysioterapeuten bruker både Borg RPE skala (6-10), puls og restitusjonsbehov som parametere for å vurdere belastning. Målet er at disse erfaringene skal gi trygghet ved all aktivitet og egentrening.

For Tonje var fjellturer og løping store mål som motiverte i opptreningen. Det begynte med et minutt rolig jogg på tredemølla avløst av noen minutters gange i motbakke. Etter hvert økte toleransen og i en helg med permisjon fra sykehuset løp Tonje sine første sammenhengene minutter ute i skogen, uten at det kjentes skummelt eller tungt. "Det var helt nydelig å kunne løpe uten å få følelsen av ikke å få nok luft. Plutselig føltes det fantastisk å bli andpusten!".

Tonje må ta immundempende medisiner for å hindre at avstøtning av det nye hjertet. En bivirkning av immundempende er at muskler og leddbånd blir mindre elastiske. Derfor er risikoen for belastningsskader ekstra stor, og man må være varsom i opptrapping av treningen og oppstart av nye aktiviteter. Selv om det var løping og turer ute som motiverte Tonje mest, var styrketrening og balansetrening viktig for å kunne sørge for minst mulig skaderisiko.

Tonje Rolland. Foto: privat.

En ny hverdag

Etter utskrivelse fra sykehuset fortsatte treningen hos fysioterapeut på NIMI. På grunn av pandemien var all treningen utendørs, og i grupper. Tre ganger i uken møttes de for å trene. Tonje vil understreke hvor viktig denne gruppetreingen var for henne.

Når man transplaneter et hjerte er det nye hjerte denervert. Det vil si at nervetrådene ble kuttet over under operasjonen, og at pulsfrekvensen ikke lengre styres av nervesystemet, men av hormoner i blodet (katekolaminer). Pulsresponsen er endret, og det tar lengre tid før man får pulsendring, for eksempel under og etter fysisk aktivit. På grunn av god pulsrespons kunne Tonje starte med intervalltrening relativt tidlig, og dette ga en rask bedring i kondisjonen. Ett år etter transplantasjon var VO2 max økt fra 10,3 til 40 ml/kg/min, og løpegleden hadde resultert i deltakelse i Oslo Maraton. "Løpegleden begynte for alvor da vi hadde motbakkeintervaller opp mot Sognsvann. Vi i gruppen støttet og heiet på hverandre etter hvert som formen ble bedre. Det sosiale er superviktig i en sånn fase!".

Selv om man som transplantert må ta mange medisiner og en del forhåndsregler for eksempel når det gjelder solekspone-ring og visse matvarer, føler Tonje at hun har fått livet tilbake. Trening har blitt en viktig del av hverdagen. Der hun tidligere ville tatt seg en hvil på sofaen hvis hun var sliten, velger hun nå heller å ta seg en løpetur. Når det nå nærmer seg tre år siden transplantasjonen, har Tonje fått dilla på Strava og deltatt i en håndfull løp. I mange av løpene har hun vært ambassadør for Stiftelsen Organdonasjon. "Det gir meg så mye å kunne bruke kroppen konstruktivt. Både ved å bli i bedre form over tid og den god-følelsen det gir der og da. Det er jeg så takknemlig for å få oppleve".

Master i klinisk fysioterapi i Bergen

- Engasjement i oppfølging og behandling av personer med KOLS var Stine Maléns utgangspunkt

Masterstudiet i Bergen hadde 11 studenter med fordypning i hjerte-lunge på siste kull, mens det alle foregående år har vært 5 - 6 studenter. Søkermassen i 2022 har vært stor, og de 10 plassene i studieretning hjerte-lunge fylles fort. I 2022 har det vært vanskeligere å komme inn på masteren sammenlignet med for noen år siden.

Tekst:
Petrine Solli Veierød

Tidsskriftet har intervjuet Stine Malén, en av studentene som fullførte sin master våren 2022 i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungesykdommer. Stine Malén har en forkjærlighet for lungesyke, spesielt oppfølging og behandling av personer med KOLS.

Stine Malén er en utadvendt person med en herlig trønderdialekt og er veldig engasjert i personer med KOLS sin livsverden og oppfølging av denne pasientgruppen i helsevesenet. Etter endt utdanning som fysioterapeut i 2011 har hun jobbet som fysioterapeut ved rehabiliteringstjenesten i hjemkommunen. Hun følger opp og behandler voksne og eldre fra 18 – 100 år + og varierer mellom individuell oppfølging, motiverende samtaler og gruppetreninger. Hun har utviklet et gruppetreningstilbud for personer med KOLS med ulik alvorlighetsgrad som hun leder to ganger i uken.

Hvorfor søkte du på klinisk master i fysioterapi ved HVL?
Jeg opplevde personer med KOLS som en sårbar gruppe som jeg fattet stor interesse for kort tid etter jeg startet å arbeide i kommunen. Utilstrekkelig kunnskap om sykdommen både hos personen selv og innad i primærhelsetjenesten økte min nysgjerrighet for denne målgruppen, og jeg var fast bestemt på å øke min egen kunnskap og kompetanse på feltet. Da en fysioterapikollega av meg ved Levanger sykehus fortalte meg at hun hadde søkt på klinisk master i fysioterapi med fordypning i hjerte og lungefysioterapi ved HVL, ble jeg enda mer nysgjerrig på innholdet i studiet. Jeg ønsket å styrke kvaliteten på fysioterapitjenesten i primærhelsetjenesten og endte derfor med å søke plass på masterstudiet. I tillegg viste masterstudiet seg å være svært nyttig i en pågående koronapandemi hvor lungefysioterapi fikk mye oppmerksomhet.

Hvordan har det vært å gjennomføre masterstudiet?
Gjennomføringen har vært en berg og dalbane uten sidestykke! Det har vært utfordrende å jobbe 100% ved siden av et fulltidsstudiet i kombinasjon med oppfølging av mine egne barns aktiviteter. Full permisjon fra jobben for å gjennomføre studiet hadde vært å foretrekke, men da hadde ikke hverdagen gått opp økonomisk. Den store arbeidsbelastningen gjorde det litt utfordrende å fokusere fullt på utdanning og på masteroppgaven da vi begynte med den høsten 2021, men på en eller annen måte klarte jeg å fullføre utdanningen uten et eneste stryk. Det er jeg veldig fornøyd med!

Min tid som masterstudent, fysioterapeut i jobb og alenemamma har dessverre gått på bekostning av det sosiale. Jeg har deltatt minimalt på sosiale sammenkomster da det alltid har vært en oppgave som skal leveres, artikler som skal leses, eller digitale møter med studiegrupper. Selv om jeg liker konseptet samlingsbasert studie, så har det vært krevende å skrive refleksjonsnotat og andre skriftlige innleveringer, en skriveform jeg ikke har brukt siden jeg tok bachelor for over 10 år siden. Jeg følte at jeg mestret det praktiske ved fagene bedre enn det skriftlige, noe som kanskje ikke er så rart ettersom jeg har arbeidet som kliniker de siste 10 årene. Jeg tror masterstudiet hadde vært mer håndterbart for meg hvis denne studieretningen hadde vært et deltidstudiet, slik at man hadde hatt et lengre studieforløp å forholde seg til.

Jeg vil gjerne påpeke at jeg synes det har vært svært interessant og utrolig hyggelig å arbeide i grupper og bli kjent med så mange fine folk. Det har vært svært nyttig for meg med gode studiekamerater med ulike erfaringer innenfor fysioterapi for å diskutere caser og problemstillinger knyttet fysioterapifaget.

Har du noen tanker om hvordan du vil bruke kunnskapen fra masteren videre?
Jeg ønsker å forske videre på dette området for å avdekke og fronte personer med KOLS sitt behov for bedre oppfølging i helsevesenet. I tillegg har utdanningen gitt meg økt fagkompetanse på området som har bidratt til bedre oppfølging av lungesyke i vår kommune. Ved at jeg selv har fått økt kompetanse på området så har jeg mulighet til å videreformidle dette til mine kollegaer slik at vi kan styrke tjenestetilbudet.

Jeg har et ønske om å fordype meg enda mer i sykdommen KOLS og personer med KOLS sin livsverden. Med bakgrunn i min kliniske erfaring er det flere temaer jeg har lyst til å forske på. Temaene er blant annet fysisk aktivitet og KOLS, oppfølging hos fastlege, hvordan personer med KOLS ivaretar egen helse, eller blir ivaretatt i primær/sekundærhelsetjenesten, og tilstrekkelig opplæring og bruk av inhalasjonsteknikker. Det føles nesten litt uendelig med temaer, men det er nok fordi at jeg er så engasjert i hvordan personer med KOLS blir ivaretatt i helsevesenet, og hvordan de selv ivaretar egen helse ut ifra de ressursene de har. Så hvis noen har et forskningsprosjekt de ønsker å engasjere meg i så er det bare å ta kontakt.

Vi takker Stine Malén for praten og ønsker henne masse lykke til videre!

Kontakt:
Stine Malén Valstad
Fysioterapeut, M.Sc.
stine.malen.valstad@gmail.com

Ønsker du en klinisk mastergrad med fordypning i hjerte- og lunge?

Sjekk ut Høyskulen på Vestlandet:
https://www.hvl.no/studier/studieprogram/klinisk-fysioterapi/

Alle bilder: Stine Malén og pasienten Randi. Foto: privat.

George Ntoumenopoulos skoperer Tiina Andersen. Foto: Tiina Andersen.

Inducible Laryngeal Obstruction – ILO konferansen 2022

Bergen 15.-17. juni

Tekst:
Petrine Solli Veierød
Fysioterapeut, M.Sc.
Haukeland Universitetssykehus
sara.petrine.solli.v@gmail.com

Den fjerde ILO (induced laryngeal obstruction) konferansen ble avholdt i Bergen i regi av Bergen ILO group 15-17.juni. Det ble en vellykket konferanse med deltakere fra hele verden, gode diskusjoner, workshops, posterere, innlegg, mingling og festmiddag!

Det var rekordoppmøte på den fjerde ILO konferansen med deltakere fra hele verden, fra Australia og Canada til Skandinavia og Europa. Flere yrkesgrupper var representert; fysioterapeuter, leger, logopeder og fysiologer med et felles mål om å forstå strupen enda litt bedre og skape kontakter på tvers av lande- og kontinentgrenser.

Konferansen ble gjennomført i lokalene til Høgskulen på Vestlandet, med både felles-sesjoner før lunsj alle tre dagene og med ulike Workshops etter lunsj onsdag og torsdag. Under workshopene fikk deltakerne ta del i hvordan en CLE-test gjennomføres, ulike behandlinger for EILO, ultralyd av strupen, laryngoskopi av strupen under NIV og evaluering av det som blir observert. Ekstra gøy er det at det var fysioterapeuter som hadde ansvaret innenfor samtlige workshops, og viser hvor viktig vi som hjerte- og lunge-fysioterapeuter er inn i forskningen av strupen!

En intim konferanse hvor det ble etablert mange bekjentskaper, og med en følelse av at man fikk med seg alt som skjedde. Det blir spennende å se hvordan konferansen blir til neste år da vi inviteres over dammen til Denver, Colorado 2023!

Petrine Solli Veierød. Foto: privat.

Forkortelser:
EILO Exercise induced laryngeal obstruction
CLE, continuous laryngoscopy exercise-test, gullstandard for å diagnostisere EILO

ERS International congress 2022

Barcelona 4.-6. september

Tekst:
Petrine Solli Veierød
Fysioterapeut, M.Sc.
Haukeland Universitetssykehus
sara.petrine.solli.v@gmail.com

ERS 2023 blir arrangert i Milano, Italia 9. - 13. september. Reiserapport fra ERS Barcelona

Endelig kunne vi igjen dra fysisk på ERS konferansen som ble avhold i Barcelona 4-6.september. I år var det ca. 12 000 deltakere som hadde tatt turen til Barcelona sitt stor konferansesenter. Konferansen er for alle som jobber med respirasjonssystemet, fra fysioterapeuter, barneleger, fysiologer, logopeder mm. Norske fysioterapeuter var representert ved deltakelse, posterpresentasjon og ikke minst var Tiina Andersen invitert til å være speaker under sesjonen Mini symposium: State-of-the-art in home mechanical ventilation.

For de av oss som ikke har deltatt på ERS før, kan det virke litt overveldende med så mange folk, ulike sesjoner som foregår på samme tid i tillegg til alle poster-sesjonene. Det var derfor godt med gode kollegaer som kunne vise vei for hva man skulle se og burde høre på.

Utenom kongressen fikk Barcelona vist seg fra sin beste side, men godt vær og mye god tapas. Det var kjekt å treffe kollegaer igjen, både norske og utenlandske og vi gleder oss allerede til Milano neste år! Satser på at vi da, kan være enda flere! Frist for å sende inn sammendrag er i februar 2023!

En blid gjeng fra Bergen ILO group. F.v. Maria Vollsæter, Tonje Bårdsen, Thomas Halvorsen, Praveen Muralitharan, Petrine Solli, Petter Carlsen. Foto: Haakon kvidaland.

SARA opprettholder mobilitet og fremmer bevegelse i rehabilitering og daglige forflytninger

Tidlig mobilisering som del av rehabiliteringen på intensivavdelinger bidrar til å motvirke følgene av svekkelse under opphold på intensivavdeling, noe som igjen bedrer pasientens rehabiliteringsprosess og det langsiktige resultatet på funksjonsevnen.*

Bruk av riktig hjelpemiddel kan bidra til positive effekter for kvaliteten av pasientens pleie, mobilisering, rehabilitering og i det daglige liv. SARA produktportefølje støtter funksjonell mobilitet i alt fra tidlig mobilisering allerede på intensivavdelingen med **Sara Combilizer**, rehabilitering og stå-og gåtrening med **Walker** og **Sara Plus**, til aktiv forflytning med **Sara Flex** og **Sara Stedy**.

SARA COMBILIZER

SARA PLUS

SARA FLEX

SARA STEDY

WALKER

For mer informasjon, kontakt oss på 22 08 00 50 | no.kundeservice@arjo.com

*Morris, 2007.

arjo
EMPOWERING MOVEMENT

Rehabiliteringstilbud etter Covid-19 sykdom

Tidsskriftet har intervjuet fysioterapeuter innenfor kommune-, spesialisthelsetjenesten og i privat klinikk om deres tilbud til pasienter med senfølger etter Covid-19 sykdom.

Tekst: Lina Krohg.

Kommunalt tilbud. Frisklivsentralen i Nordre Follo kommune

Siri Mathiassen
Fysioterapeut og frisklivsveileder
siri.mathiassen@nordrefollo.kommune.no

1. Fortell kort hva tilbudet består av
Vi tilbyr et 12 ukers gruppetilbud med samlinger to ganger i uka med temastunder og variert trening både på sykkel, i sal, i vann og utendørs. Før oppstart har vi kartleggingssamtaler, gjør fysiske tester og deltagerne fyller ut standardiserte spørreskjemaer.

2. Hvem inkluderes til å delta i rehabiliteringstilbudet?
Tilbudet er for voksne innbyggere som har senfølger etter covid-sykdom. Plagene må ha vart i mer enn 4 uker etter sykdom.

3. Hvor lenge har dere hatt rehabiliteringstilbudet, hvem initierte oppstart?
Frisklivssentralen søkte våren 2022 tilskuddsmidler fra Viken fylkeskommune blant annet for å sette i gang et tilbud for de som sliter med senfølger etter covid. Vi fikk svar på søknaden i juni og startet i september opp første gruppe. Så vi er ferske i gamet, men har fått gode innspill fra andre som har hatt grupper en stund allerede.

4. Hva er fysioterapeutens arbeidsoppgaver?
Fysioterapeutene gjennomfører kartleggingssamtaler og testing ved oppstart og avslutning og har individuelle samtaler underveis etter behov. De holder temastunder og er instruktører i treningsgruppene. Andre faggrupper i kommunen (ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og psykisk helsetjeneste) bidrar på noen av temastundene.

5. Har du et råd til fysioterapeuter som skal jobbe med denne pasientgruppen?
Ta kontakt med kommuner og bydeler som har erfaring med målgruppen, det deles villig av erfaringer og utarbeidet materiell. Deltagerne gir uttrykk for at det å møte andre i samme situasjon er nyttig, så jeg anbefaler å organisere det som et gruppetilbud. Husk å inkludere pårørende dersom det er ønskelig.

Privat klinikk. Porselensklinikken i Porsgrunn

Ingrid van Gemst
Fysioterapeut
Ingrid@porselensklinikken.no

1. Fortell kort hva tilbudet består av
Jeg har driftsavtale med Porsgrunn kommune og er ansvarlig for hjerte og lungerehabilitering ved Porselensklinikken, en tverrfaglig helseklinikk. Vi har ikke et felles tilbud til disse pasientene da symptomene og behovet varierer.

2. Hvem inkluderes til å delta i rehabiliteringstilbudet?
Har det siste året hatt pasienter med long covid. De fleste for videre rehabilitering etter opphold på andre behandlingsinstitusjoner. Varierende aldersgruppe. Varierende sykdomsforløp.

3. Hvor lenge har dere hatt rehabiliteringstilbudet, hvem initierte oppstart?
Vi har hatt tilbud til long covid pasienter siden 2020, etter deltagelse på kurs i lungerehabilitering via NFF, hvor fokus var covid pasienter.

4. Hva er fysioterapeutens arbeidsoppgaver?'
Behandlingen har måttet tilrettelegges den enkelte. Generell opptrening, trening med fokus på hjerte/lunge og pusteteknikk. Noen har fått individuell opptrening. Noen har deltatt i hjerte/lunge grupper.

5. Har du et råd til fysioterapeuter som skal jobbe med denne pasientgruppen?
Tror den individuelle tilpasningen er viktig i møte med denne pasientgruppen

Spesialisthelsetjenesten. Kysthospitalet i Vestfold; Klinikk fysiskalsk medisin og rehabilitering

Kristoffer Bjordal Gluppe
Fysioterapeut, Covid-19 koordinator
Kristoffer.Bjordal.Gluppe@siv.no

Mads Joachim Schei, Spesialfysioterapeut og Tom Nerli, Overlege

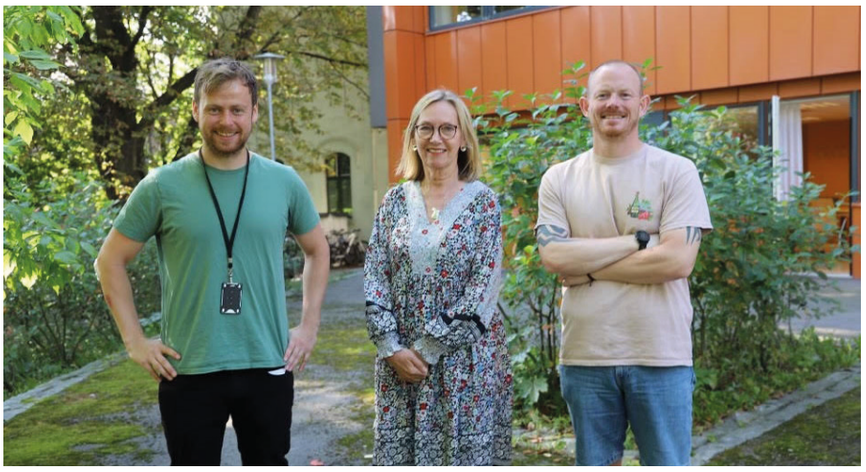
1. Fortell kort hva tilbudet består av
Vi har to tilbud. Et pakkeforløp som tar for seg intensivpasienter, pasienter ved sengepost og tidligrehabilitering på Tønsberg sykehus, med eventuell videre overføring til døgnrehabilitering ved Kysthospitalet i Stavern. Her er fysioterapeuter involvert i hele forløpet. Tilbud to er et poliklinisk tilbud for pasienter med vedvarende symptomer etter mildt forløp ved Kysthospitalet i Stavern. Enkelte av de polikliniske pasientene har også vært innlagt på sykehus med moderat til alvorlig forløp, men det er unntaksvis. I tillegg har SiV sammen med Sunnaas en Regional Senfølgepoliklinikk som er etablert etter ønske fra HSØ.

2. Hvem inkluderes til å delta i rehabiliteringstilbudet?
De fleste med alvorlig forløp som er innlagt på intensivavdeling får tilbud om å følge pakkeforløpet vårt. Alle som henvises til poliklinikken med mildt forløp gis et tilbud, først et møte med lege, deretter individuell oppfølging med fysioterapeut. For den siste gruppen har vi pågående en studie, SIPCOV, som er en RCT hvor vi skal se på effekt av vårt behandlingstilbud sett opp mot «usual care.»

3. Hvor lenge har dere hatt rehabiliteringstilbudet, hvem initierte oppstart?
Begge tilbudene ved SiV har vært tilgjengelig helt siden starten av pandemien og er fortsatt i full drift.

4. Hva er fysioterapeutens arbeidsoppgaver?
Fysioterapeuter er hands on fra start på intensivavdeling med lungefysioterapi, leieendring, mobilisering og gjennombevegelse. Ved døgnbasert rehabilitering er fokus mobilisering, selvstendighet i ADL, oppfølging av lungefunksjon og hjerte. Treningen er godt tilrettelagt, både med tanke på eventuelle restriksjoner og innstillinger av O2 for å optimalisere opptreningen. I tilbudet til de med mildt forløp er det fysioterapeuter som har oppfølging individuelt etter legetime, denne oppfølgingen er kognitiv og funksjonsrettet. Alle disse fysioterapeutene har videreutdanning i kognitiv terapi. Her individualiseres oppfølgingen ut i fra forståelse av tilstanden, nivå og interesser for å finne gode arenaer å øve på. Vi ønsker å legge til rette for bedre funksjon over tid.

5. Har du et råd til fysioterapeuter som skal jobbe med denne pasientgruppen?
Det beste rådet er at disse pasientene ikke er farlige, og vi må tørre å jobbe for en bedre funksjon over tid, kanskje med litt mindre forsiktighet og med en mindre grad av symptomovervåking enn tidligere



Bydel Sagene: F.v. Fysioterapeut Petter Rinde Øverland, Ergoterapeut Rita Holm og fagsykepleier Odd Helge Sveli. Foto: Janina Lauritsen/Sagene Avis

Kommunalt tilbud. Bydel Sagene

Petter Rinde Øverland
Fysioterapeut
petter.rinde.overland@bsa.oslo.kommune.no

1. Fortell kort hva tilbudet består av?
I bydel Sagene så består tilbudet av 8 ukers mestringskurs/rehabilitering. Tilbudet starter med oppstartsmøte, deretter 2 møter pr uke. 45 minutter med tema (blant annet, nedstemthet, depresjon, energiøkonomisering og ernæring). Og 45 minutter med fysisk aktivitet, med fokus på lav intensitet til å starte med for gradvis økende belastning.

2. Hvem inkluderes til å delta i rehabiliteringstilbudet?
Deltakere kan henvise seg selv eller via fastlege. Kriterier har i utgangspunktet vært personer med lite til moderate senfølger. Det har vært brukere som har blitt henvist med mer omfattende rehabiliteringsbehov enn hva tilbudet kan egne seg for. De har alltid blitt henvist fra fastlege, hvor fastlege har fått anbefaling om å henvise til spesialisthelsetjeneste for mer omfattende rehabilitering.

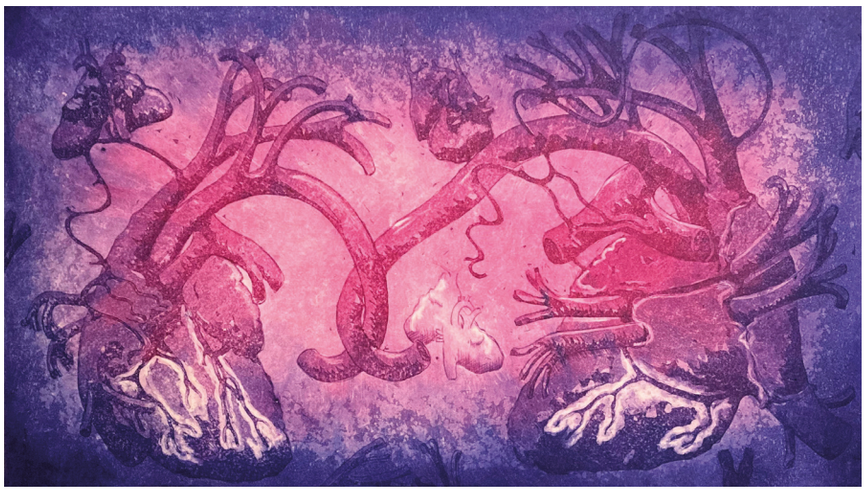
3. Hvor lenge har dere hatt rehabiliteringstilbudet, hvem initierte oppstart?
Tilbudet i bydel Sagene ble startet opp høsten 21, pr oktober 22 så er vi i tredje gruppetilbud. Tilbudet er sydd sammen av ressurser fra hjemmebaserte tjenester og bydelens Frisklivssentral, oppstarten var initiert av ledelsen i hjemmebaserte tjenester. Bydelen har fått prosjektmidler til å drifte tilbudet videre med 2 stillinger i 100%, det er ansatt en fysioterapeut og en sykepleier fra januar -23.

4. Hva er fysioterapeutens arbeidsoppgaver?
Teamets sammensetning er tverrfaglig, med fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut, sosionom og klinisk ernæringsfysiolog. Fysioterapeutens arbeidsoppgaver har vært fysisk aktivitet i grupper, tester i oppstart og avslutning av tilbudet, avhengig av erfaring så har fysioterapeut hatt samtalegrupper innen ulike tema og gir deltakere individuell tilpasset treningsopplegg.

5. Har du et råd til fysioterapeuter som skal jobbe med denne pasientgruppen?
Er ett givende og spennende gruppetilbud til en gruppe med «usynlig» sykdom. Ha fokus på lav intensitet og bygg opp fysisk intensitet gjennom opplegget.

Anatomilæreren som ble kunstmaler

Tekst:
Petrine Solli Veierød



Hjerterytme av Harald Kryvi.

Harald Kryvi er professor og underviser i zoologisk og human anatomi ved UiB, hvor han er en av dem som har som varemerke å bruke den litt gammeldagse metoden med kritt og tavle. Han har undervist for studenter i biologi, medisin, fysioterapi- og på sjøforsvarets gymnastikkskole.
Kryvi har hatt gleden av å være interessert i anatomi siden barndommen, og særlig etter at han fikk demonstrert disseksjon av et ferskt lemen en gang på en hyttetur. Det som ble klart, var at dyr var mer interessante inni enn utenpå.

Etter det var ønskedrømmen mer og mindre klar, han tok en nyttig utdannelse ved gymnastikkskolen i forsvaret, ble utdannet zoolog, og doktorerte på en studie om haiens anatomi. En dag han skulle viske av tavlen etter endt fysioterapiforelesning fikk han ideen om å lage litt kunst av anatomien. Kanskje dette kunne interessere flere enn bare studentene?

Hvis man vil lage bilder av anatomi, er det ifølge Kryvi nesten ingen grenser for hvor mange spennende, interessante og vakre motiver som finnes. Et fascinerende aspekt ved de mange elegante og vakre strukturene som finnes innen biologi, er at de er blitt slik de er ut fra ett eneste krav; de skal fungere. Strukturer som ikke fungerer maksimalt godt, blir tapere i evolusjonens meget brutale kvern, og forsvinner raskt. Dette gjelder fra de minste strukturer inni celler, til de aller største, som for eksempel kjever på en hval. Alt skal fungere i hver eneste generasjon. Spesielt er Kryvi fasinert av hjernen. «Når man kombinerer de elegante formene med funksjon, som ofte er ytterst komplisert, blir det hele veldig spennende.». Kryvi påpeker at hva som er elegant selvfølgelig kommer an på øynene som ser, men det er en vanlig erfaring at det ikke er lett å finne direkte grimme og lite vellykkede strukturer i naturen.

For Kryvi var det et heldig sammentreff at han kjente en grafiker, som kunne lære fra seg det grunnleggende i den meget gamle teknikken med kobberstikk. Det går ut på å risse motiver inn i en blank kobberplate, og å etse deler av motivet i salpetersyre. De etsede partiene er de som skal bli mørke, og jo lenger etsning desto mørkere blir det. Før etsning må platen sprayes med enten harpikspulver eller tectyl, det gir fine, grynete felt. Det som skal bli lyse felt må males med lakk. Kryvi forteller at teknikken er spennende fordi man bare har delvis kontroll på alle trinnene. Med selve anatomien er Kryvi alltid meget nøye, det er lett å holde orden på. Når det gjelder settingen står man jo mer fritt, der kan det legges inn så mangt av føringer. «Særlig etsningen er en litt løs kanon, det er like spennende hver gang om den treffer.» Syren svekkes etter hvert, og temperaturen varierer med årstiden (all etsning foregår utendørs, sommer og vinter).

Når platen er vurdert som ferdig risset (gravert) og etset, kommer sannhetens øyeblikk; det skal smøres på farger, som så stort sett tørkes av igjen, og trykkes i en presse, ett trykk av gangen for hver fargepålegging. Av denne grunn blir trykkene derfor aldri helt like.

”Fascinasjon av form og struktur – og funksjon – er en betydelig del av gleden ved å lære bort anatomikunnskaper, og der har kritt og tavle altså vært nyttig. Det blir lett å utrede og utlede sammenhenger mellom spesiell utforming og nøyaktig funksjon på en tavle. En fordel er at det tar litt tid å lage figurene på tavlen, slik at det er enkelt for studentene å gjengi det hele underveis. Og selvprodusering på denne måten er en viktig og meget effektiv læringsform, som dessverre står i fare for å gå litt tapt i moderne digitalisert undervisning”.

Vi takker Kryvi for praten. Ønsker du å se flere av hans motiv, eller har et konkret motiv du ønsker er det bare å gå inn på kryvi.no

Hjertebilde av Harald Kryvi.

Palliasjon, hva innebærer det for våre pasientgrupper?

Tekst:
Marjon Van Weele
Fysioterapeut
Arendal kommune
marjonvweele@hotmail.com

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon på følgende måte:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnærmingsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre proglemer av fysisk, psykosoial og åndelig art.

WHO vektlegger at palliasjon skal benyttes i hele sykdomsforløpet ved livstruende sykdom, og det er nå et økende fokus på andre diagnoser enn kreft. Det skal tilbys et støttesytem for å hjelpe pasienten til å leve så aktivt som mulig frem til døden inntreffer.

Fysioterapeutens rolle
De senere årene har det blitt mer vektlegging på palliasjon i helsevesenet generelt, og som en naturlig del av det er fysioterapeuter mer involvert i dette. I Norge er det en fysioterapeut tilknyttet de fleste palliative team. Som fysioterapeuter møter vi pasienter med palliative behov både i 1. og 2. linjetjenesten; på lindrende enheter, på rehabiliteringssenter, på ulike sykehusavdelinger, på sykehjem, i privat praksis og i hjemmet.

Fysioterapeuter som jobber med hjerte- og / eller lungelidelser treffer dermed pasienter i palliativ fase på flere arenaer. Da utrykket palliativ fase nå benyttes for hele sykdomsforløpet ved livstruende sykdom vil flere fysioterapeuter jobbe med disse over tid. Noen pasienter går inn og ut av palliativ fase, for eksempel pasienter med kroniske nevrologiske lidelser, eller lungelidelser. Behandlingen er først og fremst symptombasert framfor diagnosebasert. Intensivfysioterapeuter treffer pasienter med all slags diagnoser som kan ha respirasjonsvansker av ulike årsaker, mens fysioterapeuter på andre avdelinger eller distriktet treffer pasienter med lengre sykdomsforløp som for eksempel KOLS, hjertesvikt, eller MS. Ettersom hvilke stadium pasienten befinner seg, kan man tilby ulike tiltak. Der aktiv trening eller funksjonell trening kan være viktig i tidlig palliativ fase, kan trygging og lindring av for eksempel åndenød eller smerter være aktuelle tiltak i senere fase. Noen fysioterapeuter får anledning til å fordype seg i palliasjon fordi de for eksempel jobber på en lindrende avdeling, mens andre fysioterapeuter treffer pasienter i palliativ fase som en liten del av pasientmassen. Felles for de fleste fysioterapeuter er at man ofte tilbringer en del tid sammen med pasienten og i noen tilfeller over et lengre tidsforløp. Dermed kan fysioterapeuten oppleves som en viktig støttespiller for pasienten, og en person man deler vanskelige samtaler med, som for eksempel bekymringer om døden. Det å være en god støttespiller er kanskje den viktigste jobben vi gjør som fysioterapeuter med palliative pasienter. Gjennom faglig kunnskap, innsikt og evnen til å stå i den vanskelige situasjonen med pasienten kan vi bidra til å trygge dem, noe som er viktig for å opprettholde livskvalitet. Som fysioterapeut kan man dermed trenge samtaler eller en arena der man kan drøfte egne tanker og opplevelser. Det er ønskelig for fysioterapeuter og ergoterapeuter som jobber med palliasjon å ha et nettverk som er forankret et sted. Både for å ha slike samtaler og for faglig utvikling.

Erfaringer
En av fysioterapeutene som jobber mye med palliasjon, Silje Ask, på LHL sykehuset holdt et innlegg på Fysioterapikongressen om palliasjon. Der fortalte hun at hun ofte måtte tenkte utradisjonelt med palliative pasienter. Hun snakket om å hjelpe pasienter med egenmestring og opprettholde selvstendighet gjennom funksjonell trening, for at de skulle ha så god livskvalitet som mulig. For å styrke pasienters egenmestring er det veldig viktig å kartlegge situasjonen og lage felles mål. Et eksempel på egenmestring er å lære pasienten gode strategier i i forhold til pust, i gode perioder, slik at pasienter hadde tro på at de skulle klare det når de fikk åndenød.

Det å se på pasienter i et helhetlig perspektiv er svært viktig for den palliative pasienter. Dette bekreftes både av retningslinjer og fysioterapeuters erfaringer. De historiene som har gode pasientforløp gjennomsyres av god tverrfaglighet og team som støtter og lærer av hverandre. Med andre ord er dette til det beste både for pasienter og den enkelte fysioterapeuten.

Aktuelle ressurser
På bakgrunn av et økende behov for kunnskap innenfor palliasjon har Haraldsplass, Haukeland universitetssykehus og kompetansesenter i lindrende behandling i Helseregion vest utarbeidet retningslinjer for fysioterapi i palliativ fase, som brukes ved deres sykehus men som også har relevans for pasienter andre steder i helsevesenet. Disse er ikke mens som et behandlingsregime, men mer som en veiledning og trygghet i møte med pasienter i palliativ fase. Denne veilederen tar utgangspunktet i

Faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi har som mål å spre kunnskap om våre fagområder.
I podcasten Fysi Podcast kan du høre flere episoder med interessante tema fra blant annet våre fagområder.

- Hjemmerespirator og hostemaskin - Tiina Andersen & Malene Joensen

- Duchenne Muskeldystrofi med phd.-stipendiat Stian Hammer

- EILO med fysioterapeut Haakon Kristian Kvidaland og lege Hege Clemm

- Ultralyd som verktøy i lungefysioterapi med professor George Ntoumenopoulos

retningslinjer fra Helsedirektoratet. Denne heter retningslinjer for fysioterapeuter i Palliativ fase.

Barnepalliasjon
Barnepalliasjon fokuserer på å forebygge og lindre lidelse uavhengig av hvor langt barnet er kommet i sykdomsforløpet. Barnepalliasjon hverken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. Når det gjelder barnepalliasjon finnes det lite informasjon eller retningslinjer for fysioterapeuter i Norge. Det er med andre ord et fagområde som er i utvikling, både nasjonalt og internasjonalt.

I 2020 sendte Helse og omsorgsdepartmenentet ut et oppdrag til de fire helseforetakene at det skulle etableres egne barnepalliative team. Teamets mandat er å veilede lokale barneavdelinger og ha ansvar for helseregionens kompetanse, tjenestetilbud og kvalitet i barnepalliasjon i henhold til nasjonal faglig retningslinje. Både familier og helsepersonell etterspør dette, men det er fremdeles varierende i hvor stor grad disse teamene jobber utad mot målgruppen. Teamene har ikke som krav om å inneholde en fysioteapeut, men det kreves at en fysioterapeut skal knyttes til teamet.

Tverrfaglighet er en hjørnestein innenfor Barnepalliasjon, og familien til barnet er en sentral samarbeidspartner. De fleste familier ønsker å ha barnet hos seg så mye som mulig i den tiden barnet har igjen å leve. Det kan være hjemme, eller ha de med på ulike opplevelser for å samle minner. Fysioterapeuten har etter min mening en sentral rolle for å gjennomføre dette. For eksempel kan en hostemaskin bidra til færre sykehusinnleggelser, og da er det viktig at både bruken effektiviseres, og at alle rundt barnet kan bruke den. Hjelpemidler er svært viktig for barn som er alvorlig syke, da det trenger det for å være med på familieaktiviter. Som fysioterapeut må man dermed ha flere perspektiver og jobbe på flere nivåer når man jobber med alvorlig syke barn.

Aktuelle ressurser angående barnepalliasjon
Foreningen for Barnepalliasjon har laget en veileder for helsepersonell som heter «omsorg for barn med livets slitt, når et barn dør og tiden etterpå».

https://barnepalliasjon.no/fagstoff/

CPAx-NOR på Arendalsuka

I fjor høst startet fysioterapeut Charlotte Schanke jobben med å oversette CPAx-NOR. Siste året har CPAx-NOR blitt testet ut i klinikken og har blitt presentert på Arendalsuka.

Tekst:
Lina Krohg

På årets Arendalsuke 15. - 19. august, ble CPAx-NOR prosjektet promotert av fysioterapeuter ved intensivavdelingene ved Arendal og Kristiansand sykehus. I to timer hadde deler av CPAx-NOR gruppen stand med informasjon om både prosjektet, men også om trening av intensivpasienten.

CPAx-NOR er et prosjekt ledet av Charlotte Schanke, MSc, hvor en norsk oversettelse av den engelske funksjonsvurderingstesten CPAx prøves ut på fem ulike intensivavdelinger i Helse sør-øst. Sykehuset i Vestfold, AHUS, Sykehuset i Østfold og Sørlandet sykehus Arendal, og Kristiansand har deltatt i prosjektet som ledes fra Regionalt kompetansesenter for rehabilitering.

CPAx, som funksjonsvurdering tar for seg 10 ulike funksjonsområder, som skåres fra 0-6. Resultatene vises visuelt i et oversiktlig spindeldiagram. Skjemaet ble løftet frem under pandemien som et scoringsverktøy som kunne tas i bruk for å følge endring i funksjon hos covid-19 pasientene.

Inkluderingen av pasienter til prosjektet avsluttes snart. Resultatene skal analyseres og publiseres. Om det viser seg at den norske oversettelsen er tilfredsstillende, blir den tilgjengelig for alle.

På standen på Arendalsuka ble det samtaler med forbipasserende om hva en fysioterapeut gjør på en intensivavdeling, om tidlig rehabilitering, og lungefysioterapi.
I tillegg hadde vi en dynamometer-konkurranse, hvor man kunne kjempe om heder, ære og en pose karameller. Flere av områdets patruljerende politi, barn på lekeplassen ved siden av, og foreldrene målte gripestyrken, men en lokal helt stakk av med seieren med hele 83 kg.

To dager etterpå, på den såkalte «helsedagen», holdt Anne Kristine Brekka et innlegg under Sørlandet Sykehus sitt helseseminar «Fag, folk, helse. Nyheter, myter og fakta fra det norske helsevesen» under tittelen; «CPAx-NOR. Hvorfor skal intensivpasienter trenes?».

Camilla Moland, Charlotte Scahnke og Anne Kristine Brekka.
Foto: Lina Krohg

Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool (CPAx)

CPAx er utviklet av den britiske intensivfysioterapeuten Evelyn Corner, og er validert for intensivpopulasjonen, uavhengig av diagnose. CPAx er observasjonsbasert og utføres ved sengen til pasienten der 10 delfunksjoner graderes på en 6-poengsskala fra 0 = totalt avhengig av hjelp og til 5 = uavhengig av hjelp. Funksjonene som vurderes er mobilitet i seng, forflytning til sengekant, sittebalanse, forflytning til stol, stå og gangfunksjon. CPAx inkluderer også vurdering av håndgrepsstyrke og som det eneste kjente funksjonskartleggingsverktøyet inkluderes også vurdering av respirasjonsfunksjon. En sammenlagt score kan beregnes og høyere sammenlagt score indikerer bedre funksjon/mindre avhengig av hjelp. Scoringen av CPAx visualiseres i et spindeldiagram.

Bevegelse er resepten

Motorisert aktivitetshjelpemiddel fra Reck MOTOmed

MOTOmed loop
Arm og/eller ben modell

MOTOmed muvi
Kan trene arm og ben samtidig

MOTOmed er en terapisykkel, hvor armer og ben kan beveges og trenes enten ved hjelp av en motor, ved egen muskelkraft eller en kombinasjon.

Sykling med MOTOmed er for mange en nødvendig del av daglig aktivitet, mobilitet eller rehabilitering. Bevegelse er med å bekjempe konsekvensene av nevrologiske skader og inaktivitet.

Forskjellige modeller gir god egnethet for en lang rekke pasientgrupper og avdelinger i helsesektoren. Alt fra intensivavdelinger, dialyse, rehabiliteringsinstitusjoner til sykehjem og i private hjem.

MOTOmed loop og layson er nye modeller, og har fått et betydelig designløft på både sykkel og ikke minst en svært brukervennlig touchskjerm.

For studier og forskningsresultater:
www.motomed.com

MOTOmed layson – Arm og/eller ben modell
For pasienter i seng eller behandlingsstol/dialyse

Reck MOTOmed®
MovementTherapySystems

Den finske produsenten av inventar og utstyr til sykehus og fysikalsk behandling, Lojer Oy, har kjøpt Merivaara Oy sin virksomhet innen pleie- og behandlingsprodukter. Det betyr at Fysiopartner nå tilbyr et enda bredere sortiment.

Lojer 4040 XL

Lojer Merivaara Emergo

Lojer Merivaara Carena

For mer informasjon besøk oss på
fysiopartner.no eller ring 23 05 11 60

FYSIOPARTNER® *Part of Lojer Group*

Nytt styremedlem i region Osloområdet kan åpne øynene for sykehusfysioterapi

NFF er inndelt i fem regioner; Region Nord, Region Midt, Region Vest, Region Sør-Øst og Region Osloområdet. Regionlederne leder arbeidet i forbundets fem regionledd, og er en del av Forbundsstyret. Regionsstyret velges av medlemmene i sin region for en treårsperiode. Siste valg ble avholdt i september 2022. Region Osloområdet består av medlemmer fra fylkene Oslo og Akershus og Østfold-delen av Viken. Regionen er en sykehustung region. Dette er ikke avspeilet blant regionstyret, men i år har en kandidat ønsket å bidra til at sykehusfysioterapi settes på dagsorden.

Tekst:
Cecilie Straumann Botn

Emilie Hellwege. Foto: Privat

Kontakt:
Emilie Hellwege
Spesialfysioterapeut, MSc.
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
emilie@hellwege.no

Emilie Hellwege er fagansvarlig spesialfysioterapeut for Gastro/Uro- og transplantasjonskirurgisk avdeling på Rikshospitalet. I 2021 fullførte hun Master of Science in Physiotherapy i Danmark, med en litteraturstudie om levertransplanterte. Hennes arbeidserfaring stammer primært fra spesialisthelsetjenesten ved intensiv- og akuttkirurgiske avdelinger, og sekundært på medisinske avdelinger og nevrologiske avdelinger. Fra januar 2023 tiltrer hun som styremedlem i Region Osloområdet. «Spesialisthelsetjenesten må bli sterkere, synligere og stoltere. Dette er hovedmotivasjonen når jeg nå stiller som styremedlem for Region Osloområdet», forklarer Emilie. «Spesialisthelsetjenestens interesser må fremmes og prioriteres. Samtidig er det ønskelig at styrevervet bidrar til tydeligere kommunikasjon og samarbeid på tvers av sektorene, for å styrke behandlingsforløpet til pasientene», fortsetter hun.

På side 6 til 9 kan du lese om fysioterapeuter som har et driftstilskudd øremerket hjerte- og lungepasienter. «Fra intensivmiljøet og hjerte- og lungerehabiliteringen på Rikshospitalet, ser vi svært god nytte av avtalefysioterapeuter med kompetanse innenfor hjerte- og lungefysioterapi, da det sikrer en glidende overgang fra sykehus til klinikk», sier Emilie. «Styrevervet starter først i 2023, men jeg har allerede dannet meg tanker om hva jeg vil fremme som styremedlem. Blant dem er; behovet for flere avtalefysioterapeuter med kompetanse i hjerte- og lungerehabilitering, spesialistordningen i spesialisthelsetjenesten og ventetider hos avtalefysioterapeut etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Jeg håper vervet bidrar til en samlet stemme på vegne av hele spesialisthelsetjenestens fysioterapeuter, og setter derfor stor pris på temaer, meninger og tanker om hvilken retning fysioterapien skal ta de neste tre årene», avslutter Emilie.

Har du noe på hjertet?

NFFs FAGGRUPPE FOR HJERTE- OG LUNGEFYSIOTERAPI

Ønsker du å kommentere noe du har lest i tidsskriftet? Har du sett, hørt eller lest noe i andre faglige og/eller sosiale fora som du vil dele med våre medlemmer? Har du en spennende case eller historie fra din kliniske hverdag eller et spennende tema du ønsker å belyse eller løfte frem? Kanskje er du på søken etter «kollegaer» med liknende problemstillinger? Eller ønsker du å starte en debatt?

Send gjerne inn et innlegg til faggruppen! Vi ønsker en mer aktiv bruk av både våre nettsider og Facebooksiden, og trenger din hjelp til å fylle den med innhold som betyr noe for våre medlemmer. Send til: hjerteoglunge@fysio.no eller finn faggruppen på Facebook!

Velkommen til Faggruppens årsmøteseminar!

I 2023 sees vi i Stavanger. Hold av datoene 9. og 10. mars!

NFFs FAGGRUPPE FOR HJERTE- OG LUNGEFYSIOTERAPI

Vel møtt til fag og sosialt samvær.
Informasjon om påmelding
sendes medlemmer per mail,
og kunngjøres på faggruppens
Facebookside.

Premiering av beste bidrag i Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi

Vi gratulerer fysioterapeut Gro Sverdrup Kleppestø med beste innlegg i Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi 2021.

Tittel: Hvordan jobbe med lungefysioterapi i et driftstilskudd for Stavanger kommune? - Slik ble veien til mens jeg gikk.

Gro Sverdrup Kleppestø er M.Sc. spesialist i hjerte og lungefysioterapi. Den oberservante leser har kanskje fått med seg at Gro er nytt styremedlem i Faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi.Hun arbeider 25% som ansatt i Stavanger kommune og 75% med driftstilskudd i privat praksis. 16,5 timer av driftstilskuddet er øremerket hjemmebehandling av pasienter med lungeproblematikk. Gro skrev i sitt innlegg om hvordan hun ble en del av oppfølgingsteamet for pasienter med ALS og Duchenne, Cystisk fibrose og bronkiektasier. Dette innebar erfaring med hjemmerespiratorpasienter og kompetanse innen palliasjon. Med mål om å øke sin kunnskap om behandling av restriktive lungelidelser tok Gro en master i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungefysioterapi i Bergen i 2010 til 2013. Denne mastergraden har gitt kompetanse og økt trygghet i rollen som fysioterapeut. Utdanningen og jobberfaringene har gitt Gro muligheten til å bidra inn i flere av Stavanger kommunes prosjekter (”Interkommunal Rehabilitering” og KOLS prosjektet ”God helse hjemme”). I tillegg gir kompetansen mulighet til å påvirke kommunenes prioriteringer for behandling av lungesyke. Pasientenegruppen Gro jobber med nå er blant annet MS, KOLS, CF, Sarcoidose og lungetransplanterte pasienter. Hun har stadig mellom 10 og 20 pasienter på venteliste, og prioriterer kun paiseter med lungeutfordringer. Hele innlegget til Gro kan du lese i fjorårets utgave av Tidsskriftet for hjerte- og lungefysioterapi. Der kan du lese mer om takster og betaling, samt samarbeid med ulike instanser for å få til et godt pasienttilbud. Gro fortjener honnør for sitt faglige engasjement og sin aktive rolle i å synliggjøre viktigheten av lungefysioterapi. Tusen takk for innsatsen, Gro!!

Frederikke Tonnaer Liseth og Gro Sverderup Kleppestø. Foto: Tiina Andersen.

Send inn ditt bidrag!

Bidrag til Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi kan være alt fra en anmeldelse av en bok, en fagartikkel, en prosjektrapport eller prosjektbeskrivelse, en jobbpresentasjon, et innlegg om et fagområde eller tema, svar på tidligere innlegg/kronikker eller «bare» et innlegg om noe som opptar deg!
Bidrag sendes til: hjerteoglunge@fysio.no

Det er faggruppens egne medlemmer som stemmer frem det beste bidraget som premieres med et gavekort på kr.1000.

Slik søker du stipend fra faggruppen

Vi tar imot søknader om stipend fra medlemmer i faggruppen. Faggruppen oppfordrer medlemmene til å søke om stipend. Neste frist er 1. februar, og deretter 1. september 2023.

Stipend kan tildeles i forbindelse med deltakelse på kurs, konferanse/kongress, hospitering eller liknende som bidrar til faglig utvikling og stimulering. Søker må gi en begrunnelse for nytteverdien av tiltaket.

Du kan også søke stipend til digitale kurs.

Les mer om kriterier for tildeling av stipend fra faggruppen og finn søknadsskjema på:
http://fysio.no/Forbundsforsiden/Organisasjon/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapi/Stipend

Gratulerer til stipendmottakere i 2022!

Faggruppen for hjerte-og lungefysioterapi ønsker å stimulere til og tilrettelegge for fagutvikling. Derfor deler vi ut ett stipend to ganger i året. I 2021 ble det delt ut flere stipend grunnet få søkere under pandemien.

I 2022 har vi fått inn flere verdige søknader.
De heldige stipendmottakerene i 2022 ble:

Mona Lund Veie,
Sykehuset Levanger,
Helse Nord-Trøndelag.

Mona t*ildeles stipend for deltakelse på kurset "Nordisk Fysioterapimøte for fysioterapeuter som jobber med pasienter med cystisk fibrose"*

Tor Ivar Gjellesvik
Gjellesvik Fysioterapi
Steinkjær medisinske senter

Tor Ivar t*ildeles stipend for deltakelse på "Fysioterpikongressen 2022"*

Søknadsfrister er 1. februar og 1. september

Lungefysioterapi ved underventilering

BiKuben Kurs- og konferansesenter, Bergen, 1. - 3. desember 2021

Av Eirik Alfheim, fysioterapeut, Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, Eirik.alfheim@unn.no

1.-3. desember deltok jeg på kurset «Lungefysioterapi ved underventilering» i regi av NFF. Kurset ble ledet av svært entusiastiske og dyktige kursledere, Tiina Andersen og Britt Hov, og fant sted ved BiKuben kurs- og konferansesenter ved Haukeland Sykehus i Bergen.

Til daglig jobber jeg på Universitetssykehuset i Tromsø innenfor fagenheten Hjerte-lunge-kreft, og jobber her primært med intensivpasienter, samt pasienter innlagt på hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling, lungemedisinsk, hjertemedisinsk og infeksjonsmedisinsk avdeling. Her har jeg jobbet i omtrent 2 år, i tillegg til et halvt år i turnustjeneste hvor jeg i stor grad dekket samme avdelinger.

Den siste tiden har det skjedd en del endringer i arbeidsoppgaver grunnet omrokkeringer blant andre ansatte, og jeg har derfor fått en økt mengde intensivpasienter og økt ansvar for denne pasientgruppen. Det har derfor vært fint å få muligheten denne høsten til å få faglig påfyll særlig rettet mot denne pasientgruppen, både gjennom intensivkurset i oktober og nå underventileringskurset. Vi får så langt det lar seg gjøre økonomisk støtte og dekning for et kurs årlig gjennom arbeidsgiver, og det var derfor svært gledelig å få innvilget stipendsøknaden gjennom faggruppen for få økonomi på plass til også dette kurset allerede denne høsten.

Kurset tok for seg et bredt spekter av lungefysioterapi hos pasienter med underventilering, rettet både mot voksne pasienter og barn. I løpet av tre veldig innholdsrike og interessante dager var størstedelen teoribasert, men det ble også satt av god nok mengde tid til praktiske demonstrasjoner av diverse hjelpemidler og enkelte manuelle teknikker. Av teori fikk vi blant annet servert en fin og oversiktlig teoritime av lungelege Sigurd Aarrestad hvor han presenterte underventilering som tema, og en forenklet gjennomgang av respiratorinnstillinger og hvordan dette fungerer. Av hjelpemidler var det svært lærerikt å få god gjennomgang av blant annet hostemaskin, IPV og ventilatorbruk.

Selv føler jeg at jeg hadde fint faglig utbytte av kurset, hvor enkelte aspekter var nye for meg, mens andre tema underveis i kurset ga meg bekreftelse på at man har gjort og tenkt en del riktig i enkelte pasientkasuistikker tidligere. Særlig vil jeg fremheve tre deler av kurset; Tiinas fremlegg om lungefysioterapi hos pasienter med bulbære utfordringer, med svært gode eksempler vist hos ulike ALS-pasienter. Dette ga definitivt kunnskap som gjør at man stiller bedre forberedt og med en større verktøykasse hos fremtidige pasienter med like utfordringer. I tillegg var det veldig interessant og spennende å høre Chris Collyer fortelle om sitt arbeid og hvordan han følger opp nevromuskulære pasienter ambulant over tid.

Videre var det også lærerikt å høre Brits oversiktlige fremlegg om underventilering hos barn. Da vi har vaktordninger på UNN Tromsø hvor vi dekker samtlige avdelinger, og her kan møte på ulike barnepasienter, ga dette en begynnende trygghet på at man kan behandle og hjelpe også disse pasientene.

Forutenom det nevnte, vil jeg også fremheve kursledernes gode evne til å skape diskusjoner og legge til rette for erfaringsutvekslinger oss kursdeltakerne i mellom innenfor de ulike temaene. Jeg tar med meg ny forskning og for meg ny kunnskap inn i det daglige arbeidet mitt fremover, og opplever derfor å føle meg tryggere og bedre i stand til å velge riktig behandlingstiltak hos pasientene jeg møter. Alt i alt vil jeg anbefale dette kurset på det varmeste til fysioterapeuter som jobber med intensivpasienter og nevromuskulære pasienter.

Husk Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

Trenger du midler til å utføre et forskningsprosjekt, kvalitetssikringsprosjekt, formidlingsprosjekt eller utarbeide en prosjektbeskrivelse? Da kan du søke Fondet om stipend!

Les mer om de ulike stipendkategoriene, hvordan du søker og kriterier for tildeling av stipend på fysiofondet.no.

Fysiofondet

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

Hjertet – fra inaktivitet til toppidrett

Clarion Hotell og Congress, Trondheim, 30. september - 1. oktober 2021

Av Maja Leirbakk, fysioterapeut, Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, maja.leirbakk@unn.no

Jeg er fysioterapeut ved Fysioterapiavdelingen UNN Tromsø og jobber på fagenhet Hjerte/lunge/kreft. I hovedsak jobber jeg med hjertepasienter på sengepost, intensivavdeling og forskjellige faser i rehabilitering med trening i grupper eller individuelt. Jeg var en av de heldige som fikk tildelt stipend fra faggruppen, og kunne dermed REISE på kurs. Kurset ble arrangert av Faggruppen for idrettsfysioterapi og aktivitetsmedisin (FIFA), og het "FIFA Idrettsfysioterapiseminar Hjertet – fra inaktiv til toppidrett". Dette gikk av stabelen 30.09-01.10.2021 på Clarion Hotell og Congress Trondheim.

Først av alt må jeg få si: takk til FIFA (og vår faggruppe) og Trondheim for et spennende og lærerikt kurs. Takk for to fulle dager med godt faglig nivå på et supert kurslokale (og ikke minst herlig buffet til lunsj). Det faglige innholdet levde opp til tittelen, nemlig fra inaktivitet til toppidrett. Engasjerende og dyktige foredragsholdere var hentet inn for å gi deltakerne en grundig gjennomgang. Jeg tror innholdet passet til de fleste jobbsituasjoner, for fysioterapeuter på klinikker, kommunale fysioterapeuter og oss som jobber på sykehus.

Endelig var covidrestriksjonene sluppet opp og man kan møtes fysisk på kurs igjen. Det er alltid gøy å møte likesinnede, men jeg må si det var ganske rart å sitte så tett på fremmende igjen. Dette ble kommentert av flere i salen, men vi var alle enige om at kurs er best live. Og for en pangstart på kurscombacket vi fikk. Startskuddet gikk av med en pasienthistorie fra ingen ringere enn selveste Roar Strand (hvem ellers når vi er i Trondheim). Deretter var det ikke hvilepuls før en satt på flyet hjem fredag kveld.

Inger-Lise Aamot Aksetøy var som alltid stødig, engasjerende og tydelig når hun presenterte nyeste forskning på feltet om hjertesykdom og trening. Svært spennende studier hun la fram, særlig med tanke på at vi har anbefalt intervalltrening til DIA2-pasienter, tyder ting nå på at langkjøring har best effekt for langtidsblodsukkeret. Mye av det hun viste har jeg allerede brukt i egen praksis, samt fortalt mine kollegaer hva som er "siste nytt". Videre tok hun oss gjennom et reflekterende foredrag om etterlevelse av anbefalinger – noe som satt flere tankeprosesser i gang hos undertegnende. (Jeg har allerede på 1 mnd løpt flere 4x4-intervaller enn det siste året.)

Et spørsmål jeg får fra tid til annen i min hverdag er "hva med alle idrettsutøvere som får hjertestans og flimmer og sånt"? I løpet av disse to dagene har jeg fått evig nok argumenter til å kunne motsi og forhåpentligvis overbevise skeptikere om at trening oftest ikke er farlig for hjertet. Med en svært interessant gjennomgang av hva som skjer i hjertet akutt etter trening, samt langtidseffektene som hard og langvarig trening og konkurranse har på hjertet, kan jeg nå forklare bredt og vidt om den J-formede kurven. Forelesningen om plutselig hjertestans i idrett var grafisk og informerende. Statistikkene som ble presentert kommer jeg garantert til å bruke mot de tøffeste skeptikerne. For å kort oppsummere dosering av trening for helsegevinster på hjertet må jeg sitere 2-3 av foredragsholderne "Meld deg på marathon, tren til det – men ikke fullfør".

Kurset var helhetlig og dekket flere områder. Hvordan dette kan gjøres i praksis ble presentert av fysioterapeut ved St.Olavs. Det var en interessant vinkling for å dekke det mentale aspektet ved fysisk trening, nemlig helsegevinster mtp. kognitiv funksjon og demensutvikling. Alt i alt et utrolig spennende kurs, som jeg hadde stort utbytte av. På tross av "uvanlig" liten avstand mellom fremmende – drømmecomback.

Har du tanker om tema for Webinar?

Faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi er en faggruppe med stort engasjement.

Vi ønsker å kunne tilby webinarer om aktuelle tema eksklusivt til faggruppens medlemmer.

I den forbindelse har styret forhørt seg på faggruppens Facebookside om aktuelle tema.

Kanskje sitter du selv på fagkunnskap som kan deles, ta kontakt med hjerteoglunge@fysio.no

Nordisk Fysioterapimøte om Cystisk Fibrose

Lund, 22. - 23. september 2022

Av Mona Lund Veie, fysioterapeut Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag , mona.l.veie@hnt.no

En stor takk til Faggruppa for stipendet som ga meg mulighet til å delta på Nordisk Fysioterapimøte/nettverksmøte om Cystisk Fibrose (CF).
17 fysioterapeuter fra Norge, Sverige og Danmark, hvorav 5 fra Norge, var samlet i Lund, Sør-Sverige, i to dager for å diskutere, dele erfaringer og få mer kunnskap om ulike tema i tilknytning til CF.
Fysioterapeuter fra CF-teamet i Lund hadde hentet inn flere gode forelesere som tok for seg erfaringer fra England om den nye tiden for fysioterapi etter innføring av årsakskorrigerende medisiner, hva ser en etter ved røntgenundersøkelser hos en pasient med CF og hvordan tilpasse lungefysioterapi utfra patofysiologisk status. Videre fikk vi innføring i arbeidsfysiologi og tolkning av ergospirometri. I tillegg presenterte deltagere på møtet egne studier om lungefysioterapi og helserelatert livskvalitet ved CF samt aspekter ved Primær cilie dyskinesi (PCD).
I Norge har det fra 1. juni i år vært godkjenning for nye årsakskorrigerende medisiner for personer med CF. Denne medisinen endrer symptombildet og gir et lengre livsperspektiv for pasientene og endrer vektinga i lungefysioterapitilnærmingen til mange av disse pasientene.

Medisinene fører i mange tilfeller til at pasienten får økt lungekapasitet, stor reduksjon i slimproduksjon, redusert antall luftveisinfeksjoner, økt energi og livskvalitet og bedret fordøyelse. Dette påvirker behovet pasientene opplever for lungefysioterapi.
Tracy Daniels, fysioterapeut i CF-teamet i York, England, understreket viktigheten av grundig medisinsk veiledning ved oppstart av disse medikamentene med avklaring av forventninger og hva som regnes som god effekt da ikke nødvendigvis alle opplever samme raske bedringen av lungefunksjon og symptomer. Noen av pasientene har en langsommere virkning. Uansett er det umulig å opprettholde effekten uten opprettholdelse bruk av inhalasjoner og lungefysioterapi. Modulatorene må komme på toppen av den behandlingen de har fra før, ikke som et alternativ.

Behovet for god ventilasjon av lungene og viktigheten av å sjekke og fjerne eventuelt slim, er fortsatt viktig. Bakteriologien hos den enkelte kan bedres initialt, men hos de som har vært kronisk infisert av bakterier tidligere, kommer disse bakteriene tilbake etter en viss tid. Effekten med vektøkning er for mange ønskelig, men noen får en større vektøkning enn ønsket. Vektendringen medfører behov og støtte til å komme i gang med økt fysisk aktivitet og trening slik at en oppnår økt muskelmasse og ikke bare fett. I England ser en at mange etter fem år faller tilbake til baselineverdier for FEV1 mens BMI fortsetter å øke. Å motivere til etterlevelse når det gjelder egenbehandling blir sentralt.
Louise Lannefors, fysioterapeut i CF-teamet ved Sahlgrenska Universitetssykehus i Gøteborg, understreket viktigheten av å jobbe med statiske og dynamiske lungevolum, ivareta bevegelighet samt å sikre optimal ekspiratorisk flow. Mål for standard fysioterapibehandling skal være å rekruttere stengte luftveier, løsne og flytte perifert slim, for til slutt å fjerne slimet.
I denne tilnærminga kan bevissthet på tyngdekraftens effekt på regional FRC og ventilasjon være nyttig. Lik ens at en gjør bevisste valg ved bruk av PEP, alt etter som en ønsker å få økt lungevolum (tidevolum (TV) og funksjonelt residualvolum (FRC), redusere hyperinflasjon eller bedre slimmobilisering.

Hvordan lungefysioterapi kan påvirke helserelatert livskvalitet ble vist av Sandra Gursli, fysioterapeut ved Norsk senter for cystisk fibrose. I sin studie på 6 pasienter med CF viser hun hvordan strukturert lungefysioterapi som ivaretar pasientens drenasjebehov kan føre til økt HRQoL.
Disse to dagene gav både kunnskap og ettertanke som er nyttige når en møter disse problemstillingene hos pasienter som følges hos oss ved Sykehuset Levanger.

Fysioterapikongressen 2022

Thon Hotel Gardermoen, 17. - 19. mars 2022

Av Tor Ivar Gjellesvik, fysioterapeut Gjellesvik Fysioterapi, Steinkjer Medisinske Senter, tor.i.gjellesvik@gmail.com

Fra 17. til 19. mars ble NFF sin Fysioterapikongress arrangert på Gardermoen. Dette var den 3. kongressen arrangert av NFF og jeg har også tidligere deltatt på de to foregående. Det faglige programmet var spennende, variert og av høyt faglig nivå.

Som spesialist i nevrologisk fysioterapi vil jeg gjerne trekke fram sesjonene rundt nevrologisk klinisk undersøkelse og nyere forskning på hjerneslag. I tillegg var det også god kvalitet på fellessesjonene som jeg tror var svært aktuelt for de fleste fysioterapeutene som deltok. Jeg var også tilstede på sesjon om sjeldne nevrologiske tilstander som jeg hadde godt utbytte av, særlig å vite om de forskjellige kompetansesentra som finnes for disse.

Andre fagdeler jeg deltok på var innen hjerte og lungefysioterapi. Også her synes jeg det var spennende tema som ble tatt opp og flinke foredragsholdere. Posterutstillingen var også variert og jeg satte stor pris på postervandringen hvor de aktuelle forfatterne selv presenterte det viktigste fra sine postere. Jeg presenterte selv resultater fra mitt phd prosjekt om intervalltrening etter hjerneslag og resultatene på fysisk og kognitiv funksjon etter hjerneslag. Denne

sesjonen var det svært mange som deltok på til tross for at den ble arrangert lørdag morgen fra 09 til 10.
På kveldene var det både «mingling» og festmiddag og jeg satte stor pris på å møte tidligere kullkamerater og andre kolleger jeg har arbeidet med tidligere. Kongressen ga mer faglig tyngde og bekreftelse på det man driver med i egen praksis er i tråd med nyere forskning. Jeg likte også appen som ga en ryddig og oversiktlig oversikt over det faglige innholdet og hvor de forskjellige fagområdene ble presentert.
Kongresshotellet var tilpasset arrangementet og gjorde til at vi som kom med fly ikke trengte unødig ekstra tid på reising. Det var positivt med lunsj i lokalene hvor utstillerne holdt til som gjorde at vi kunne besøke disse samtidig for å få vite om nyheter både ift utstyr og fagutvikling. Jeg satte også pris på at mange presentasjoner ligger tilgjengelig for deltakerne også etter at kongressen er avsluttet. Dette gjør at vi likevel kan få med oss deler vi måtte prioritere bort pga kollisjoner på tid under kongressen.
Dersom jeg skal trekke fram noe negativt synes jeg kanskje at 4600,- i kongressavgift per deltaker er i stiveste laget og her burde NFF se litt på alternativer for å holde avgiften noe lavere neste gang. Det er en høy pris for oss som arbeider i privat praksis og også for fysioterapeuter i det offentlige hvor kanskje arbeidsgiver kun sender en fysioterapeut i stedet for flere. I tillegg burde enkelte av sesjonene vært arrangert i større lokaler da flere ble fulltegnet, mens andre presentasjoner ble holdt i store lokaler/rom med få deltakere. Her burde fagkomiteen forutsett hvilke sesjoner som var populære.

Marit Viravong og Charlotte Marie Schanke i aksjon som forelesere. Foto: Gro Sverdrup Kleppestø

Kurs i intensivfysioterapi for fysioterapeuter

MEET Ullevål, 18. - 22. oktober 2021

Av Kjersti Lindberg, fysioterapeut Drammen sykehus, lkjers@vestreviken.no

Jeg var så heldig å få lov å gå dette kurset i oktober 2021, jeg har jobbet mange år med lungerehabilitering men har nå begynt å jobbe på akuttsykehus og jeg følte et stort behov for å til dels friske opp gamle kunnskaper men i hovedsak å tilegne meg ny kunnskap slik at jeg kan gi pasientene den beste og mest oppdaterte behandlingen.
Det faglige innholdet var meget høyt på kurset, programmet bestod av både teori og praksis. Fokus opplevde jeg lagt på at en skulle få en økt forståelse for hvor kompleks intensivpasienten er samtidig som en skulle få trygghet på at vi, som fysioterapeuter, kan bidra med veldig mye OG samtidig være en del av teamet som er rundt pasienten.
Det var foredragsholdere bestående av flere ulike yrkesgrupper som fysioterapeuter, sykepleiere, leger, ergoterapeut, logoped etc. Veldig nyttig å se intensivpasienten fra flere ulike vinkler og ulike behandlingsmetoder.

Helt supert at vi hadde tilgang på så mange hjelpemidler, som f.eks. flere typer intensivsenger, Hamilton respirator, flere typer BiPAP og CPAP maskiner, sengesykler mm. Da hadde en muligheten, egentlig gjennom hele kurset, til å trykke, justere og prøve seg fram.

Personlig hadde jeg mest utbytte av undervisningen og praksisen om posisjonering av pasienten. Det er så fascinerende å se hvordan lungefunksjonen endrer seg ved ulike posisjoner. Dette er kunnskap jeg i prinsippet hadde fra før, men veldig fint å sette det i system samt gjøre seg opp tanker om hvordan man kan få det til på en intensivavdeling. Posisjonering har jo også kommet lenger frem under pandemien hvor bla mageleie ble mye mer brukt. I tillegg er Anne Kristine Brekka en veldig god formidler.

Jeg hadde også veldig godt utbytte av undervisningen om leiring, dette har jeg ikke tenkt så veldig mye på tidligere. Det jeg syns var aller mest spennende var når vi fikk prøve selv og spesielt bruken av f.eks. dyne ved forflytning fra liggende til sittende. Her så jeg at det gjorde det kanskje mulig å klare å forflytte en pasient med hjelp av 2 heller enn 3 eller 4 og vil være nyttig også på en sengepost. Den tanken om at pasienten ikke skal kjenne at de svever i intet men at de skal føle seg støttet, at de kanskje vil føle seg utrygge når alle dyner og puter de ligger med bare blir «revet» bort når vi skal forflytte. Jeg følte jeg lærte mye i den undervisningsbolken.
Tidlig mobilisering/rehabilitering var også veldig spennende, det er noe jeg har jobbet med tidligere i annen setting, men her føler jeg fysioterapeuten har en helt essensiell rolle. Det er veldig spennende å se hva en faktisk kan få til på tross av alle begrensinger.

Jeg satte veldig stor pris på at all undervisning var veldig godt faglig fundert med gode, relevante referanser samtidig som det hele tiden var et blikk mot det praktiske, mot erfaringene vi gjør oss hver eneste dag i samarbeidet med pasienten og andre faggrupper.

Kurslokalene var veldig bra, store rom med god plass til undervisning mot skjerm og praksis. Gode muligheter for å få frisk luft i pausene, fint med enkel servering i pausene, muligheter for kaffe/te og vann. Deilig lunsj og gode muligheter for å snakke med de andre kursdeltagerne.

Master- og ph.d.-kandidater innen fagfeltet

Det er stadig flere fysioterapeuter som tar en mastergrad innen fagfeltet hjerte- og lungefysioterapi, og noen tar også en doktorgrad innen fagfeltet.

Kunnskap er til for å deles. Ved å vite om andre fysioterapeuters faglige fordypning, er det mulig å ta kontakt for å samarbeide til glede for faget. Har du tatt en videreutdanning, eller kjenner du noen som har fordypet seg i noe som bør deles med fysioterapikollegaer?

Send inn et sammendrag på norsk eller engelsk til hjerteoglunge@fysio.no

På de neste sidene kan du lese sammendrag fra ferske master- og doktorgrader. Ta gjerne kontakt med fysioterapeutene dersom du har spørmål, eller din arbeidsplass kan tenke seg mer kunnskap om temaet.

Foto: Pixabay

GRATULERER til Merethe Salveson Engseth som disputerte 14. juni 2022 ved Universitetet i Bergen

Stemmebåndsparalyse etter duktuskirurgi hos ekstremt prematurfødte.

Ekstremt prematurt (EP) fødte barn er født før uke 28 i svangerskapet og/eller har en fødselsvekt på under 1000 g. Ofte blir en blodåre som leder blod forbi lungene i fosterlivet, duktus arteriosus, stående åpen i stedet for å lukkes spontant etter fødsel. Kirurgisk lukking er et alternativ når konservativ eller medikamentell behandling er utilstrekkelig eller kontraindisert. En ulempe ved duktuskirurgi er at nerven som styrer venstre stemmebånd kan bli skadet under inngrepet. Målsetningen med avhandlingen var å undersøke forekomst av venstresidig stemmebåndsparalyse etter duktuskirurgi hos EP-fødte, samt hvilke utfall duktuskirurgi og venstresidig stemmebåndsparalyse er forbundet med på kort og lang sikt.

Den første artikkelen, en systematisk oversikt, viste at tidligere rapportert forekomst av stemmebåndsparalyse etter duktuskirurgi hos EP-fødte varierte fra 0-67%. Forekomsten var høyest i studier hvor alle, ikke bare symptomatiske, gjennomgikk laryngoskopi etter duktuskirurgi (32% vs . 16%). Stemmebåndsparalyse var forbundet med lungesykdom og ernæringsvansker hos barn. Kun èn studie inkluderte voksne, og den viste at stemmekvalitet og lungefunksjon, men ikke oksygenopptak, var redusert blant de med stemmebåndsparalyse.

Artikkel to og tre var basert på en nasjonal kohort født EP i 1999-2000, hvor 48 av 372 overlevende hadde gjennomgått duktuskirurgi. Foreldrerapporterte data viste at de som gjennomgikk duktuskirurgi hadde en økt odds ratio for stemmesymptomer og pusteproblemer under fysisk anstrengelse ved 11-årsalder, sammenlignet med EP-fødte som ikke gjennomgikk duktuskirurgi. Denne assosiasjonen ble redusert ved justering for varighet på invasiv mekanisk ventilasjon. I studie tre viste laryngoskopiundersøkelser at 53% av de som hadde gjennomgått duktuskirurgi hadde venstresidig stemmebåndsparalyse som voksne. Over halvparten rapporterte pusteproblemer under anstrengelse og/eller stemmesymptomer. Til tross for trangere forhold i strupen under fysisk anstrengelse var ikke lungefunksjon eller oksygenopptak (VO2peak) redusert hos duktusopererte med stemmebåndsparalyse i sammenlignet med duktusopererte uten stemmebåndsparalyse. Duktusopererte hadde redusert lungefunksjon sammenlignet med andre EP-fødte, og EP-fødte hadde redusert lungefunksjon og oksygenopptak sammenlignet med terminfødte.
Venstresidig stemmebåndsparalyse er vanlig etter duktuskirurgi hos EP-fødte, og postoperativ laryngoskopi er viktig for å sikre riktig diagnose og oppfølging. Redusert lungefunksjon kan medføre behov for oppfølging mtp. lungefunksjon i fremtiden.

Merethe Salveson Engseth. Foto: privat.

Kontakt:

Merete Salveson Engeset
Fysioterapeut ph.d.
høgskolelektor ved Høgskulen på Vestlandet
msen@hvl.no

GRATULERER til Kjetil M. Esperaas som som leverte sin masteroppgave i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungesykdommer ved Høgskulen på vestlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap, våren 2022.

Hvor utfyllende beskrives treningsintervensjonene i RCT-studier omhandlende mennesker med MetS? Kritisk vurdering ved bruk av Consensus on Exercise Reporting Template (CERT)

Kjetil M. Esperaas Foto: privat

Bakgrunn: Trening er en anbefalt behandlingstilnærming for mennesker som oppfyller kriteriene for diagnosen Metabolsk Syndrom (MetS). Det er utført randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) som har undersøkt behandlingseffekten på styrke- og utholdenhetstrening. Det er essensielt at studienes treningsintervensjon er tydelig beskrevet for at resultatene kan overføres til klinisk kontekst. I nyere tid er det publisert flere studier som har adressert tydelige begrensninger omhandlende fullstendigheten av rapporteringen til treningsintervensjoner innen helseforskning. Dette resulterer i en redusert utnyttelse av forskningsressurser samt et svekket behandlingstilbud.

Hensikt: Vurdere hvor utfyllende treningsintervensjonene beskrives i RCT-studier som sammenligner trening mot kontrollgrupper, omhandlende mennesker med MetS.

Forskningsdesign: Kritisk vurdering ved systematisk evaluering.

Metode: Det ble utført søk etter systematiske oversiktsartikler i Cochrane Library, Epistemonikos og PEDro. De systematiske oversiktsartiklene dannet fundamentet for inklusjon av RCT-studier. Utvelgelsesprosessen ble utført av en forfatter i to omganger. Inkluderte studier ble evaluert ved Consensus on Exercise Reporting Template (CERT). Vurderingene av studiene med CERT ble utført av to personer. Narrative analyser ble brukt for å avdekke eventuelle sammenhenger mellom resultatene og informasjon nærliggende treningsintervensjonene.

Resultater: Det ble inkludert åtte RCT-studier som resulterte i 10 treningsintervensjoner. Studiene hadde en median CERT score på 11/19.

Konklusjon: Treningsintervensjonene omhandlende mennesker med MetS fremkommer mangelfulle og med tydelige begrensninger for at intervensjonene i fullstendighet kan replikeres.

Kontakt:

Kjetil M. Esperaas
Fysioterapeut M.Sc.
Lillesand Fysikalske Institutt
Kjetil2esperaas@gmail.com

GRATULERER til Malene Joensen som som leverte sin masteroppgave i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungesykdommer ved Høgskulen på vestlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap, våren 2022.

Kan maksimal styrke og muskelarkitektur forklare individuelle forskjeller i treningsrespons på maximal power?

Bakgrunn: Det er stor individuell variasjon i hvordan mennesker responderer på samme treningsstimuli. Kunnskap om individuelle tilpasninger etter ulike treningsstimuli vil være viktig for å velge riktig treningsmetode, uavhengig om en er idrettsutøver, mosjonist eller pasient. Trening av muskulær power kan gjøres med ulik vekting av kraft- og hurtighetstrening. Dette studiet ønsker å finne ut om muskelstyrke- og arkitektur kan være bestemmende for valg av kraft- eller hurtighetsdominert trening.

Metode: Toppidrettsutøvere (n = 20) ble randomisert til å trene enten kraftdominert (INT-F, n = 9) eller kombinert trening (INT-C, n = 11). Deltakernes pennasjonsvinkel, fasikkellengde og muskeltykkelse i m.vastus lateralis målt med ultralyd en uke før og en uke etter en åtte uker lang treningsintervensjon. I tillegg ble deltakerne testet i maksimal power og maksimal styrke. Students' t-test ble brukt for å beregne intra- og intergruppeforskjeller fra pre- til post-test. Regresjonsanalyser ble benyttet for å undersøke om endringen i maksimal power ble påvirket av utøvernes styrkenivå og muskelarkitektur ved pre-test.

Resultater: Det er ingen signifikant forskjell i gjennomsnittlig endring fra pre- til posttest mellom gruppene i maksimal power, styrke eller muskelarkitektur. Studien finner ikke tilstrekkelig bevis for at interaksjon mellom muskelstyrke, muskelarkitektur og treningsintervensjon påvirker endringen i maksimal power. Det er tendens til at høyere muskeltykkelse og fasikkellengde påvirker endring i maksimal power negativt, uavhengig av treningsintervensjon.

Konklusjon: En kan ikke bestemme treningsintervensjon ut ifra styrkenivå eller muskelarkitektur ved pre-test. Det ser likevel ut til at utøvere med mindre utviklet muskulatur vil ha mer effekt av begge treningsintervensjoner enn utøvere med mer utviklet muskulatur. Kartlegging av individuelle faktorer som kan påvirke treningseffekt vil være viktig for å sikre effektive treningsintervensjoner for utøvere, mosjonister og pasienter.

Malene Joensen. Foto: privat

Kontakt:

Malene Joensen
Fysioterapeut M.Sc., Vitenskaplige assistent
H øgskolen på Vestlandet /
Professionshøjskolen UCNAalborg
malene@joensen.no

GRATULERER til Haakon Kvidaland som leverte sin masteroppgave ved Universitet i Bergen, det medisinske fakultet, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, våren 2022

Anstrengelseutløst obstruksjon i strupen (EILO) når det pustes kald luft.

Introduksjon: Anstrengelsesutløst obstruksjon i strupen (EILO) er viktig å ta hensyn til i utredningen av pasienter med anstrengelsesutløst pustebesvær. Gullstandarden for å undersøke pasienter med mistanke om EILO er en kontinuerlig laryngoskopi anstrengelses (CLE) test, da den visualiserer strupen underveis i en standardisert tredemølle protokoll som øker gradvis i belastning frem til maksimal anstrengelse. Det rapporteres i litteraturen om at symptomer på EILO er vanligere når det pustes inn kald luft sammenlignet med romluft, men ingen studier har systematisk undersøkt en mulig forskjell.

Hensikt: Å undersøke en mulig forskjell på obstruksjon i strupen når det pustes inn kald luft sammenlignet med romluft, blant unge voksne med mistanke om EILO.

Metode: I denne randomiserte overkrysningsstudien ble ni pasienter (29.8 (21-38) år (gjennomsnitt (variasjonsbredde)) med mistanke om EILO inkludert. De gjennomførte i randomisert rekkefølge to CLE tester, en med kald luft (-15˚C) og en med romluft (20-22˚C), for å finne and skåre grad av obstruksjon i strupen ved moderat og maksimal anstrengelse på stemmebåndsnivå og over stemmebåndsnivå. En høyere CLE skår indikerer større grad av obstruksjon.

Resultat: Det ble ikke funnet noen forskjell på sum CLE skår (0.1 (-0.7-0.5) (gjennomsnittlig forskjell (95% konfidensintervall (KI)). Pasientene løp 15 sekunder kortere (2-28 (95%KI)) når de pustet kald luft, og hadde en høyere CLE skår over stemmebåndsnivå ved moderat anstrengelse på identisk arbeidsbelastning (0.6 (0.2-1) (gjennomsnittlig forskjell (95%KI)), sammenlignet med når de pustet romluft underveis i CLE testen.

Konklusjon: Det å puste kald luft viste ingen forskjell på obstruksjon i strupen, sammenlignet med romluft. Pasientene løp kortere når de pustet kald luft og hadde mer lukking ved moderat anstrengelse på identisk arbeidsbelastning. Mer forskning med flere pasienter er nødvendig.

Haakon Kvidaland. Foto: privat

Kontakt:

Haakon Kvidaland
Fysioterapeut, M.Sc.
Energisenteret for barn og unge
Haukeland universitetssjukehus
Haakon.kristian.kvidaland@helse-bergen.no

GRATULERER til Vibeke Løkra som som leverte sin masteroppgave i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungesykdommer ved Høgskulen på vestlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap, våren 2022.

Hvorfor takke nei til hjerterehabilitering?

Bakgrunn: En femtedel av Norges befolkning lever i dag med etablert hjerte- og karsykdom, eller har høy risiko for slik sykdom. Effekten av hjerterehabilitering er godt dokumentert, og deltakelse i hjerterehabilitering er forbundet med forbedret livskvalitet og redusert sykelighet og dødelighet. Til tross for dette er det forholdsvis få pasienter med etablert hjerte- og karsykdom som deltar i hjerterehabilitering. I Norge er deltakelsen i underkant av 30 %. Lite forskning er gjort for å prøve å finne ut hvorfor det er så få som deltar. Formålet med studien er derfor å få en dypere forståelse for hvorfor noen takker nei til å delta. Økt kunnskap rundt dette vil kunne bidra til en bedre forståelse for faktorer som påvirker pasientens avgjørelse, og muligens avdekke et behov for å endre rutiner rundt rekruttering.

Metode: For å belyse problemstillingen ble det benyttet en kvalitativ forskningsmetode hvor et utvalg pasienter med etablert hjerte -og karsykdom som hadde avslått å delta på hjerterehabilitering ble intervjuet. Analysemodellen systematisk tekstkondensering ble brukt for å analysere tekstmateriale fra åtte semistrukturerte dybdeintervju.

Resultat: Resultatene viste at informantene i studien var positive til hjerterehabiliteringen, og hadde ønske om å delta, men ulike personlige og praktiske hindringer var årsak til at de hadde avslått tilbudet. Tidspunktet for når de hadde fått tilbud om hjerterehabilitering var også en årsak til ikke å delta. Tilbudet hadde kommet for seint, de hadde kommet i gang med fysisk aktivitet og trening selv, de som var yrkesaktiv var tilbake i jobb, og de følte derfor ikke lenger behov for å delta. Informasjon om hjerterehabiliteringen var essensielt for informantene. Opplevelsen av å ha fått for lite informasjon både når de var inneliggende, men også etter hjemkomst ble trukket fram som en faktor som hadde påvirket dem når de skulle ta avgjørelsen om å delta på hjerterehabiliteringen.

Konklusjon: Resultatene av studien har nytteverdi for sykehuset. Informasjonen om de ulike årsakene til hvorfor informantene valgte å avstå fra å delta på hjerterehabiliteringen, kan brukes for å endre rutiner omkring hjerterehabiliteringen ved St Olavs hospital. Endrede rutiner kan forhåpentligvis bedre deltakelsen ved hjerterehabiliteringen, noe som er viktig for å bedre prognosen til pasienter med hjerte- karsykdom. Dette kan også ha en positiv samfunnsøkonomisk effekt.

Vibeke Løkra. Foto: privat

Kontakt:

Vibeke Løkra
Spesialist i hjerte- og lungefysioterapi M.Sc.
St. Olav hospital Trondheim
vibeke.lockra@stolav.no

GRATULERER til Petrine Solli Veierød som leverte sin masteroppgave i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungesykdommer ved Høgskulen på vestlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap, våren 2022.

Petrine Solli Veierød. Foto: Privat.

Behandling av Exercise Induced Laryngeal Obstruction (EILO) - en randomisert kontrollert studie

Bakgrunn: Exercise Induced Laryngeal Obstruction (EILO) er betegnelsen på unormal dynamisk adduksjon av strupen ved inspirasjon under fysisk anstrengelse. Grad av adduksjon og hvilke strukturer som lukker seg, varierer mellom individer. Studier har vist funn forenelig med EILO hos 7% av en normal ungdomspopulasjon og hos 35% av idrettsutøvere. I litteraturen finner man beskrevet flere behandlingsalternativer, men det er uklart om noen er mer effektive enn andre. Dette kompliseres av at EILO ser ut til å bestå av minst to undertyper (glottisk og supraglottisk) som antagelig krever ulik behandling. Inspiratorisk muskeltrening (IMT) og informasjon og biofeedback (IB) er vist å ha positiv effekt ved glottisk EILO, mens IMT med høy motstand er vist å kunne gi forverring ved supraglottisk EILO.

Hensikt: Undersøke hvordan behandling med informasjon og biofeedback (IB) alene sammenlignet med IB med tillegg av IMT over en seks ukers periode påvirker CLE-score hos pasienter med EILO og i hvilken grad det er ulikheter mellom behandlingsalternativene.

Metode: Studien er en del av en stor pågående randomisert kontrollert studie av behandling for EILO, ved Haukeland universitetssykehus i regi av Bergen ILO Group. EILO diagnostiseres ved gjennomføring av en arbeidsfysiologisk belastningstest med samtidig kontinuerlig videovisualisering av strupen ved hjelp av et nasalt fiber-laryngoskop, såkalt CLE-test, og lukking i strupen graderes ved hjelp av CLE-score. Deltakerne med EILO randomiseres til to behandlingsgrupper som begge går over seks uker; én gruppe (IB-gruppen) får kun IB med påfølgende egentrening; en annen gruppe får IB pluss IMT (IB+IMT-gruppen) som gis med individuelt tilpasset treningstrykk og oppfølging via videokonsultasjon tre ganger i løpet av de seks ukene. I begge gruppene måles effekt ved hjelp av CLE- og belastningstest (Cardiopulmonal exercise-test, CPET), alt applisert på samme måte før og etter behandling.

Resultater: Til nå er 42 deltakere inkludert, 21 er randomisert til hver behandlingsgruppe. Alle deltakerne hadde normale arbeidsfysiologiske data og uendret etter behandlingsperioden. Etter behandlingsperioden hadde begge gruppene en signifikant bedre total CLE-score (CLE-sumscore). Hovedendringen skyldes bedring på glottisk nivå i strupen ved maksimal anstrengelse i begge behandlingsgruppene.

Konklusjon: Studien viste at både IB- og IB+IMT-gruppen fikk signifikant bedring på CLE-sumscore etter seks uker, det var ingen forskjell mellom disse to behandlingsalternativene på CLE-sumscore.

Kontakt:

Petrine Solli Veierød
Fysioterapeut, M.Sc.
Haukeland universitetssjukehus
sara.petrine.solli.v@gmail.com

GRATULERER til Cecilie Straumann Botn som leverte sin masteroppgave i interdisiplinær helseforskning ved Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, våren 2022.

Plutselig skal jeg være i hverdagen som det var før, men alt er jo så annerledes" - Lungekreftopererertes opplevelse av hverdagen ett år etter operasjon.

Formål: Studiens mål er å bidra til økt kunnskap om pasientenes opplevelse av hverdagen og eget selv etter lungekreftoperasjon, samt utvikling av bedre informasjon og et mer akseptabelt og tilpasset oppfølgingstilbud til lungekreftopererte.

Teoretisk forankring: Studien er forankret i et sosialkonstruktivistisk perspektiv hvor Franks teori om sykdomsfortellinger og Mattinglys' teorier om terapeutiske fortellinger er sentrale.

Metode: Studien bygger på kvalitativ metode hvor seks pasienter ble telefonintervjuet ett år etter lungekreftoperasjon, etterfulgt av Braun og Clarkes tematiske refleksive analyse.

Resultater: Fysiske begrensninger, dyspnoe og fatigue preget hverdagen til denne gruppen og endret deres identitet betydelig. Ønsket om mer fellesskap og støtte, men samtidig ikke «bli en av de syke», var også framtredende. Savnet etter mer personlig og tilpasset oppfølging fra helsetjenesten var betydelig.

Konklusjon: Studien tyder på et klart behov for mer individuell tilpasning, aktiv oppfølging og støtte fra helsetjenesten etter en lungekreftoperasjon.

Cecilie Straumann Botn. Foto: Privat.

Kontakt:

Cecilie Straumann Botn
Spesialfysioterapeut, M.Sc.
Oslo Universitetssykehus - Rikshospitalet
cecstr@ous-hf.no

GRATULERER til Gry Janita Olsson som leverte sin masteroppgave i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungesykdommer ved Høgskulen på vestlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap, våren 2022.

Assosiasjoner mellom oksygenopptak, diffusjonskapasitet og bronkial dimensjon hos voksne født ekstremt prematurt.
Sammendrag er foreløpig ikke tilgjengelig grunnet publiseringsrettigheter.

Kontakt:

Gry Janita Olsson
Fysioterapeut, M.Sc.
Unicare Hokksund
gry.olsson@unicare.no

Gry Janita Olsson. Foto: Privat.

GRATULERER til Siri Dahl Aune som leverte sin masteroppgave i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte- og lungesykdommer ved Høgskulen på vestlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap, våren 2022.

Måleegenskaper for 30 sekunder reise-og-sette seg test ved kartlegging og rehabilitering av personer med kronisk obstruktiv lungesykdom

Bakgrunn: Det finnes en rekke ulike funksjonstester som brukes for å kartlegge funksjon og evaluere lungerehabilitering for pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). De mest etablerte funksjonstestene som har vist seg å ha gode måleegenskaper er gangtestene 6-Minute Walk Test (6MWT), Incremental Shuttle Walk Test (ISWT) og Endurance Shuttle Walk Test (ESWT). 30 second Sit-To-Stand test (30sSTS test) er en enkelt gjennomførbar test som krever mindre plass og utstyr, og som har begynt å brukes for å kartlegge muskelstyrke hos pasienter med kols. Målet med denne studien var å undersøke måleegenskapene konstruktvaliditet, test-retest reliabilitet og responsiveness for 30sSTS test sett opp mot de mer etablerte gangtestene.

Metode: Totalt 50 pasienter diagnostisert med kols ble testet med 6MWT, ISWT, trappetest og 30sSTS test. Spørreskjemaet COPD Assessment test (CAT) som kartlegger helsestatus og sykdommens påvirkning i dagliglivet for pasienter med kols ble også benyttet. Konstruktvaliditet og responsiveness ble undersøkt ved forhåndsdefinerte hypoteser om forventede sammenhenger mellom henholdsvis baselineskårer og endringsskårer på 30sSTS test og funksjonstestene, samt 30sSTS test og CAT. Test-retest reliabilitet ble undersøkt med relativ reliabilitet (ICC2.1) og målefeil ble undersøkt med Standard Error of Measurement (SEM) og Smallest Detectable Change (SDC). I tillegg ble læringseffekt og effektstørrelse målt med Cohen's d undersøkt.

Resultat: Alle forhåndsdefinerte hypoteser for konstruktvaliditet ble bekreftet. Resultatene viste at 30sSTS test hadde høy relativ reliabilitet (ICC2.1=0.89) og en målefeil (SDC95%) på ±2.9 repetisjoner. Det var en signifikant økning i antall repetisjoner fra første til andre testforsøk for 30sSTS test, noe som tyder på en læringseffekt. Kun én av de fem forhåndsdefinerte hypotesene for responsiveness ble bekreftet, og indikerer lav responsivitet. Resultatene viste en stor effektstørrelse (1.18) målt med 30sSTS test.

Konklusjon: 30sSTS test viste seg å ha god konstruktvaliditet og relativ reliabilitet, og oppnådde en målefeil på ±2.9. Målefeilen var større enn observert endring, og dermed kan det ikke konkluderes med at det har skjedd en reell endring. Resultatene tyder på at testen ikke er responsiv for endring etter lungerehabilitering ved romluft. Pasientene løp kortere når de pustet kald luft og hadde mer lukking ved moderat anstrengelse på identisk arbeidsbelastning. Mer forskning med flere pasienter er nødvendig.

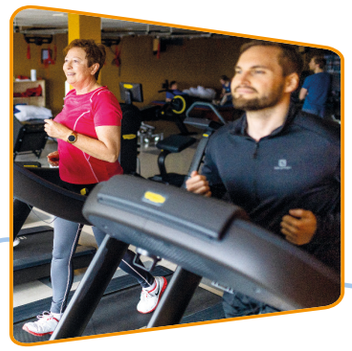
Siri Dahl Aune. Foto: Privat.

Kontakt:

Siri Dahl Aune
Fysioterapeut, M.Sc.
SATS Nesttun
sirii_dahl@hotmail.com

SKOGLI
helse og rehabilitering

Har du en hjertesykdom og trenger et rehabiliteringsopphold?



Skogli tilbyr tverrfaglig rehabilitering med:

- Hjerteopererte senfase 1 og fase 2a etter sykehus-opphold - ACB, hjerteklaff, PCI, aortaaneurisme, etc.
- Ulike former for hjerte- og karsykdommer – angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt grad 1-4.
- Hjerteopererte fase 2b.
- Pasienter med følgetilstander ved hjertesykdom.

Henvisning

Direkte fra sykehus eller via fastlegen.

Lengde på opphold

4 uker gruppeopphold
3 uker for nyopererte

Hva vi tilbyr:

- Skreddersydd rehabiliteringsprogram med tett oppfølging fra fysioterapeut, lege og koordinator
- Fysisk trening på anbefalt nivå- både individuelt og i gruppe, relevant undervisning som eks. kost- og livsstilsendring, fysisk aktivitet, hjertesykdommer og røykavvenning.
- Individuell oppfølging fra andre fagpersoner ved behov – klinisk ernæringsfysiolog, sykepleier, ergoterapeut, sosionom og psykolog.

Vi er spesielt opptatt av sunn livsstil og vi ønsker at folk skal leve godt og lenge. Vi tror at gode valg og riktige tiltak kan reversere sykdom og hindre tilbakefall.

For mer info:

Se www.skogli.no

Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS har vært CARF-akkreditert siden 2010

Skogli Helse- og
Rehabiliteringssenter AS
Frederik Colletts veg 13, 2614 Lillehammer
Telefon inntak: 61 24 92 00 - skogli@skogli.no - www.skogli.no

Fagnettverk
for hjerte- og lungefysioterapeuter

Vi ønsker å utvide oversikten over faglige nettverk og samarbeid på nasjonalt og internasjonalt nivå. Kjenner du til fagnettverk for hjerte- og/eller lungefysioterapi? Flere vil kunne ha nytte av utveksling av kunnskap. Del gjerne på faggruppens Facebookside.

Faggruppens tips til aktuelle fagnettverk:

Nasjonal kompetansetjeneste Trening som medisin
https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nasjonal-kompetansetjeneste-trening-som-medisin / Facebook
Formidler nasjonale anbefalinger for trening både forebyggende og som behandling etter en rekke ulike sykdommer.

Regional kompetansetjeneste for rehabilitering; Lungerehabilitering – fagnettverk HSØ
https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-rehabilitering-rkr/fagnettverk-for-lungerehabilitering /Facebook
Informasjon om fagprosedyrer, ulike pasienttilbud i regionen, linker til aktuelle kurs/webinarer.

Fagnettverk for tidlig rehabilitering Helse Sør Øst
https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-rehabilitering-rkr/fagnettverk-for-tidlig-rehabilitering /Facebook
Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR), i Helse Sør-Øst, etablerte i februar 2021, med støtte fra fagråd rehabilitering, et tverrfaglig nettverk innen tidlig rehabilitering Facebookgruppen er åpen for alle fagpersoner som jobber med og/eller er interessert i tidlig rehabilitering på sykehus. Med "tidlig rehabilitering» menes rehabilitering på intensivpost og ordinære medisinske/kirurgiske sengeposter.

Regionalt nettverk innen rehabilitering for personer med lungesykdom. Helse Bergen.
https://helse-bergen.no/regionalt-kompetansesenter-for-habilitering-og-rehabilitering/regionalt-nettverk-innan-rehabilitering-for-personar-med-lungesjukdom
Regionalt, tverrfagleg og tverrsektorielt forum for utvikling og utveksling av kompetanse innen rehabilitering for personer med lungesykdom.

ICU Rehab / ICU Recovery Network @icurehab
https://icurehabnetwork.org/ Twitter og Instragram
Et internasjonalt tverrfaglig nettverk for sertifisert helsepersonell, som fokuserer på respiratoravvenning og rehabilitering under og etter innleggelse i en intensivmedisinsk sykehusavdeling. Europa-nettverket organiserer årlige konferanser. Hvert land organiserer sine medlemmer. Spesialfysioterapeut Hilde Nesengen ved Sykehuset Østfold Kalnes er norsk administrator. Ønsker du månedlige nyhetsbrev fra ICU Rehab, meld deg på via mail til hilron@so-hf.no

ESC European Society of Cardiology – EAPC European Association of Preventive Cardiology
www.escardio.org/Facebook
Formidler forskning og utvikler internasjonale guidelines innen opptrening og hjerterehabilitering.

Respiratory Society; ERS
https://www.ersnet.org
Respiratory Physio Group på Facebook
Privat gruppe med over 4000 internasjonale medlemmer.

ACPRC; Assosiation of Chartered Physiotherapists in Respiratory Care
https://www.acprc.org.uk/
Britisk nettverk som startet i 1980 med over 1000 medlemmer og årlig konferanse.

Kurs og kongresser innen intensiv-, hjerte- og lungefysioterapi

Det er mange gode nasjonale og internasjonale kurs og kongresser innen fagfeltene våre.

Her har vi samlet noen av dem. Ikke alle kursene har fastsatt dato ennå, derfor er ikke listen komplett.

Følg med for oppdateringer over norske NFF-kurs på:

https://fysio.no/Forbundsforsiden/Kurs/Kurskalender

Kurs og kongresser 2022

NOVEMBER

AARC 2022- American Association of Respiratory Care Annual Congress
9-12. november, New Orleans, Louisiana, USA

DESEMBER

3-4. desember 2022, Milano, Italia
The conference, organized by the European Respiratory Society in partnership with the European Cystic Fibrosis Society, will provide an integrated approach to diagnosis, treatment, and continuous management of cystic fibrosis in adults.

Kurs og kongresser 2023

FEBRUAR

ICAPS015 2023: 17. International Conference on Advances in Physiotherapy Science.
February 16-17, 2023 in Pattaya, Thailand

ICAPS015 2023: 17. International Conference on Advances in Physiotherapy Science
February 20-21, 2023 in Sydney, Australia

MARS

Lung Science Conference 2023: Post-viral lung diseases – from basic immunology to clinical phenotypes and therapy.
21st Lung Science Conference 9–12 March, 2023, Estoril, Portugal

18th ECFS Basic Science Conference - 29th March - 1st April 2023 Dubrovnik, Croatia

APRIL

ESC Preventive Cardiology 2023
European Association of Preventive Cardiology (EAPC) Thursday, 13 April - Saturday, 15 April 2023, Malaga - Spain

International Society for Heart and Lung Transplantation - ISHLT- 43rd Annual Meeting & Scientific Sessions will be held 19-22 April, 2023 in at the Colorado Convention Center in Denver, CO USA.

ACPRC conference 2023, Association of Chartered Physiotherapists in Respiratory Care. One Team: meeting the challenge through people, policy and practice.
21 April 2023 Cutlers' Hall Hospitality7-15 Church Street, Sheffield City Centre, England, S1 1HG

ICU 19th Annual Critical Care Symposium 2023. 27-28. April. Sted og program ikke annonsert ennå.

MAI

The American Thoracic Society - ATS 2023
19-24. mai, Washington DC, USA

American Association Respiratory Care - ACSM Annual Meeting & World Congress
30. mai-3. juni, Denver, Colorado, USA

JUNI

The World Physiotherapy Congress 2023
2.-4. juni 2023, Dubai, UAE

46th European Cystic Fibrosis Conference
7-10. juni, Wien, Østerrike

SEPTEMBER

European Respiratory Society - ERS International Congress 2023.
Dato og sted ikke bestemt ennå.

NOVEMBER

ICAPS015 2023: 17. International Conference on Advances in Physiotherapy Science
11-12. november, Roma, Italia

Kurs og kongresser 2024

ICAPS015 2024: 18. International Conference on Advances in Physiotherapy Science.
January 21-22, 2024 in Mandalay, Myanmar

ICAPS015 2024: 18. International Conference on Advances in Physiotherapy Science.
February 25-26, 2024 in Sydney, Australia

Kurs og kongresser 2025

World congress of physiotherapy
Dato og sted ikke bestemt ennå.

Ana2mi
www.ana2mi.no
TLF: 33 04 80 90
ordre@ana2mi.no
Pasienten kan
spise, drikke og
snakke samtidig med
fullverdig respiratorbehandling.
Skjoldrespirator
Multifunksjonell respirator med hoste– og
slimmobiliseringsprogram. Naturlig respirasjonsstøtte
uten risiko for barotraume.
HAYEK
BCV
Biphasic Cuirass Ventilation

Vi ønsker deg velkommen som medlem i Faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi

Som medlem får du tilsendt papirutgaven av Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi én gang i året. Faggruppen ønsker å stimulere til faglig utvikling og medlemmer kan søke om stipend (for eksempel til kurs, konferanser eller hospiteringer) to ganger i året.
Vi arrangerer årsmøteseminar med forelesninger, workshops, utstillere og likesinnede kolleger fra hele landet. I tillegg jobber vi med å synliggjøre og ivareta interessene til hjerte- og lungefysioterapeuter både internt i NFF og overfor andre aktuelle aktører.

Meld deg inn ved å logge deg inn på fysio.no og følg linken:
https://fysio.no/Forbundsforsiden/Organisasjon/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapi?Innmeldingsskjema

Velkommen også som medlem i vår Facebookgruppe

Her er det er det oppdatert informasjon om vårt fagområde, mange nyttige tips og ressurser, samt fagfolk å diskutere med.

ISSN 2703-8408
Returadresse:
Norsk Fysioterapeutforbund
Postboks 147, Sentrum
N – 0102 Oslo