

# fysioterapeuten

# 12

9. september 2011 / 93. årgang

## Frossen skulder

Forkert diagnose fører  
ofte til fejlbehandling.

8

## Undersøgelse af vederlagsfri

Patienterne er meget  
tilfredse, men der er rum  
til forbedring.

24

## El-stimulation

Et godt supplement til  
den fysioterapeutiske  
behandling.

28



ÅRETS NYHED PÅ HEALTH & REHAB

# Mississippi svingbar vask



NYHED -  
MED HØJDEINDSTILLING



Vinder af  
Årets nyhed 2010

Har du svært ved at komme til vasken, så må vasken komme til dig! Det er filosofien bag ROPOX' nye svingbare vask til ældre og handicappede. Mississippi vasken, der blev kåret som Årets Nyhed på Health & Rehab Messen, sætter nye standarder for brugervenlighed, hygiejne og pladsøkonomi. Samtidig giver den mulighed for at spare op til 1,5 m<sup>2</sup> i baderummet – uden at gå på kompromis med komforten. Besøg [www.ropox.dk](http://www.ropox.dk) eller ring til Dorthe Rosantus (Sjælland), 20 11 64 34, Ebbe Brag (Jylland/Fyn) 23 74 07 05 for yderligere info.

## ROPOX

BETTER WAYS TO BETTER DAYS



28 og 36

## El-stimulation er et godt supplement

El-stimulation anvendes til at indøve funktionelle bevægelser, til styrketræning af svag muskulatur og genoptræning af paretisk muskulatur. Thomas Nybo fra Vejlefjord Rehabiliteringscenter giver et indblik i behandlingen, som efter hans mening er forfulgt gamle myter.

### 08 **Forkert diagnose fører til fejlbehandling af frossen skulder**

Ortopædkirurgisk overlæge Bo Sanderhoff Olsen opfordrer fysioterapeuterne til at være mere kritiske over for den diagnose, der står på henvisningen.

### 12 **Fra happy movement til hiv og slid**

Fysioterapeuter skal ikke holde sig fra at behandle en frossen skulder, heller ikke i fase 1 og 2, men behandlingen skal holde sig inden for smertegrænsen, understreger fysioterapeut Mogens Dam.

### 17 **Fysioterapeuter må gerne diagnosticere, men vil de?**

*Fysioterapeuten sætter i de kommende måneder fokus på fysioterapeutens rolle og selvforståelse i forhold til diagnosticering.*

### 18 **Man behøver ikke at være rask for at være arbejdsdygtig**

De forskellige faggrupper i TTA-projektet har udviklet en fælles forståelse af begrebet uarbejdsdygtighed. Ikke mindst for fysioterapeuterne har det været en udfordring.

### 24 **Patienter med handicap er tilfredse med vederlagsfri fysioterapi**

En ny undersøgelse dokumenterer en udbredt tilfredshed, men der er plads til forbedring - blandt andet i forhold til at inddrage patienten, når der sættes mål for behandlingen.



#### Det faste

Fysnyt **side 06**  
 Anmeldelse **side 23**  
 Møder & kurser **side 38**  
 Klinik til salg **side 41**  
 Job **side 43**

# Stil op som delegeret i Pensionskassen for Sundhedsfaglige



Vil du have indflydelse i din pensionskasse, så meld dig som kandidat – fristen er den **10. oktober 2011 kl. 16.00**

## Din fremtid (og de andres)!

Din pensionskasse, som er Pensionskassen for Ergoterapeuter og Fysioterapeuter, skal fusionere med Pensionskasserne for Kost- og Ernæringsfaglige, Bioanalytikere og Jordemødre. Den fælles pensionskasse kommer efter fusionen til at hedde Pensionskassen for Sundhedsfaglige. Pensionskassen skal have valgt nye delegerede, der skal tiltræde den 1. december – når fusionen er trådt i kraft.

Som delegeret er du med til at bestemme, hvordan din pensionskasse skal udvikle sig. Du har stemmeret på pensionskassens generalforsamling og har mulighed for at stille forslag. Derfor kan du være med til at præge din pensionsordning i mange år fremover.

Der kræves ikke specielle forudsætninger for at blive delegeret – det er nok, at du interesserer dig for din pensionskasse.

Som delegeret får du ekstra viden og inddrages i dialogen om pension på forskellige kurser og seminarer, både som nyvalgt og løbende i din valgperiode.

## Stil op inden 10. oktober

Ønsker du at stille op til delegeretvalget, skal du udfylde en anmeldelsesblanket på [pka.dk](http://pka.dk).

Blanketten skal være modtaget i PKA senest d. 10. oktober 2011 kl. 16.00.

Du finder online-blanketten ved at logge på [pka.dk](http://pka.dk) (med Nem-ID) og klikke på delegeretvalg 2011.

Du kan også få yderligere oplysninger om valget og om at være delegeret på [pka.dk](http://pka.dk).

Vedtægter kan du læse på [pka.dk](http://pka.dk) eller få tilsendt, ved at henvende dig til Amalie Kjærulf tlf. 39 45 45 28.

## Fordeling af delegerede

Der skal vælges i alt 200 delegerede, heraf 42 fysioterapeuter fordelt på følgende valgkredse:

Valgkreds	Antal delegerede
Region Hovedstaden herunder medlemmer uden for valgkredsene	15
Region Sjælland	5
Region Syddanmark	8
Region Midtjylland	9
Region Nordjylland	4
Færøerne	1

De fem faggrupper i pensionskassen skal derudover vælge én fælles delegeret for Grønland.

## Opstillingsregler

Du kan stille op til delegeretvalg, hvis du er medlem af pensionskassen pr. 31. august 2011. Du kan dog ikke stille op, hvis du har indsendt en begæring om at træde ud af pensionskassen.

Din valgkreds bestemmes af din arbejdsgivers adresse (indbetalerinstitutionen).

Hvis du ikke får indbetalt pensionsbidrag af en arbejdsgiver (f.eks. pensionister, arbejdsledige og selvbetalere) kan du stille op i den valgkreds, hvor du bor.

Hvis du arbejder i en anden valgkreds end der, hvor din arbejdsgiver har adresse, eller hvis du får indbetalt pensionsbidrag fra flere arbejdsgivere i forskellige valgkredse, gælder der særlige regler.

Du kan få mere information om valgkredse og opstillingsregler på [pka.dk](http://pka.dk). Her kan du også læse pensionskassens vedtægter, som danner baggrund for valget.

Det er en forudsætning for valget, at Finanstilsynet giver de nødvendige tilladelser til, at fusionen kan gennemføres.



# Valget er dit



Johnny Kuhr

Formand for Danske Fysioterapeuter

**Regioner og kommuner er pressede på økonomien, men jeg synes, at kommunerne på sundhedsområdet er præget af manglende selvtillid**

Danske Fysioterapeuter er som bekendt en parti-uafhængig faglig organisation. Vores parti er fysioterapeuternes. Men nu er der valg, og det er endnu en anledning til at sætte fokus på sundhedsvæsen, uddannelse og forskning. Derfor afholder vi for øjeblikket valgmøder med politikerne om relevante emner for fysioterapeuter og sundhedsvæsen. Det giver jer medlemmer en mulighed for at komme direkte i dialog med politikere, og det giver os som forening en mulighed for at konfrontere politikerne med udfordringerne, som vi ser dem i sundhedsvæsenet.

Der er op til valget mange muligheder for at komme i dialog med politikerne. Eksempelvis kan

du deltage i valgmøder eller debattere i de sociale medier. Jeg og regionsformændene er naturligvis aktive i den politiske debat, men jeg vil gerne opfordre

dig til også at deltage. Og hvis du ønsker at tage del i debatten, får du her et par gode spørgsmål til politikerne, som du kan lade dig inspirere af:

På sygehusområdet har patienterne udvidet frit valg til udredning og behandling. Også kaldet behandlingsgarantien. Det tvinger i nogle tilfælde hospitalerne til at behandle patienter med lette sygdomme før patienter med alvorligere lidelser. Sygehusene risikerer nemlig at få underskud på driften, hvis de sender patienterne videre til privathospital via det udvidede frie valg. Dertil kommer, at ordningen har medvirket til, at flere danskere

bliver opereret frem for at få tilbudt konservativ behandling. Derfor er det nødvendigt med en justering, så det bliver en faglig vurdering, der afgør længden på ventetiden. Spørg politikerne, om de vil indføre differentieret behandlingsgaranti.

Til gengæld har borgeren ikke frit valg til genoptræning efter indlæggelse. Det betyder, at der ikke tages hensyn til ventetid, geografi, tilgængelighed, bestemte faglige kompetencer m.v., når genoptræningsplanen skal udmøntes.

Spørg politikerne, om borgere med en genoptræningsplan skal have frit valg, herunder om de skal kunne vælge en praktiserende fysioterapeut eller et træningstilbud i en anden kommune.

Regioner og kommuner er pressede på økonomien, men jeg synes, at kommunerne på sundhedsområdet er præget af manglende selvtillid. De opgaver, der ligger uden for det specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene, er ikke lavspecialiserede dele af sundhedsvæsenet. Nok behandler kommunerne ikke akut livstruende sygdomstilfælde, men meget af den forbyggende indsats og opfølgningen på behandlingen på sygehusene afgør alligevel liv og førlighed for borgerne. Her må man forvente, at kommunerne har større ambitioner. Spørg politikerne, hvordan de vil prioritere den borgernære sundhed i kommunerne.

Godt valg



**Danske Fysioterapeuter**  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon 33 41 46 20  
Mail: redaktionen@fysio.dk  
www.fysio.dk

93. årgang.  
ISSN 1601-1465

#### Redaktion:

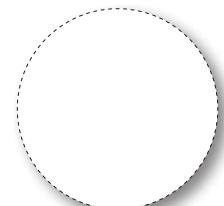
Kommunikationschef Mikael Mølgaard, ansv.red. (mm@fysio.dk)  
Faglig redaktør Vibeke Pilmark (vp@fysio.dk)  
Redaktionschef Anne Guldager (ag@fysio.dk)

#### Annoncer:

Dansk Mediaforsyning • telefon 70224088 • www.dmfnet.dk • fysiojob@dmfnet.dk  
Kontrolleret oplag 10.946 • Kontrolleret af FMK I perioden • 1. juli 2009 - 30. juni 2010

**Layout og tryk:** Datagraf • **Forside:** Henrik Frydkjær

**Redaktionspanel:** Kristian Thorborg, Martin B. Josefsen, Vibeke Grandt, Birte Tamberg, Birgitte Christensen, Jakob Lorentzen, Bettina Ruben, Mette Aadahl, Lene Nyboe Jakobsen.





## Mange for tidligt fødte børn får udviklingsproblemer

Fysioterapeut Hanne Agerholm, fra Aalborg Sygehus har sammen med en forskergruppe fulgt den psykomotoriske udvikling hos for tidligt fødte børn. Over halvdelen af de tidligt fødte børn, der blev fulgt, havde udviklingsproblemer i femårsalderen. Det er især børn født meget tidligt, der får udviklingsdeficit, og der er derfor ifølge forskerne behov for at følge disse børn for eventuelt at kunne sætte ind med interventioner. Artiklen har titlen "Developmental problems in very prematurely born children" og er publiceret på engelsk i Danish Medical Bulletin.

 [kortlink.dk/danmedbul/9ced](http://kortlink.dk/danmedbul/9ced)

## Til skræk og advarsel!

En fysioterapeutstuderende er kommet voldsomt i klemme efter at have medvirket som hjælper ved et gymnastikstævne. Arrangøren, en gymnastikforening, havde hyret en gruppe fysioterapeutstuderende som medhjælpere ved stævnet og udstyret dem med T-shirts, hvorpå der stod "Fysioterapeut" på ryggen. Ifølge autorisationsloven må kun uddannede fysioterapeuter kalde sig fysioterapeuter, og denne overtrædelse af reglerne er i sig selv slem nok. Men uheldigvis blev en af de studerende for ivrig, da en gymnast kom til skade. En forkert diagnose førte til en forkert behandling, og den studerende risikerer derfor ikke kun en anklage for overtrædelse af autorisationsloven; vedkommende kan desuden få et erstatningskrav på halsen, da Patientskadeforsikringen ikke dækker skader, der er forvoldt af uautoriseret sundhedspersonale.

## Introduktionsstipendier

Gigtforeningen har to introduktionsstipendier til besættelse pr. 1. april 2012 eller snarest derefter. Stipendierne bevilges for op til 6 måneder. Løn og øvrige ansættelsesvilkår i henhold til gældende overenskomster. Ansøgningsskema udfyldes og indsendes elektronisk via 'Søg om støtte til forskning' på [gigtforeningen.dk/forskning](http://gigtforeningen.dk/forskning). Eventuelle spørgsmål kan rettes til Connie Ziegler, tlf. 39 77 80 38, Henriette Thorseng, tlf. 39 77 80 67 eller på [forskning@gigtforeningen.dk](mailto:forskning@gigtforeningen.dk)

**Sidste ansøgningsfrist er onsdag den 1. februar 2012.**



## Kræftrehabiliteringscenter får helt nye omgivelser

For første gang i Danmark er der i København opført et center, der alene er målrettet rehabilitering af kræftramte. Centeret er en videreførelse af Sundhedscenter for Kræftramte, der nu får helt nye omgivelser. Med en beliggenhed i nærheden af Rigshospitalet, Universitetsparken og Panum Institutet bliver centeret en del af "Vidensbydel Nørre Campus" med fokus på viden, sundhed og samspil. Antallet af personer, der har fulgt et rehabiliteringsforløb i Sundhedscenteret for Kræftramte, har været støt stigende. I 2010 blev 786 personer henvist til centeret.



## Pauseboogie – en ny app til mobilen

En ny app til Iphone eller Android skal få danskere med stillesiddende og stillestående arbejde til at motionere. Koreograf Hanna Dalsgaard har udarbejdet en række øvelsessekvenser til musik, der kan bruges i for eksempel køkkenet eller på kontoret.

 [kortlink.dk/gigtforeningen/9cdb](http://kortlink.dk/gigtforeningen/9cdb)

## Workshop om forskning og udvikling

Den 7. juni 2011 fik fysio- og ergoterapeuter i Region Hovedstaden et indblik i aktuelle forsknings- og udviklingsaktiviteter i terapiafdelingerne på regionens sygehuse. Her fik fysioterapeuter og ergoterapeuter med begrænset erfaring i at planlægge og gennemføre forsknings- og udviklingsprojekter mulighed for faglig, kollegial og metodisk sparring igennem præsentation og diskussion af i alt 15 konkrete projekter eller ideer til projekter.

To præsentationer blev valgt til at modtage pengegave fra Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter til køb af vejledning: Jette Fisher Jensen, ergoterapeut, Glostrup Hospital og Anja Ussing, fysioterapeut, Hvidovre Hospital. 130 personer havde tilmeldt sig de 120 pladser, så workshoppen blev igen et fagligt tilløbsstykke.



## Nye retningslinjer for behandling af knæartrose

Sundhedsstyrelsen har offentliggjort nye faglige visitationsretningslinjer for knæartrose. En arbejdsgruppe bestående af eksperter har stået for anbefalingerne, og Danske Fysioterapeuter har været repræsenteret af professor ved Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi, Syddansk Universitet, Ewa Roos. De faglige visitationsretningslinjer har et afsnit om ikke-kirurgisk behandling til patienter med knæartrose, hvor den positive effekt af træning beskrives og anbefales som behandling til patienter med knæartrose.

 [kortlink.dk/fysio/9cec](http://kortlink.dk/fysio/9cec)




### Smart stok

Den danske designer og direktør for firmaet OMHU, Rie Nørregaard, har designet en helt ny smart stok. Firmaet, der har sit hovedsæde i USA, har også planer om at forny designet på blandt andet rollatorer.

 [kortlink.dk/omhu/9ccc](http://kortlink.dk/omhu/9ccc)

### Børnehjernetkassen

Videnscenter for Hjerneskade har lanceret en ny hjemmeside til både fagfolk og forældre om børn og unge med erhvervet hjerneskade.

 <http://kortlink.dk/9cda>



### Læs abstracts fra verdenskongressen i Amsterdam

Nu er der online adgang til alle abstracts fra verdenskongressen i Amsterdam i juni i år.

 [wcpt.org/posters\\_and\\_ppts](http://wcpt.org/posters_and_ppts)

# Forkert diagnose fører til fejlbehandling af frossen skulder

Ortopædkirurgisk overlæge Bo Sanderhoff Olsen på Herlev Hospital modtager jævnligt patienter med en frossen skulder, der er blevet fejlbehandlet på grund af en forkert diagnose. Han opfordrer fysioterapeuter til at holde sig fra en frossen skulder i fase 1 og 2; og til at være mere kritiske over for den diagnose, der står på henvisningen

AF: JOURNALIST IDA SØNDERBY ROSGAARD  
redaktionen@fysio.dk

FOTO: HENRIK FRYDKJÆR





*Fysioterapeuter bør stort set holde sig fra at behandle en frossen skulder i fase 1 og 2, mener Bo Sanderhoff Olsen. Som det fremgår af artiklen side 12, har fysioterapeut Mogens Dam en anden opfattelse.*



**S**elv om det ifølge Bo Sanderhoff Olsen, der er ortopædkirurgisk overlæge på Herlev Hospital, ikke er særlig svært at diagnosticere en frossen skulder, får mange patienter stillet den forkerte diagnose enten hos lægen eller hos fysioterapeuten. Og uanset, hvem der har stillet diagnosen, påfører fysioterapeuten patienten unødigt smerte ved at overbehandle en frossen skulder, mener han.

”Det er nærmest en tragedie alle de tilfælde af fysioterapibehandling af frossen skulder i fase 1, jeg ser, for det er historien om en forudsigelig fiasko. Der findes mobiliseringer, hvor man forsøger at gøre det inden for smertegrænsen, og hvor man kan dokumentere, at der er en vis effekt, men regelret fysioterapi af skulderen i de smertefulde faser 1 og 2 fører som regel til mange flere smerter og meget mere ubehag for patienten”, siger Bo Sanderhoff Olsen.

Hver uge ser han i gennemsnit to patienter med en frossen skulder – både nye patienter og patienter, der kommer til kontrol. De nye patienter ser han typisk 3-4 måneder henne i forløbet, og mange af dem har været behandlet hos en fysioterapeut efter henvisning fra egen læge.

”Derfor er de ofte ekstremt smertepåvirkede, når de kommer i de første konsultationer, og jeg ser grædende patienter med natlige smerter og natligt ubehag. De får ikke nogen nattesøvn, de er svært påvirkede af deres situation, og de vil have noget kirurgisk gjort her og nu, fordi de selvfølgelig ikke kan leve med den tilstand”.

#### BEGRÆNSET UDADROTATION

Bo Sanderhoff Olsen mener ikke, at det er særligt svært at diagnosticere en frossen skulder, selv om lidelsen har visse lighedstegn med impingement (indeklemning). Patienter med en frossen skulder har smerter på samme måde som ved impingement, og det gør ondt, når de skal løfte armen. Men patienter med impingement har en normal udadrotation, når de fører armen ned langs siden, og det gør ondt, når de belaster, men ikke, når armen er i ro. Patienter





Bo Sanderhoff Olsen er overlæge på Ortopædkirurgisk Afdeling på Herlev Hospital og bestyrelsesmedlem i det Europæiske Selskab for Skulder- og Albuekirurgi.

med en frossen skulder har derimod også ondt, når de har armen i ro.

"For mig er kardinalsymptomet på en frossen skulder den begrænsede udadrotation. Hvis patienterne har begrænset udadrotation og de karakteristiske udtalte natlige smerter med uro og ubehag, hvor de ikke kan finde ro nogen steder og ikke kan få nattesøvn, så har de en frossen skulder. Og sådanne patienter er jeg ekstremt tilbageholdende med at give fysioterapi. Jeg kunne aldrig drømme om at henvise dem til fysioterapi i fase 1 eller fase 2. Det er jo et rent torturkammer", mener han.

Når Bo Sanderhoff Olsen får en sådan patient ind, gennemfører han i første omgang en standardiseret objektiv undersøgelse for at udelukke de forskellige årsager, der kan være til smerterne. Herefter undersøger han især tre ting, nemlig den aktive og passive bevægelighed, om der er positive tegn på impingement, samt kraften over skulderen (rotatorcuffen) ved en test af de tre muskler supraspinatus, infraspinatus og subscapularis.

"Jeg anvender desuden andre undersøgelsesteknikker som for eksempel magnetscanning. Det hjælper også patienterne rent psykologisk, at jeg kan vise dem på en scanning, hvordan det forholder sig, og at det ikke er noget, jeg kan operere her og nu, for de har svært ved at tro på, at man kan have så ondt af noget, der er så selvbeholdende".

## INDEN FOR SMERTEGRÆNSEN

I fase 1 fokuserer Bo Sanderhoff Olsen først og fremmest på at dulme patienternes smerter. Her bruger han for eksempel Pinex og NSAID, og hvis det ikke er tilstrækkeligt, supplerer han med morfika-præparatyper som for eksempel Tramadol eller Oxycontin. Man kan også foretage steroidinjektioner direkte i leddet, da det er veldokumenteret, at det kan have en vis effekt på kort og mellemlang sigt. Derudover består behandlingen i fase 1 i at være tilbageholdende og henholdende.

I fase 2 fortsætter Bo Sanderhoff Olsen den smertestillende behandling, og når patienterne i slutningen af fase 2 og starten af fase 3 begynder at genvinde deres bevægelighed, sender han dem til fysioterapi.

"Det er vigtigt, at patienterne gør opmærksom på det, når smerterne er ved at klinge af, for når smerterne klinger af, så er

behandlingen fysioterapi, og så skal det være med fuld hammer. Så vil jeg godt have, at fysioterapeuten går forholdsvis hårdt på dem".

Der er dog ikke noget til hinder for, at patienterne får mobiliserende øvelser i fase 1 og 2 inden for smertegrænsen, men man skal ikke forsøge at forcere deres bevægelighed, og de skal ikke forceres ud over smertegrænsen.

"I fase 1 og fase 2 siger jeg generelt til patienterne, at de må gøre alt, hvad de kan, inden for smertegrænsen, men heller ikke ret meget mere. Og når jeg siger smertegrænsen, så mener jeg en tolerabel smertegrænse, for det kan ikke undgå at gøre ondt. Men de skal ikke kastes ud i de her øvelser, hvor de får trukket armen op med lodder og trisser, og jeg ved ikke hvad. Det, man kan få patienten til at mobilisere, er rigtig fint, også fordi det er med til at holde gang i leddet og den naturlige omsætning af knoglevæv, og jeg

anbefaler selv svømning eller bassintræning til mange af mine patienter".

Ifølge Bo Sanderhoff Olsen kaster nogle patienter sig ud i det og kører igennem og spiser smertestillende, mens andre slet ikke kan tolerere smerte. Der er en meget stor individuel forskel, og man er nødt til at tale sig frem til den rigtige behandling for den enkelte patient. Det er også individuelt, om patienterne kan passe deres arbejde i de smertefulde stadier.

"Det er selvfølgelig et langt stykke hen ad vejen en umulighed, hvis man har et fysisk betonet arbejde. Men arbejder

man for eksempel foran en pc, så vil mange patienter være i stand til at håndtere deres arbejde. Problemet er, hvis ikke de får deres nattesøvn. Det kan ødelægge alt".

## TILBAGEHOLDENDE MED KIRURGI

Man kan operere i alle faser, og der er forskellige aktive kirurgiske måder at håndtere det på. Man kan gå ind og bedøve patienten og manipulere armen, hvor man med stor kraft bevæger armen igennem for at løsne skulderen, hvilket kaldes et brisement. Man kan også lave brisementet artroskopisk (med kikkert), hvor man bare skærer de ledbånd over, som forårsager den nedsatte bevægelighed.

"Jeg er dog generelt meget tilbageholdende med kirurgi på frossen skulder, for de fleste kommer sig uden kirurgi. Hvis man går ind operativt, får patienten ofte i sidste ende en lidt ringere bevægelighed, og hvis man går tidligt på med kirurgi, kan man reaktivere frossen skulder-tilstanden, særligt hos patienter med diabetes".

Nogle steder i udlandet er man mere kirurgisk aktive over for lidelsen, for eksempel i Tyskland, og nogle kan fremvise gode resultater ved tidlig kirurgisk adgang. I Danmark har man generelt

**"For mig er kardinalsymptomet på en frossen skulder den begrænsede udadrotation. Hvis patienterne har begrænset udadrotation og de karakteristiske udtalte natlige smerter med uro og ubehag, hvor de ikke kan finde ro nogen steder og ikke kan få nattesøvn, så har de en frossen skulder."**

Bo Sanderhoff Olsen

været lidt mere tilbageholdende, men forskellige kirurgiske grupper rundt om i landet har i perioder været mere aktive. På Herlev Hospital, der har et optageområde på omkring 400.000 patienter, gennemfører de tre skulderkirurger dog kun omkring 15-20 operationer på frossen skulder om året, og de ser tilsammen gennemsnitligt seks patienter om ugen.

”Jeg er selv gået fra en ekstremt konservativ holdning til nok at være lidt mere aktiv på et lidt tidligere tidspunkt, men jeg er stadigvæk meget forsigtig. Jeg springer ikke lige på og behandler patienter med en frossen skulder kirurgisk. Jeg ser dem an i hvert fald i 6-12 måneder og nogle gange længere, før jeg skrider til kirurgi. Man kan heller ikke sætte alle patienter i én bås. Patienterne har også en psyke og en mening om, hvad der skal ske, og det er jo hele tiden en dialog”, siger Bo Sanderhoff Olsen.

#### FORKERT DIAGNOSE

Han tror, at fysioterapeuternes problem er, at mange patienter kommer fra egen læge uden at være ret godt udredt. ”Jeg tror, at rigtig mange patienter, der bliver henvist til fysioterapeuterne med en impingement, i virkeligheden har en frossen skulder, og omvendt. Og jeg tror, at det er den forkerte diagnose, der afstedkommer de mange problemer, der relaterer sig til fysioterapi og frossen skulder”.

Mange af de patienter med en frossen skulder, som Bo Sanderhoff Olsen ser, er blevet trænet hos en fysioterapeut 3-4 gange, hvorefter fysioterapeuten har sagt, at vedkommende ikke kan gøre noget for dem.

”Det er så fysioterapeuten, der reagerer på, at det her er et ekstremt smertefuldt tilfælde, og jeg synes, at mange af de fysioterapeuter, jeg har kontakt med, er gode til at se, når en patient har en frossen skulder. Men det kræver også, at der er et godt samarbejde med den praktiserende læge, der henviser, så fysioterapeuten kan gå tilbage og sige: Jeg kan ikke komme videre med det her. Jeg tror måske, at patienten har en frossen skulder, og måske skal vi være tilbageholdende”.

Forskellige opgørelser viser, at frossen skulder rammer 2-5 procent af befolkningen, og ifølge Bo Sanderhoff Olsen er det kun meget få patienter, der henvises til kirurgi.

”Jeg ser kun toppen af isbjerget, nemlig dem, der har det allerværst, men der er en kæmpe population af patienter med en frossen skulder, som de praktiserende læger dygtigt holder hen. Og der er altså en mission i at holde patienterne lidt hen, for jo hurtigere man kommer til en kirurg, jo større er risikoen for, at man bliver opereret, og det kan jo være en risiko i sig selv”.

#### HVAD ER EN FROSSEN SKULDER?

Diagnosen frossen skulder (periarthrosis humeroscapularis) bruges ofte fejlagtigt på lidelser, der er svære at diagnosticere. Men en ”rigtig” frossen skulder er en stivhed i skulderleddet, hvor skulderledskapslen fyldes op med fibrose, og patienterne mister deres rotationsevne. Ledkapslen skrumper og bliver for stram, og samtidig kommer der nogle sammenvoksninger i leddet. Tilstanden kan inddeles i to typer, nemlig idiopatisk ledstivhed og posttraumatisk – herunder postoperativ – ledstivhed.

Tilstanden defineres som abduktion <120 grader og udadrotationsevne <50 % ved 0-graders abduktion. Den er som regel selvlimiterende og varer ubehandlet 6-36 måneder.

Forløbet inddeles i tre faser, hvor de to første er domineret af tiltagende smerte og bevægendskrænkning, mens den sidste fase er karakteriseret ved tiltagende smertefrihed og bevægelighed.

Fase 1: Stærk smerte og nedsat bevægelighed.

Fase 2: Aftagende smerte, men stadig nedsat bevægelighed.

Fase 3: Ingen smerte, men stadig bevægendskrænkning.

Årsagen til frossen skulder er fortsat ukendt, selv om autoimmun baggrund har været foreslået. Der er en overhyppighed blandt diabetikere og kvinder på 40-60 år. Omkring 20 procent af disse to patientgrupper får lidelsen på begge skuldre. Ubehandlet får 90 procent en normal skulderfunktion igen og genvinder bevægeligheden minus 5-10 grader.

## Musculoskeletal ultralyd



**flexFocus 400**  
Physio

- Detaljerede billeder af strukturer i overfladen
- Ergonomisk og nem skannerbetjening
- Nem rengøring og desinficering



■ World Headquarters  
BK Medical • Mileparken 34 • DK-2730 Herlev  
Tel: +45 4452 8100 • www.bkmed.com

■ we specialize because you do

# Fra "happy movement" til hiv og slid

Fysioterapeuter skal på ingen måde holde sig helt fra en frossen skulder i fase 1 og 2, mener fysioterapeut Mogens Dam, men aktiviteterne skal holde sig inden for smertegrænsen

**F**ysioterapeut **Mogens Dam**, der har set flere skuldre end de fleste og underviser i undersøgelse og behandling af skulderen på bl.a. Lægeforeningens kurser, mener i modsætning til overlæge Bo Sanderhoff Olsen, at fysioterapeuter bør spille en rolle i behandlingen af frossen skulder allerede i fase 1.

"Rehabiliteringsforløbet kan blive længere end nødvendigt, hvis der ikke tages højde for muskulære dysfunktioner som følge af den frosne skulder", mener Mogens Dam, der til gengæld er helt enig med overlægen i, at mange får den forkerte behandling, for eksempel et fejlslagent kirurgisk indgreb eller træning på baggrund af en forkert diagnose.

"Fysioterapeuter skal ikke holde fingrene helt væk fra en frossen skulder i fase 1 og 2. Skulderen består jo ikke bare af skulderleddet. Skulderen er også en funktionsenhed, der består af den måde, skulderbladet bliver styret på, og den skal man i allerhøjeste grad ind og have fat i, for det kommer patienten til at slås med bagefter. Så der er en masse skulderbladstræning, som skal foregå i fase 1, selv om det gør ondt i skulderleddet. Men det må selvfølgelig ikke provokere skulderen, og man skal ikke gøre det på trods af smerte, for man kan ikke fremskynde forløbet. Og så skal man informere patienterne om, hvad de må, og hvad de ikke må. Det er virkelig vigtigt, for mange patienter tror, at de skal presse på, og at de har fat det rigtige sted, hvis det gør ondt".

## DIABETIKERE, KVINDER OG IDRÆTSFOLK

Mogens Dam har omkring to nye tilfælde af frossen skulder om ugen. Det er først og fremmest diabetikere og kvinder i klimakteriet, der typisk har en idiopatisk frossen skulder. Derudover er det idrætsfolk, der er blevet

AF: JOURNALIST IDA SØNDERBY ROSGAARD  
redaktionen@fysio.dk

FOTO: HENRIK FRYDKJÆR

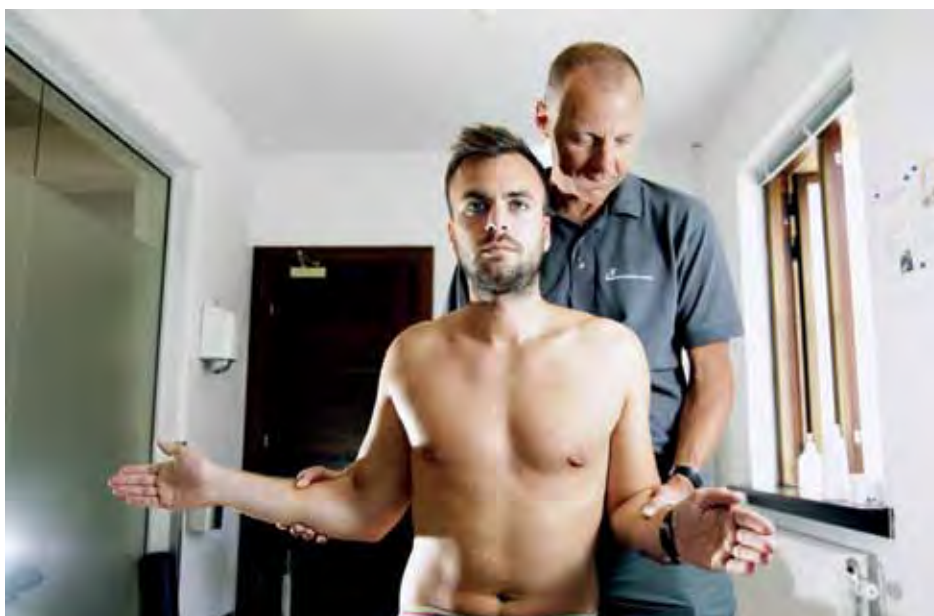


VIDEO

Se videoklip fra skuldertest  
[fysio.dk/frossenskulder](https://fysio.dk/frossenskulder)



Aktiv udadrotation.



Passiv udadrotation.

Aktiv og passiv udadrotation er ens ved frossen skulder syndrom.



Mogens Dam er  
medejer af Bülowsvej  
Fysioterapi & Træning  
og har i en årrække un-  
dervist på blandt andet  
skulderkurser.





MFR for at øge udadrotation og indadrotation.



Kaudal glide-mobilisering.



Scapula-mobilisering for at øge opadrotation (set fra acromion).

opereret, fordi de har haft skulderen ude af led eller har fået revet en rotatorcuff-muskel over, samt håndværkere eller andre, der arbejder meget med hænderne over hovedet.

"Jeg ser mange, som er fejlbehandlet, fordi de enten er blevet sat til at træne af en fysioterapeut eller selv har givet sig i kast med nogle skulderøvelser, for eksempel via en instruktør i et fitnesscenter. Og så har jeg mange, som er blevet opereret i akutfasen, hvor det er gået helt galt".

Desuden ser han også en mildere grad af frossen skulder. Det er den generelt nedsatte bevægelighed efter en operation, som man bare tilskriver stramhed i skulderen, og som har nogle fælles træk med en frossen skulder. Den ser ud til at gå en lille smule hurtigere end en regelret frossen skulder, men der er ikke dokumentation for det.

"Beskeden til patienterne er altid den samme: Det her er skidt, men der er både gode og dårlige nyheder. Den gode nyhed er, at du bliver rask igen. Den dårlige nyhed er, at det kan tage alt mellem et halvt og tre år. Og hvis du har diabetes eller er kvinde i klimakteriet, og der er tale om en idiopatisk frossen skulder, er den anden dårlige nyhed, at der er 20 procent risiko for, at du også får det på den anden skulder".

## DIAGNOSEN ER KLAR

Frossen skulder kommer ofte som et resultat af, at der er krise i miljøet inde i skulderen og kan eksempelvis opstå som følge af impingement eller et andet skulderproblem. Ligesom Bo Sanderhoff Olsen mener også Mogens Dam, at det er let at diagnosticere en

**"Det er vigtigt at tage hånd om de muskulære problemer omkring skulderbladet og de forkerte måder at bevæge skulderbladet på og få trænet nogle gode vaner ind der. Det er helt essentielt for en ordentlig skulderfunktion, at det fungerer normalt, og hvis man ikke tager hånd om det allerede i fase 1, skal man bare bruge endnu mere tid på det senere hen"**

frossen skulder.

"Diagnosen er klar. Hvis patienten har nedsat udadrotation og nedsat abduktion, så er det en frossen skulder. Der er ikke så meget at være i tvivl om. Og det, der er væsentligt, er, at aktiv udadrotation og aktiv abduktion er lig med passiv. Dvs. der, hvor patienten selv kan dreje armen ud, der kan man som undersøger ikke tage den med videre ud, fordi der både er smerte og et mekanisk stop. Så aktiv og passiv bevægelse er ens".

Det kan dog være et problem, at en frossen skulder dækker over, hvad der ellers ligger nede under overfladen. Man kan nemlig ikke komme til at undersøge en frossen skulder rigtigt, hvis skulderen har været ude af led eller lignende, fordi man ikke kan bevæge skulderen derud, hvor den skal undersøges. Så det næste halve år kan man måske ikke undersøge patienten ordentligt for det, som ligger nedenunder.

## FYSIOTERAPIBEHANDLING I FASE 1, 2 OG 3

Mogens Dam har en klar plan for de enkelte faser, som tilpasses den enkelte patients forløb. I fase 1 og 2 ser han typisk patienterne en gang hver sjette eller ottende uge og i fase 3 hver anden uge, indtil han kan se, at det går den rigtige vej.

"Man kan jo ikke gøre ret meget i positiv retning i forhold til, hvor hurtigt den frosne skulder skal gå over, men man kan gøre rigtig meget i negativ retning, og hver gang man mister tålmodigheden, træder man to skridt tilbage. Så i fase 1 skal man holde sig væk fra smerte og i stedet fokusere på information og rådgivning, så patienten ikke kommer til at gøre noget forkert".

I fase 1 kan fysioterapeuter dog tage sig af alle de muskulære

gener, der kommer omkring skulderbladet og nakken, fordi patienterne ikke kan løfte armen rigtigt. Hvis man ikke gør noget ved det, får patienterne problemer med kontrol og bevægelse af skulderbladet.

”Det er vigtigt at tage hånd om de muskulære problemer omkring skulderbladet og de forkerte måder at bevæge skulderbladet på og få trænet nogle gode vaner ind der. Det er helt essentielt for en ordentlig skulderfunktion, at det fungerer normalt, og hvis man ikke tager hånd om det allerede i fase 1, skal man bare bruge endnu mere tid på det senere hen”.

Patienterne kan også gøre alt det, som ikke gør ondt, og som ikke koster noget (”happy movement”), understreger han.

”Jo mere af det, desto bedre. Så længe albuen er inde ved

kroppen, og hastigheden er lav, sker der intet ondt. Men man skal holde sig fra alt det, som provokerer skulderen, og det er værre, at det gør ondt bagefter, end mens man gør det”.

Fase 2 er den svære fase, fordi man godt kan begynde at arbejde på at genvinde en lille smule af bevægeligheden, men samtidig kan risikere, at den frosne skulder blusser op igen.

”Fase 1 og fase 3 er de nemmeste at styre. Fase 1 giver sig selv, fordi der er masser af smerte, og i fase 3 er der ikke længere noget til hinder for, at du kan hive og slide. Der må du gerne gå til den.

I fase 2 kan den frosne skulder til gengæld ligge og ulme, og hvis man puster til gløderne, blusser den op igen. Men i fase 2 kan man godt begynde at genvinde noget af den normale bevægelighed, dog med forsigtighed”, fastslår Mogens Dam. ●

## HVAD KAN FYSIOTERAPEUTER GØRE VED EN FROSSEN SKULDER?

### Fase 1 – Information og ”happy movement”

Det er ikke muligt at forudsige det tidsmæssige forløb af en frosne skulder, men det er langvarigt. Det kan være svært for patienterne at håndtere, fordi de får denne information i den fase, hvor smerterne kan være voldsomme. Det er vigtigt at informere dem om, at de på trods af det lange forløb bliver raske igen og vender tilbage til det tidligere funktionsniveau, dog måske med en lille reduktion i bevægeligheden.

De terapeutiske muligheder er begrænsede. Man kan ikke fremskynde forløbet og må fokusere på at minimere konsekvenserne af tabet af bevægelighed ved på den ene side at aflaste skulderen og bevæge skulderen, så der ikke tabes mere bevægelighed end højst nødvendigt.

Patienten instrueres derfor i at benytte armen så meget så muligt i ”safe zone”, dvs. til alt, som føles rart. Dette betyder generelt, at armen må benyttes med albuen inde ved kroppen. I fase 1 kan patienternes smerte bruges som indikator for, om aktiviteten er skadelig, fordi der i denne fase er aktiv synovit.

Det træningsmæssige fokus er rettet mod at mobilisere skulderen og derved reducere tabet af bevægelighed. Der kan arbejdes med små sving eller penduleringsøvelser og ledet aktiv bevægelse. Patienterne bør træne flere gange om dagen af kortere varighed.

Brugen af ”happy movement” (bevægelser, der opleves som rare) virker også smertedæmpende i selve skulderleddet. Desuden kan det reducere tonus i alle muskler omkring skulderen, der som følge af smerterne har tendens til at spænde op med deraf følgende gener som typiske nakkeproblemer.

### Fase 2 – Langsom og forsigtig træning

Målet i denne fase er fortsat at reducere tabet af bevægelighed og med forsigtighed at forbedre skulderfunktionen.

Her kan den umiddelbare smerteoplevelse ikke benyttes som indikator for, hvad skulderen kan tolerere. Derfor kommer man let til at være for ambitiøs med aktivitet i denne fase, hvilket fører til, at den ”slumrende” frosne skulder vækkes, dvs. at der provokeres ny synovitaktivitet, og forløbet forlænges måske. Derfor er det bedre at underdosere, både med hensyn til at øge bevægelighed og belastning.

Der kan arbejdes med at træne rotatorcuffen i ”safe zone” og kombinere scapula-styring med rotatorcuff-funktion. Man skal gå langsomt frem, hvad angår både bevægeudslag og belastning. Og man skal reagere prompte på provokationstegn med regression i øvelserne.

### Fase 3 – Hiv og slid

I denne fase gælder det om at genvinde den tabte bevægelighed og genskabe styrken i skulderen.

Smerten er nu forsvundet, og der er ikke længere risiko for at udløse ny synovitaktivitet. Man kan derfor arbejde mere aggressivt med at øge bevægeligheden, hvilket vil ske langsomt og gradvist.

Der skal arbejdes med at øge muskelstyrke og kontrol for at opretholde den genvundne bevægelighed, og ud fra princippet ”use it or loose it” er det vigtigt at kunne kontrollere hele bevægebanen.

Kilde: Mogens Dam

# Du kan stadig nå at deltage med et abstract på **Fagfestivalen**

Har du lyst til at dele dine erfaringer med 1500 engagerede kolleger? Fristen for indsendelse af abstracts på Danske Fysioterapeuters Fagfestival er forlænget med en uge



En af de mere velbesøgte workshops på Fagfestivalen i 2009.

AF: JOURNALIST ANNE GULDAGER  
ag@fysio.dk

FOTO: HENRIK FRYDKJÆR

**D**en 22.-24. marts næste år er der igen Fagfestival i Danske Fysioterapeuter. Sidst, i 2009, var det i de tre dage, Fagfestivalen varede, vanskeligt at opdrive en fysioterapeut uden for Odense, hvor Fagfestivalen fandt sted med deltagelse af over 1500 fysioterapeuter.

128 af dem deltog med et abstract og fik således mulighed for at dele ud af deres erfaringer enten ved en mundtlig præsentation, en workshop eller med en poster. Den mulighed er der også næste gang, og fristen for indsendelse af abstracts er netop blevet udvidet til den 22. september for at få så mange som muligt med.

I et abstract kan præsenteres såvel forsknings- som kvalitetsudviklings- og organisationsprojekter. Betingelsen for at deltage med et forskningsprojekt er, at der skal foreligge resultater, men projektet behøver endnu ikke at være afsluttet. Under

kvalitetsudviklings- og organisationsprojekter kan eksempelvis formidles dokumentation af kvalitet i klinisk praksis eller projekter med implementering af forskning eller nye behandlingstiltag. Også projekter, hvor en organisationsændring har haft betydning for fysioterapi, er velkomne, og undervisningsprojekter fra grund- eller videreuddannelse og innovationsprojekter hører også under denne kategori, ligesom case stories.

## KENDISSER OG NOVICER

Ved fagfestivalen i 2009 holdt både kendisser og novicer oplæg. I den ene ende for eksempel forskningsfysioterapeut Tom Petersen med en fremlæggelse af en klinisk randomiseret undersøgelse om "Effekt og rådgivning til diskusrelaterede lænderygsmarter", og i den anden ende fysioterapeut Ulla Bygård Rasmussens



fremlægning af et masterprojekt om "Fysisk aktivitet som sundhedsfremmende aktivitet i SOSU-uddannelserne".

Nogle emner tiltrak tilhørere i massevis som for eksempel Niels Honoré og Niels Erichsens workshop om knæundersøgelse og ultralydsdiagnostik. Knap så mange deltog i fremlægningen af posteren "Intra- og inter-tester reliabilitet af Dynamic Gait Index", men den fik til gengæld prisen for bedste poster.

Fysioterapeut, ph.d. Thomas Maribo er formand for den komité, der bedømmer de indsendte abstracts: "Når man bladrer i abstract-kataloget fra fagfestivalen i 2009, kan man kun blive glad. Nej, hvor var der meget godt!", siger Thomas Maribo og opfordrer andre til at tage det samme kig bagud og derved blive inspireret til selv at sende noget ind. ●

#### HVAD VAR DER MED SIDST?

Har du lyst til at deltage med et abstract på Fagfestivalen, men er i tvivl, om det, du vil formidle, har tyngde nok? Du kan få et billede af mangfoldigheden på sidste Fagfestival ved at se i kataloget over de mange mange mundtlige præsentationer, workshops og posterpræsentationer. Find det på



[kortlink.dk/9d23](http://kortlink.dk/9d23)

Indsendelse af abstract skal foregå elektronisk på dansk eller engelsk. Find linket på



<http://fysio.dk/fag-festival/Abstracts/>

## Fysioterapeuter må gerne diagnosticere - men vil de?

I løbet af efteråret og vinteren vil artikler i Fysioterapeuten varme op til en debat på den kommende Fagfestival om fysioterapeuters kompetencer og ikke mindst selvforståelse i forhold til diagnosticering

**Må fysioterapeuter diagnosticere?** Ja det må de gerne, svarede Sundhedsstyrelsen i april på spørgsmålet fra Danske Fysioterapeuter.

Foreningen havde egentlig ikke været i tvivl. Det er ikke forbeholdt særlige faggrupper at diagnosticere, og derfor kan fysioterapeuter stille en diagnose. Men selvfølgelig i respekt for den omhu og samvittighedsfuldhed, som de i kraft af deres autorisation har pligt til at udvise, og som betyder, at fysioterapeuten kun handler, hvor de har tilstrækkelig viden eller kompetencer. Det gælder for diagnosticering såvel som for sygebehandling.

Når Danske Fysioterapeuter for god ordens skyld alligevel henvendte sig til Sundhedsstyrelsen, var det, fordi en læge havde betvivlet fysioterapeuter adkomst til at stille en diagnose. Men også fordi flere fysioterapeuter selv var i tvivl, om beføjelserne rakte ud over funktionsdiagnosen.

Fysioterapifaget flytter sig i disse år. På nogle sygehuse overtager fysioterapeuterne klassifikation og diagnosticering af lænderygpatienter, ligesom udvidet rygudredning har været

afprøvet flere steder i praksissektoren. På Regionshospitalet i Viborg har man nedbragt ventelisten i skulder- og albuesektionen ved at lade fysioterapeuter overtage lægers arbejde med at læse røntgenbilleder og foretage ultralydsscanning, og mange praktiserende fysioterapeuter har uddannet sig i ultralydsdiagnostik og investeret i udstyret.

Så fysioterapeuter diagnosticerer. Og de må gerne. Faktisk må de slet ikke lade være, og kommer en patient til fysioterapeuten med en lægehenvielse med en forkert diagnose, fritager det ikke fysioterapeuten for ansvar, hvis patienten fejlbekhandles på baggrund af den forkerte diagnose. Det følger af autorisationen.

På Fagfestivalen til marts næste år sættes fysioterapeuternes selvforståelse i forhold til diagnosticering til debat, og Fysioterapeuten varmer med artikler i løbet af efteråret og vinteren løbende op under debatten. Denne gang med artiklerne side 8-15 om fejldiagnosticering af frossen skulder og fysioterapeutens ansvar for ikke blindt at følge op på lægens diagnose. ●

# Man behøver ikke at være **raske**

I begyndelsen havde de forskellige faggrupper i "Det store TTA-Projekt" problemer med at blive enige om, hvad det vil sige at være uarbejdsdygtig, men kommunikationen er blevet bedre. De foreløbige erfaringer er derfor forholdsvis positive, men de gode intentioner holder ikke helt

**A**llerede da fysioterapeut Louise Bjerring Madsen første gang læste om "Det store TTA-Projekt", tænkte hun, at TTA-indsatsen måtte give meget mening for borgeren. Og sådan tænker hun stadig.

TTA står for tilbage-til-arbejdet, og projektet inkluderer 22 kommuner. De 22 kommuner har alle etableret tværfaglige projektgrupper, der samarbejder med sundhedsvæsen, a-kasse, fagforening, arbejdsgiver og kommune

Det store TTA-Projekt blev skudt i gang i april sidste år, og Louise Bjerring Madsen har været med fra starten og er en del af TTA-teamet i Esbjerg Kommune.

"Langt de fleste borgere, vi har med at gøre, synes at være virkelig glade for tilbuddet. De føler sig set og taget alvorligt, og jeg tror, at det skyldes, at vi takket være det tværfaglige samarbejde kommer rundt om det hele menneske," siger hun.

Margrethe Andersen er fysioterapeut i TTA-projektet i Københavns Kommune, og hun er enig. "Den tværfaglige tilgang giver os nogle flere strenge at spille på," siger hun.

"Vi opnår mere. Når jeg taler med en borger, danner jeg mig et billede af vedkommende. Socialrådgiveren, lægen og måske psykologen taler også med borgeren, og de danner sig også nogle billeder. Jeg tænker, at det giver os et dybere indblik og gør os mere kreative i forhold til, hvad der kan hjælpe borgeren. Som fysioterapeut fokuserer man på de fysiske problematikker, men måske er det fysiske snarere et symptom på, at noget andet er på spil," siger Margrethe Andersen.

## AFKLARING AF BEGREBERNE

Også arbejdsgiverne har fordel af projektet, mener fysioterapeut Ronnie Juul Hansen fra Frederiksberg Kommunes TTA-team.

"I TTA-projektet har vi fokus på arbejdsevnen. Frem for at se på,

hvad en skulder ikke kan klare, retter vi vores opmærksomhed mod det, den kan, og vores arbejde handler også om at afklare motivationen hos den sygemeldte. Hele den brede vurdering, vi får gennem den tværfaglige tilgang, kan måske føre os frem til, at vi kan sige til arbejdsgiveren: 'her har du en stabil arbejdskraft i 37 timer om ugen - han skal blot udføre nogle andre funktioner end tidligere!'"

"Men vi går selvfølgelig ikke på kompromis med vores faglighed. Hvis en sagsbehandler mener, at en borger er klar til arbejdsmarkedet, og jeg vurderer det modsatte, så står jeg fast," siger han.

Ronnie Juul Hansen har været en del af Frederiksberg Kommunes TTA-team i to måneder, og forud var han i to år hos det private firma Quick Care. Her handlede hans arbejde netop om afklaring af arbejdsevnen hos sygemeldte, men for mange andre fysioterapeuter og øvrige sundhedsfaglige aktører i TTA-projekterne har det været en ny vinkel på deres respektive fagligheder at skulle indrette indsatsen udelukkende mod arbejdsmarkedet. Det har givet en del diskussioner om begrebet uarbejdsdygtighed.

"En fysioterapeut eller en psykolog har ikke nødvendigvis øje for, at den skade eller lidelse, der har ført til en borgers sygemelding, måske ikke er en hindring, for at borgeren kan udføre nogle andre arbejdsfunktioner end tidligere," siger daglig leder af TTA-projektet i Frederiksberg Kommune, Helle Winther Anttila.

"Derfor har vi fra starten haft fokus på at skabe en fælles forståelse af opgaven og af begreber fra sygedagpengeloven som bl.a. uarbejdsdygtighed," siger hun.

Og spørger man socialrådgiver Birgit Bang, der er TTA-koordinator i Esbjerg Kommune, så er en fælles forståelse af arbejdsdygtighed og uarbejdsdygtighed det eneste, hun ville have ønsket, havde været bedre på plads inden TTA-projektets start.

"På TTA-uddannelsen skulle vi lære sagsflowet så godt at kende, at vi kunne gøre rede for det i søvne. Jeg ville ønske, at der havde

AF: JOURNALIST LISE PENTER MADSEN  
redaktionen@fysio.dk

FOTO: HENRIK FRYDKJÆR

# for at være arbejdsdygtig



*Fysioterapeuterne Ronnie Juul Hansen og Naja Calmann-Hinke er en del af TTA-teamet i Frederiksberg Kommune.*



været lagt lige så stor vægt på at sikre, at alle faggrupper fra begyndelsen havde indsigt i lovgivningen om uarbejdsdygtighed og sygedagpenge,” siger hun. ”For man kan godt være ikke-rask og alligevel arbejdsdygtig. Et dårligt knæ er jo ingen hindring for at kunne klare et siddende arbejde ved en computer.”

Både på Frederiksberg og i Esbjerg forlyder det dog, at diskussionerne faggrupperne imellem har været konstruktive.

### ARBEJDSGANGEN ER BLEVET NEMMERE

Også i København er det oplevelsen, at arbejdsgangen er blevet nemmere med tiden.

”Enkelte gange har jeg oplevet, at sagsbehandleren har lukket et forløb imod min anbefaling. Det har selvfølgelig gjort mig frustreret. Vi kan ikke bare knipse i fingrene, og så er borgeren i arbejde igen. Men jeg synes, at vi i løbet af det år, der er gået, er blevet bedre og bedre til at kommunikere og forstå hinanden. Vi ved, hvad hinanden kan byde ind med, og hvad hver vores rolle er”, siger fysioterapeut Margrethe Andersen.

TTA-koordinator i Københavns Kommune, socialrådgiver Anne Andersen tilslutter sig: ”Vi har en god kontakt, vi lærer hele tiden – på begge sider. Det er tydeligt, at samarbejdet og sproget har udviklet sig, og vi har lige haft en evaluering, der viser, at fysioterapeuterne og psykologerne i højere grad end i begyndelsen accepterer og anerkender det kommunale system,” siger hun.

Anne Andersen mener, at den positive udvikling bl.a. skyldes muligheden for det såkaldte efterværn. Det er et tilbud til borgeren om at fortsætte et samtale- eller træningsforløb i et par måneder, efter at sygedagpengene er ophørt, hvis det skønnes at være relevant for at forebygge ny sygdom. Tilbuddet ændrer ikke på, at sygedagpengeperioden er afsluttet, og det er frivilligt for borgeren, om han eller hun ønsker at deltage.

”I TTA-gruppen har vi haft fokus på lovgivningen og hvilke muligheder, der er for borgeren efter ophør af sygedagpenge. Heriblandt efterværn. Den øgede viden og muligheden for at kunne afslutte ordentligt har været medvirkende til en styrkelse af samarbejdet,” siger Anne Andersen.

### MANGE LEDIGE I TTA-FORLØB

En af overraskelserne for aktørerne i TTA-projektet er, at psykiske årsager til fravær har udgjort næsten halvdelen af alle fraværsårsager. De indebærer ofte mere langvarige forløb end forløbene hos de borgere, der udelukkende har fysiske lidelser.

Den allerstørste udfordring har dog været og er stadig, at mange TTA-visitede borgere er ledige. I Frederiksberg Kommune har 38 procent af de borgere, der hidtil har været igennem et TTA-forløb, været ledige. Og i Københavns Kommune er det langt over halvdelen, der ikke har et job at vende tilbage til.

”I løbet af det første år har jeg kun været på 12 arbejdspladsbesøg, og der har ikke været tale om 12 forskellige arbejdspladser. Nogle af besøgene har været opfølgingsbesøg,” siger fysioterapeut Margrethe Andersen.

Nogle ledige sygemeldte, har så store psykosociale problemkomplekser, at hun er glad, hvis de kan blive klar til en

revalideringspraktik eller parate til at orientere sig mod arbejdsmarkedet, inden der er gået de 52 uger, som de har ret til at modtage sygedagpenge i.

”Nogle gange kan det første skridt til deres bedring være, at de blot skal dukke op til træning i et fitnesscenter og gennemføre et kort program, som jeg har tilpasset individuelt. For andre er det måske en bedre start med løbetræning ude i terrænet, fordi det kan være uoverkommeligt overhovedet at træde ind i et lokale med andre mennesker.”

Margrethe Andersen er sikker på, at det giver god mening for ledige at være med i TTA-projektet. ”Og selvfølgelig skal vi også hjælpe dem, men det er ikke den kategori af borgere, vi blev lovet, og som TTA-uddannelsesforløbet gav os redskaber til at håndtere. De gode intentioner fra starten holder ikke helt,” siger hun. ●

### FAKTA OM TTA-PROJEKTET

- Hver projektkommune har, afhængigt af kommunens størrelse, mindst to TTA-koordinatorer, et TTA-team bestående af mindst en psykolog og en fysio-/ergoterapeut og en klinisk enhed, der består af en psykiater og mindst enten en arbejdsmediciner, en socialmediciner eller en almen mediciner.
- Halvdelen af de visiterede sygemeldte skal koordinatoren helst klare selv. Den anden halvdel skal vurderes af enten en eller flere i TTA-gruppen.
- I alt 22 kommuner deltager i projektet. Den 1. april 2010 gik 13 kommuner i gang med TTA-indsatsen. De resterende kommuner agerede fra april 2010 til april 2011 som kontrolkommuner, men er nu indtrådt fuldt ud i projektet, der slutter ved udgangen af marts 2012.
- Projektet finansieres af Forebyggelsesfonden. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) varetager koordineringen og evalueringen.
- Hvis en opfølgingsplan indebærer en behandling af den sygemeldte borger, skal behandlingen ske i det almindelige sundhedssystem. De sundhedsfaglige aktører i TTA-projektet må ikke behandle, men psykologerne må gerne hjælpe en borger med redskaber til psykisk at håndtere usikkerhed og angst i forbindelse med tilbagevenden til arbejdspladsen, og fysioterapeuterne må gerne iværksætte fysisk træning og motion med borgerne.

# Tilbage til arbejdsmarkedet

TTA-projektet skal efterprøve, om positive effekter fra mindre forsøg kan genfindes i en TTA-indsats i en større skala

**H**ver dag er omkring 150.000 danskere fuldtidssygemeldte, og en ud af fem, der har været ude af arbejdsmarkedet i mere end et år, vender ikke tilbage, hvilket koster samfundet store summer.

Men udenlandsk forskning og erfaringerne fra en række mindre forsøg rundt omkring i kommunerne viser, at en tidlig, tværfaglig og koordineret indsats kan hjælpe en sygemeldt borger tilbage til arbejdet. Det er baggrunden for det "Det store TTA-projekt" (tilbage-til-arbejdet), der inkluderer 22 kommuner, og som har til formål at få afklaret, om de positive effekter fra de mindre forsøg kan genfindes i en TTA-indsats i større skala.

## TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

De 22 kommuner har alle etableret TTA-projektgrupper bestående af fysioterapeuter og/eller ergoterapeuter, psykologer, læger og psykiatere, der arbejder tæt sammen om at afklare

arbejdsevnen hos borgere, der har været sygemeldt mindst otte uger. Hele indsatsen og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen, A-kasse, fagforening, arbejdsgiver og kommune bliver koordineret af en TTA-koordinator, en socialrådgiver, som også har myndighedsansvaret i forhold til lovgivningen om sygedagpenge.

Som en del af afklaringen af arbejdsevnen, udarbejder borgeren i samarbejde med TTA-koordinatoren en opfølgningsplan, der er foranderlig i takt med udviklingen af forløbet og kan indebære behandling og træning. Andre mulige tiltag er en rundbordssamtale, hvor arbejdsgiveren, den sygemeldte, sagsbehandleren og måske en af de sundhedsfaglige aktører deltager, og man taler sig til rette om en gradvis tilbagevenden til arbejdet, eventuelt med ændrede arbejdsfunktioner eller en ændret indretning af arbejdspladsen. Måske kan der også blive tale om hjælpemidler eller en personlig assistent, som kommunen stiller til rådighed.

## FAKTA OM DE TRE OMTALTE KOMMUNER

### Frederiksberg Kommune:

- TTA-medarbejdere: 5 sagsbehandlere, 2 fysioterapeuter, 1 ergoterapeut, 3 psykologer, 1 psykiater, 1 arbejdsmedicinere, 1 almen mediciner
- Til nu (medio juni 2011): 535 borgere henvist til et TTA-forløb. 320 afsluttet.

### Københavns Kommune:

- TTA-medarbejdere: 8 sagsbehandlere, 2 fysioterapeuter, 2 ergoterapeuter, 4 psykologer, 1 psykiater, 4 arbejdsmedicinere
- Hver koordinator skal have 170 borgere i løbet af projektets to-årige periode, og kommunen følger tidsplanen.

### Esbjerg Kommune:

- TTA-medarbejdere: 9 sagsbehandlere, 3 fysioterapeuter, 1 ergoterapeut, 4 psykologer, 1 psykiater, 1/2 arbejdsmedicinere, og 1 almen mediciner
- Til nu (medio juni): 847 borgere henvist til et TTA-forløb. 456 afsluttet.

Hvordan TTA-aktørerne fysisk er placeret, varierer fra kommune til kommune. I Esbjerg og på Frederiksberg sidder alle under samme tag og er glade for at kunne stikke hovedet ind til hinanden for hurtigt at få afklaret spørgsmål.

I Københavns Kommune er TTA-projektet delt op i fire søjler. I den søjle, som bl.a. TTA-koordinator Anne Andersen og fysioterapeut Margrethe Andersen repræsenterer, er koordinatorene placeret i Jobcentret, mens TTA-team og den kliniske enhed er placeret på Bispebjerg Hospital.

"Personligt har jeg stor glæde af at sidde ved bord med den ene af psykologerne i teamet," siger Margrethe Andersen.

"Jeg ved ikke, om jeg savner at sidde i samme hus som sagsbehandlerne, for jeg har ikke prøvet det. Vi har talt om, at det egentlig er godt, at vi ikke sidder der, hvor sagerne bliver lukket, så vi i borgernes bevidsthed ikke bliver symbiotisk forbundet med sagsbehandlerne. Omvendt er der mennesker, der ikke kan holde ud at komme på et hospital. Der er fordele og ulemper ved begge modeller," siger hun.

AF: JOURNALIST ANNE GULDAGER

ag@fysio.dk

 [fysio.dk/kvalitet](http://fysio.dk/kvalitet)


# De 10 bud om kvalitet i træning

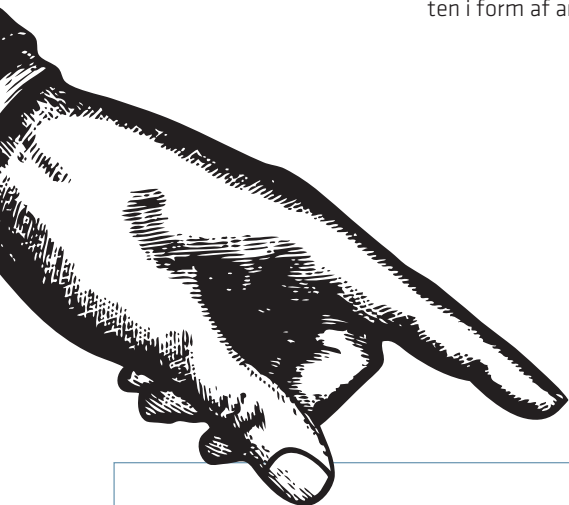
De mange input fra fysioterapeutiske arbejdspladser i alle sektorer er blevet samlet til 10 faglige pejlemærker

**S**idste efterår var kvaliteten i fysioterapien til debat på sygehuse, kommunale institutioner, klinikker og andre steder, hvor der er fysioterapeuter ansat. Danske Fysioterapeuter ønskede med kampagnen "Kvalitet i træning" at få fysioterapeuternes egne bud på kvalitet i en tid, hvor økonomi og ressourcer let kommer til at stjæle billedet.

Og medlemmerne var med på ideen. Der blev holdt møder og diskuteret kvalitet over hele landet, og foreningen modtog flere end 100 indlæg i debatten i form af artikler, kommentarer og videoklip.


De mange bidrag er tilsammen blevet til de "10 pejlemærker for kvalitet i fysioterapi", der nu er udsendt til alle arbejdspladser. Tanken er at pejlemærkerne skal holde liv i en løbende debat om faglig kvalitet, der er nødvendig for at have noget at stå imod med, når politikerne har fokus på nedskæringer, takster og normeringer.

Arbejdspladser, der mod forventning ikke har modtaget materialet, kan rette henvendelse til Ann Sofie Orth, asofysio.dk 



## 10 PEJLEMÆRKER

- Behandlingsplan
- Kliniske retningslinjer
- Test og måleredskaber
- Fysioterapi som et element i rehabilitering
- Specialisering
- Fysiske rammer
- Kompetenceudvikling
- Videndeling
- Forskning
- Adgang til information

 Se hvad der gemmer sig bag de fine ord ved at gå ind på [fysio.dk/kvalitet](http://fysio.dk/kvalitet)

 DEN INTELLIGENTE KROP  
- en sund livsstil i udvikling

## Træn din krop mens du sidder ned!

BALIMO® stolens virkning er videnskabeligt dokumenteret

Det blev bl.a. undersøgt, om træning på BALIMO-stolen havde indflydelse på bevægelighed og styrke i forhold til bækkenet og den omkringliggende muskulatur.

Brug den derhjemme, på kontoret, til børn og som et værdifuldt redskab i den anbefalede daglige motion.

Får du ondt i ryggen af at sidde ned?

BALIMO® stabiliserer dig og gør dig stærkere, sundere - og smertefri.

Det patenterede sæde på BALIMO-stolen kan bevæge sig 3-dimensionelt og understøtter således kroppens naturlige behov for bevægelse og måder at kunne bruges på.

Du får styrket din balance og bevægelighed i hele kroppen. Brug stolen til daglig hver gang du skal sidde ned enten hjemme eller på arbejdet.

Find BALIMO stolen og alle varianterne på [www.denintelligentekrop.dk/balimo](http://www.denintelligentekrop.dk/balimo)

Vi kan også kontaktes på tlf. 44927349 eller på mailadressen [info@denintelligentekrop.dk](mailto:info@denintelligentekrop.dk)



## Ryggen - nu med opdaterede referencer

**BOG PLUS**

**ANMELDELSE /** *Ryggen, Munksgaard, 2. udgave (2011)*  
af Per Lind (redaktør), Heidi Eirikstoft, Flemming Enoch og Merete Labriola

**Pris: 598 kr. BogPlus 478 kr.**

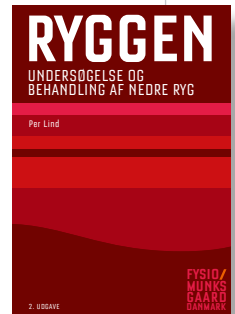
*Ryggen* er en dejlig bog, der også i 2. udgave er et *must have* for klinikere og studerende på de sidste semestre. Forfatterne giver en grundig forklaring på en lang række relevante områder inden for rygbehandling. Den egner sig især til kliniske fysioterapeuter, kiropraktorer og manuelle læger, der behandler patienter med rygproblemer. Bogen indeholder grundig gennemgang af fysiologiske og anatomiske principper, der danner baggrund for de mere kliniske kapitler. Den samler på den måde rigtig megen af den empiriske evidens, der ellers ikke er tilgængelig på dansk, og placerer den i en kontekst, der giver klinisk forståelse.

I den nye udgave er der bl.a. blevet plads til et nyt kapitel om Dynamisk Stabilitet samt en opdateret udgave af kapitlet om Mekanisk Diagnostik og Terapi. Begge kapitler er let forståelige og bidrager med det teoretiske grundlag for undersøgelse og behandling inden for hvert emne. Det ville være ønskeligt, om koncepterne kunne integreres yderligere i undersøgelses- og behandlingskapitlerne for at øge den kliniske anvendelighed.

Der er også fundet plads til at skrive lidt om tilbagevenden til

arbejde (TTA) og om forebyggelse. Kapitlet retter sig mod fysioterapeutens rolle i TTA-arbejdet og giver en grundlæggende forståelse for socioøkonomiske problemstillinger ved sygdomsopståelse som følge af akut lænderygbesvær. Hvis man allerede er indehaver af første udgave, kan man overveje, hvilke fordele man kan opnå ved at købe den nye bog. Jeg mener, at studerende og andre, der bruger bogen til indlæring eller reference, bør bruge den nye udgave. Især kapitlerne om MDT, Dynamisk Stabilitet og TTA har helt up to date referencer. Hvis bogen er tænkt som opslagsbog eller inspiration, og kan man klare sig uden de nye kapitler, er førsteudgaven stadig værd at have på hylden! Specialister inden for de enkelte områder i bogen vil måske tænke, at bogen er upræcis, eller at enkelte pointer er udeladt undervejs. Men det er min samlede oplevelse, at bogen er det mest komplette, danske værktøj om klinisk rygundersøgelse og -behandling til dato. Den er lige til at pille ned fra hylden og bruge, uanset om man er kliniker eller studerende. God læselyst!

ANMELDT AF: **MORTEN HØGH, DIPMT, SPECIALIST I MUSKULOSKELETAL FYSIOTERAPI OG IDRÆTSFYSIOTERAPI**



## Vi informerer dig om sukker, kost og sundhed. Helt gratis!



Som abonnent får du både tidsskriftet *Perspektiv* og et e-nyhedsbrevet tre gange om året. *Perspektiv* er et tidsskrift om kost og ernæring. Formålet med *Perspektiv* er at fremme sunde madvaner og formidle relevant viden om sukkers rolle i kosten. Artiklerne er skrevet af anerkendte forskere og fagfolk.


Tilmeld dig på [www.perspektiv.nu](http://www.perspektiv.nu)

 **Nordic Sugar**  
Member of Nordzucker Group

AF: KOMMUNIKATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD OG  
JOURNALIST ANNE GULDAGER

mm@fysio.dk og ag@fysio.dk

FOTO: SØREN HOLM, CHILI

 fysio.dk

# Patienter med handicap er tilfredse med vederlagsfri fysioterapi

En undersøgelse dokumenterer, at vederlagsfri fysioterapi hjælper patienterne til at bevare deres funktionsniveau, og at patienter langt overvejende er tilfredse med behandlingen. Men der er rum til forbedring

**L**angt de fleste, 96 procent, af de patienter, der får vederlagsfri fysioterapi, er tilfredse med behandlingen. Det viser en spørgeskemaundersøgelse blandt 3000 patienter.

Den fysioterapeutiske behandling hjælper patienterne med at bevare deres funktionsniveau, og fysioterapeuten er god til at lytte. Sådan lyder vurderingen fra henholdsvis 96 og 97 procent af patienterne.

Generelt er der også stor tilfredshed med de fysiske rammer på klinikkerne. 96 procent vurderer, at behandlingsrummet er behageligt at være i, og at klinikkerne råder over de nødvendige behandlingsredskaber. Der er også tilfredshed med træningslokalerne, når det gælder individuel træning, mens der er lidt færre, som vurderer, at træningslokalerne er velegnede til holdtræning. Her er 11 procent ikke tilfredse.

## MERE FLEKSIBLE BEHANDLINGSTIDER

Patienterne er også generelt tilfredse med servicen på klinikkerne. Det er let at komme i kontakt med klinikkens personale, og vurderingen er, at klinikernes hjemmesider indeholder de relevante informationer. Der er dog lidt færre, som er tilfredse med tidsbestillingen. Her ønsker 9 procent bedre muligheder for at vælge behandlingstider, som "passer til mig".

Knap tre ud af fire patienter har gjort brug af muligheden for selv at vælge, hvilken klinik de ønsker at blive behandlet på, mens 12 procent ikke ved, at de selv kan vælge klinik. Når patienterne



Det er ikke første gang, den patientoplevede kvalitet på fysioterapiklinikkerne har været genstand for en undersøgelse. I maj 2003 blev der gennemført en evaluering af 289 klinikker i Danmark, omfattende både betalende patienter og patienter i den vederlagsfrie ordning. Også dengang var tilfredsheden udbredt, dog ikke i forhold til de fysiske rammer, så her er der tale om en mærkbar forbedring. Arkivfoto.



vælger klinik, lægger de primært vægt på fysioterapeutens viden om deres sygdom samt de anbefalinger, som den praktiserende læge eller hospitalslægen kommer med.

## PLADS TIL FORBEDRINGER

Selv om der generelt er tilfredshed med den fysioterapeutiske behandling, er der på nogle områder plads til forbedringer, påpeges det i undersøgelsen. Hver tiende patient vurderer, at de ikke er blevet undersøgt godt og grundigt af deres fysioterapeut eller informeret godt om deres sygdom. Størst utilfredshed er der i relation til behandlingsplan og patientinddragelse. Her siger 15 procent, at de ikke ved, om der er lagt en plan med klare mål for behandlingen, og 16 procent at de ikke har været inddraget i at opstille mål og plan for behandlingen. Desuden mener 18 procent, at fysioterapeuten ikke i tilstrækkelig grad har vejledt om livsstilens betydning for sygdommen.

I undersøgelsen er patienterne samlet i fire hoveddiagnosegrupper: Medfødt eller arvelig sygdom, erhvervet neurologisk sygdom, fysisk handicap som følge af ulykke og funktionsnedsættelse i led og/eller muskler. Samlet set er der ikke den store forskel i vurderingen fra de forskellige diagnosegrupper. Dog er patienter med funktionsnedsættelser i muskler og/eller led mest tilfreds med den behandling, de får, mens patienter med medfødt eller arvelig sygdom samt patienter med erhvervet neurologisk sygdom er de mindst tilfredse. Blandt andet er disse to grupper mindre tilbøjelige til at mene, at der er opstillet en behandlingsplan, at klinikken har de nødvendige redskaber til behandlingen, og at klinikken er handicapvenlig.

Ifølge Enheden for Brugerundersøgelser, der har gennemført undersøgelsen, betyder en utilfredshed i gruppen med en erhvervet neurologisk sygdom meget i det samlede resultat, da denne gruppe udgør halvdelen af patienterne.

## BEDRE BEHANDLINGSPLAN PÅ VEJ

Undersøgelsen er den første af to undersøgelser, som skal kortlægge patienternes overordnede vurdering af den vederlagsfrie fysioterapi. Til efteråret iværksættes en kvalitativ undersøgelse, der vil bygge på interviews med patienter og fysioterapeuter om de tre områder, som denne undersøgelse har vist, at patienterne er mindst tilfredse med: inddragelse af patienter, behandlingsplan samt vejledning om livsstilens betydning for sygdommen.

De første skridt til bedre behandlingsplaner er allerede taget: En arbejdsgruppe under Danske Fysioterapeuter har udviklet en

## FAKTA OM UNDERSØGELSEN

"Patienters vurdering af vederlagsfri fysioterapi" er en spørgeskemaundersøgelse udført af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Danske Fysioterapeuter. Spørgeskemaet er udsendt til 3000 patienter, der får vederlagsfri fysioterapi. 74 procent har besvaret skemaet, hvilket er en meget høj svarprocent.

skabelon til en behandlingsplan og søger i øjeblikket fysioterapeuter fra begge sektorer, der vil være med i testfasen.

"Den nye behandlingsplan vil bidrage til, at vi systematisk kan dokumentere vores praksis. Vi ser den som et værktøj, der kan forstærke dialogen mellem patient, behandler og læge", forklarer faglig konsulent Vibeke Laumann fra Danske Fysioterapeuter. Hun tilføjer, at behandlingsplanen ikke erstatter de nuværende statusredegørelser, men at det skal drøftes med edb-leverandørerne, hvordan behandlingsplan, status- og undtagelsesredegørelser bedst muligt kan forenes.

Vibeke Laumann hæfter sig ved, at undersøgelsen viser, at en del patienter ikke ved, om der rent faktisk er lagt en plan, og budskabet om at få kommunikeret planen til patienten er derfor en vigtig del af den forestående implementering, mener hun.

## KVALITETSUDSPIL SATTE DAGSORDEN

Både undersøgelsen og udviklingen af en skabelon for behandlingsplaner er en del af det kvalitetsudspil, Danske Fysioterapeuter lancerede i februar i år. Udspillet, der skal være med til at udvikle og dokumentere kvaliteten i vederlagsfri fysioterapi, består af 10 punkter. Foruden behandlingsplan og patienttilfredshedsundersøgelse drejer det sig blandt andet om udvikling af kliniske retningslinjer – et initiativ, der er blevet hilst velkomment i både Sundhedsstyrelsen og hos politikerne. I maj besluttede forligspartierne bag finansloven således at afsætte 2,1 millioner kroner til udvikling af kliniske retningslinjer til tre af de patientgrupper, der modtager vederlagsfri fysioterapi: cerebral parese, sclerose og apopleksi.

Af et notat fra Sundhedsstyrelsen fremgår, at det er målet at udarbejde retningslinjer for alle patientgrupper i ordningen, og der er i første omgang udpeget fem områder, der tilsammen tæller 55 procent af patienterne. Foruden de tre nævnte, drejer det sig om reumatoid artrit og patienter med rygmarvsskade. Herudover er der fra fonden til fremme af fysioterapeutisk forskning mv. uddelt midler til implementering af hollandske kliniske retningslinjer for patienter med parkinson. ●

■ *"Den nye behandlingsplan vil bidrage til, at vi systematisk kan dokumentere vores praksis. Vi ser den som et værktøj, der kan forstærke dialogen mellem patient, behandler og læge".*

Få bedre råd

STUDIE  
FORSIKRING  
2011

## Med en Studieforsikring hos BAUTA er du sikret til lav pris

Studieforsikringen omfatter:

- Indboforsikring - 50% rabat
- Rejseforsikring Verden - 50% rabat
- Ulykkesforsikring - 25% rabat

Flere fordele:

- Har du en studieforsikring hos os, kan du få 25% studierabat på Bil-, Motorcykel- og Knallertforsikring
- Spar 8% ved at betale én gang om året

Studieforsikringen koster mellem 356 og 473 kr. pr. kvartal (indeks 2011) alt efter, hvor i landet du bor.



BAUTA FORSIKRING A/S

[www.bauta.dk](http://www.bauta.dk) · Tlf.: 3315 1545

# El-stimulation kan være et godt *supplement* til den fysioterapeutiske behandling

El-stimulation kan i dag anvendes til at indøve funktionelle bevægelser, styrketræning af svag muskulatur og genoptræning af paretisk muskulatur. I artiklen præsenteres forskellige behandlingsmuligheder og der gives ideer til videre læsning

»» På Vejle fjord Rehabiliteringscenter har vi gennem en år-række arbejdet på at få implementeret behandling med elektrisk stimulering til patienter med erhvervet hjerneskade. Vi oplever, at patienterne meget hurtigt øger muskelstyrken og ofte kan genetablere kontakt til de afficerede områder i kroppen, når musklerne aktiveres ved hjælp af elektrisk stimulation, herunder EMG-trigget funktionel el-stimulation (FES) eller terapeutisk elektrisk stimulation (TES). Det er kort fortalt en meget effektiv måde til både at opnå resultater i det fysiske funktionsniveau, og samtidig kunne vurdere et genoptræningspotentiale.

Der forskes en del inden for området, og en stadig voksende mængde studier viser en god effekt af behandling med el-stimulation.

Denne artikel giver et overblik over de kliniske anvendelsesmuligheder af elektrisk stimulering, og hvordan vi på Vejle fjord bruger behandlingsmetoden til vores patienter. I artiklen belyses den eksisterende evidens for behandlingen, og forskellige metoder inden for elektrisk stimulering skitseres. Der gives desuden eksempler på forskellige behandlingsforløb, hvor elektrisk stimulering blev anvendt i rehabiliteringen.

## TES I KOMBINATION MED STYRKETRÆNING

Når man behandler med elektrisk stimulering, kan man enten vælge kun at stimulere de sensoriske nerver (TENS), eller man kan øge intensiteten, således at de motoriske nerver ligeledes aktiveres (NMES). Ved manglende perifer nerve kan man stimulere musklen direkte (EMS). Denne artikel omhandler udelukkende NMES, der igen kan deles op i TES og FES (faktaboks side 30).

Der har i de senere år været fokus på vigtigheden af, at personer med lammelser efter erhvervede hjerneskader styrketræner for at opnå forbedringer i deres funktionsniveau (1). Et af de store problemer er dog, at det ofte er meget svært for disse personer at aktivere musklerne i tilstrækkelig høj grad til, at man kan tale om decideret styrketræning. Fyringen til muskulaturen er simpelthen for lav. Det giver derfor god mening at kombinere styrketræningen med brug af elektrisk stimulering.

Den type træning, der direkte går ud på at styrke muskulaturen, øge bevægeligheden eller mindske tonus, benævnes TES (terapeutisk elektrisk stimulation) (2). Træningen kan være enten passiv eller aktiv, hvor sidstnævnte foretrækkes i de tilfælde, det er muligt. Der findes meget forskning, der viser, at styrken øges ved brug af el-stimulation (3). Det anbefales at kombinere el-stimulationen

AF: FYSIOTERAPEUT THOMAS NYBO,  
VEJLEFJORD REHABILITERINGSCENTER

thny@vejle fjord.dk

FOTO: NIELS ROSENVOLD



vejle fjord.dk

VIDEO 

Se videoklip med eksempler på  
behandling med el-stimulation  
på [fysio.dk/elstimulation](http://fysio.dk/elstimulation)

## RESUMÉ

På Vejle fjord Rehabiliteringscenter har fysioterapeuterne gode erfaringer med at anvende elektrisk stimulering. Behandlingsformen kan i mange tilfælde accelerere behandlingsforløbene ganske drastisk, og den kan anvendes i en bred vifte af rehabiliteringsforløb til langt de fleste patientgrupper. Det er en interventionsform, hvor der for alvor er kommet gang i forskningen. Inden for flere områder foreligger der således en solid evidens for, at det er effektivt at anvende elektrisk stimulering.

med aktive øvelser, da muskulaturen skal trænes relativt specifikt (4). Ifølge vores erfaringer i praksis, kan det godt deles op, således at den styrkende del af behandlingen efterfølges af en funktionelt rettet træning.

Når formålet er at styrke muskulaturen, kan stimuleringen være ret så ubehagelig for personen. Vi går efter princippet "til den maksimalt accepterede strømstyrke". Det vil i praksis sige, at patienten er meget tæt på at afbryde behandlingen. Man kan ikke skade huden ved såkaldt kemisk forbrænding, hvilket man kunne tidligere. Strømimpulserne er i dag gjort bifasiske, således at der ikke sker en opkoncentration af ioner i vævet.

Problemet i en del af forskningen på dette område er, at det ofte ikke er dokumenteret, med hvilken intensitet strømmen appliceres. Der er stor forskel på patienternes og behandlernes tolerancetærskel, ligesom den enkelte persons evne til at lede strømmen gennem huden er meget individuel. Der sigtes ofte mod en komfortgrænse, hvilket ligeledes anbefales af flere producenter. Som med mange andre fysioterapeutiske interventioner er intensiteten vigtig for at opnå den ønskede effekt, og vi har erfaret, at der skal relativt meget til at skabe hypertrofi i vævet. Sagt med andre ord, kan man i denne sammenhæng med rette sige "No Pain – No Gain".

## FES TIL AT OPNÅ FUNKTIONER

Når vi går over til at lave funktionelle øvelser, hvor muskelgrupperne aktiveres i bestemte mønstre, som for eksempel at hånden føres til munden, kaldes stimulationen FES. Her går vi som udgangspunkt ikke op til maksimal styrke, men forsøger at få musklerne til at arbejde sammen i synergier, så patienten kan udføre de funktionelle opgaver uden gener fra strømmen. Strømimpulserne kan indstilles til kun at blive aktiveret, når personen spænder op i bestemte muskelgrupper. Dette kaldes EMG-trigget FES. Også inden for dette område findes en del evidens for, at det er en effektiv behandlingsform (5).

Teorien er, at el-stimulationen er med til at inducere ændringer i hjernen, ofte omtalt som plasticitet (6). Et studie (7) viser med stor tydelighed, at hjernen aktiveres meget kraftigt ved træning efter denne metode. De inkluderede patienter i studiet har ikke vist fremgang i tre måneder eller mere, og interventionen var 1 times daglig træning 5 dage om ugen med EMG-trigget FES. Efter fire ugers intervention kan man via MEP-brainmapping (magnetic evoked potential) og funktionel MRI-scanning se en stor ændring i aktiviteten i hjernen.

El-stimulationen kan ud over styrketræningen og de funktionelle



øvelser anvendes med det primære sigte at øge blodcirkulationen og opmærksomheden. Dette kan bl.a. være effektivt som opvarmning og hos patienter med nedsat opmærksomhed på pågældende legemsdel.

### DROPFODSSTIMULATION

Den vægtigste evidens for FES findes inden for dropfodsstimulation, hvor der er gennemført mange studier. Helt enkelt fungerer dropfodsstimulatoren ved, at en ekstern trigger, som kan være



*FES anvendes for at facilitere det korrekte greb trods høj tonus. Hos denne patient hjælper det, hvis hun starter med at træne hårdt med TES, hvor hun får brugt specielt de stramme fleksormuskler, således at hun efterfølgende kan slappe mere af i dem.*

enten en kontakt placeret i skoen eller et accelerometer omkring knæet, aktiverer en forudprogrammeret el-stimulationssekvens, der er tilpasset det enkelte individ. I svingfasen løftes foden til dorsalfleksion ved hjælp af den elektriske stimulation med elektroden placeret på n. peroneus communis.

Vi oplever patienter, der går meget besværet, vrikker om eller falder over dørtrin, og ved brug af dropfodsstimulation kan personen med ét gå hurtigere og mere sikkert. Nogle patienter kan med stimulationen endda pludselig løbe igen, hvilket er helt utroligt at opleve. Andre patienter har brug for en længere tilvænningsperiode, da muskulaturen omkring ankelleddet kan være hypertont, atrofisk, eller der kan være kapselskrumpning for eksempel som følge af immobilisering i toe-off skinne. Patienter med dropfod efter en skade, der ligger over TH 12-niveau, kan ofte hjælpes med en dropfodsstimulator frem for eksempelvis en toe-off skinne. Dropfodsstimulatoren kan øge ganghastigheden og sikkerheden i gangen med det samme, hvilket kan være meget motiverende.

Desværre kræver dette hjælpemiddel, at der ikke er for indskrænket bevægelighed i ankelleddet eller for kraftig tonusøgning i lægmuskulaturen. Dette kan dog i mange tilfælde reduceres med korrekt træning over 4-8 ugers tid. For at få glæde af dropfodsstimulatoren må den perifere nerve ikke være direkte påvirket som ved for eksempel diskusprolaps, da den elektriske impuls overføres fra den perifere nerve ind i muskulaturen.

En af de største barrierer for implementering af dropfodsstimulation er, ud over manglende kendskab til at hjælpemidlet eksisterer, at mange fysioterapeuter forbinder en dropfodsstimulator med bivirkninger som hudallergi, nedbrudt hud og mange besværligheder. Dette hører heldigvis fortiden til. Idéen til dropfodsstimulation

#### BEGREBSAFKLARING

I litteraturen støder man på begreber som FES, ES, NMES, TES, FET, EMS, PES og ETEM. Forkortelserne står for hhv. funktionel elektrisk stimulering, elektrisk stimulering, neuromuskulær elektrisk stimulering, terapeutisk elektrisk stimulering eller transkutan elektrisk stimulering, funktionel elektrisk terapi, elektrisk muskelstimulering, perkutan elektrisk stimulering samt EMG-trigget muskelstimulation. Disse begreber anvendes ikke konsekvent, hvilket kan være meget forvirrende. NMES er den overordnede stimulationsform beskrevet i denne artikel. TES og FES hører til denne stimulationsform, hvor TES er kendetegnet ved, at strømmen gives i en række forudindstillede intervaller. FES har en ekstern trigger, som for eksempel kan være en kontakt, der trykkes ind, et accelerometer eller en aktivitet i en muskel, der starter næste strømimpuls. Sidstnævnte kaldes EMG-trigget FES.



Som udgangspunkt er en dropfodsstimulator et hjælpemiddel, der erstatter en dropfodsskinne. Det kræver dog, at der ikke er øget tonus i væsentlig grad. Er dette tilfældet, kan dropfodsstimulatoren anvendes i træningssammenhæng for at øge bevægeligheden og mindske tonus over ankelledet. Vi har på Vejle fjord konstrueret vores egen dropfodsmaskine med en simpel ombygning, således at man kan styrketræne fodens dorsalfleksorer. At træne i maskine frem for eksempelvis med elastik gør bl.a., at man kan arbejde med hård styrketræning samt følge styrkefremgangen med og uden strøm. Flere patienter kan efter nogle ugers træning på denne måde begynde at anvende dropfodsstimulatoren som hjælpemiddel, så de ikke længere låses fast i for eksempel en toe-offskinne.

### SÆRLIGT INTERESSERET?

Interesserede fagpersoner kan kontakte Thomas Nybo, hvis de vil være med i et nationalt netværk omkring dropfodsstimulation eller ønsker kurser inden for området.

opstod allerede i 1961, da Libson et al. (8) foreslog, at elektrisk stimulation kunne forbedre gangen hos hemiplegiske patienter. Siden er der sket en stor udvikling, specielt inden for det sidste årti. Nu er strømmen blevet bifasisk, elektroderne er hudvenlige, og strømmen føles generelt ikke så kraftig. En dropfodsstimulator koster rundt regnet det samme som en toe-off skinne, og stimulatoren har som regel en længere holdbarhed, hvilket gør det lettere for kommunerne at bevilge denne. Der er dog ingen tvivl om, at det er mere besværligt at tage stimulatoren af og på, og for nogle patienter kan det være for kompliceret til, at de selv kan håndtere dette hjælpemiddel. Man kan få indopereret elektroderne, hvilket er langt at foretrække for de fleste, men desværre en noget mere omkostningstung intervention.

Læs mere på Vejle fjords hjemmeside for informationer omkring dropfodsstimulation.

### PATIENTHISTORIER

Vi anvender den elektriske stimulering som et supplement til den øvrige fysioterapeutiske behandling. Det er stort set kun fantasien, der sætter grænser for, hvad man kan forsøge sig med, så længe det overordnede formål er at øge fyringen til muskulaturen.

Eksempler på dette er en person, som fik en hjerneblødning i 2007. Han havde egentlig god funktion i armen, men var meget plaget af skuldersmerter. Han angav 8-10 på VAS-skala. Han havde svært ved at sove og havde ikke kunnet træne sig ud af smerterne. Der kunne ikke tydeligt palperes diastase, men de kliniske tegn var de samme. Ved at stimulere m. triceps brachii, m. supraspinatus og forreste del af m. deltoideus kunne man efter nogle minutter høre et lille klik fra gleno-humeralledet, og herefter kunne han begynde at arbejde aktivt med skulderen uden smerter. Efter 14 dage kunne man ikke længere høre det lille klik under den indledende del af stimulationen, og smerterne var aftaget til 2-3 på VAS. Efter yderligere 14 dage med intensiv træning var han stort set smertefri og fejede til slut vores terrasse som tak for hjælpen.

Flere studier (9) peger på, at spejltræning er effektivt i forhold til etablere eller bevare kontakt med de afficerede områder. Vi kombinerer spejltræningen med TES eller EMG-triggeret FES, således at hjernen modtager både de visuelle stimuli, og det proprioceptive





Mange patienter med lammelser over skulderen plages af smerter som følge af bl.a. diastase og/eller impingement. Vi har god erfaring med at stimulere dels de svage udadrotatorer, forreste del af deltoideus samt supraspinatus for at hjælpe skulderen på plads. Hvis m. pectoralis major og/eller minor er stramme, som det ofte ses, kan det ligeledes være en fordel at stimulere disse, da de efterfølgende lettere kan spændes ud, når tonus er mindsket. På billedet kombineres TES med styrketræning for at øge fyringen til muskulaturen.



Specielt meget svækkede personer eller patienter med nedsat fyring eller opmærksomhed til en legemsdel profiterer betydeligt af at kombinere styrketræningen med TES. Ofte kan man øge vægten med over 20 procent, hvilket giver både øget fyring og hurtigere styrkefremgang. Denne behandling er ikke behagelig, så ikke alle patienter – eller terapeuter – vil være med til denne form for behandling. Men effektivt er det, og styrken er i de fleste tilfælde let overførbart til funktioner, således at eksempelvis overstrækning af knæ kan mindskes.



Behandling med strøm kræver udstyr, som fås i mange prisklasser. På Vejle fjord Rehabiliteringscenter er vi blevet så overbeviste over fordelene ved at kombinere den daglige træning med elektrisk stimulering, at vi med tiden har fået en del maskiner i strømvognen. Derudover har vi flere apparater liggende i ergoterapien, hvor de ligeledes anvendes flittigt.

feedback, når hånden rent faktisk aktiveres.

Ved facialispareser har vi forsøgt at stimulere med TES. Der er ingen tvivl om, at muskulaturen styrkes ved dette, men vi ser de bedste resultater, når der i forvejen har været løbende forbedringer, således at den elektriske stimulation primært accelererer processen, specielt ved de perifere pareser efter kranietraumer. Forsøg med rotter viser, at motoriske nerver kan vokse ud tre gange så hurtigt, hvis der stimuleres med strøm (10).

Ved styrketræning ser vi helt klart de bedste resultater hos

#### FORSKELLIGE EL-APPARATER

Apparaterne fås i meget forskellige prisklasser med hver deres formål. De helt billige kan erhverves for under 1000 kr. Vi anvender bl.a. Saneo Sport, som kan være fint til genoptræning af få muskelgrupper. Der er dog ikke så høj maksimal strømstyrke på dette apparat. Vi anvender bl.a. Cefar Compex-apparater til styrketræning. I klinikken har vi Cefar Rehab X2 med ekstern trigger. Patienter, der selv ønsker at træne intensivt, og hvor Saneo Sport ikke er nok, kan købe for eksempel Compex Mi Sport, som koster omkring 6500 kr. Compex Energy er et billigere alternativ, som dog mangler nogle af rehabiliteringsprogrammerne. De bedste erfaringer har vi med Stiwell Med 4 fra Otto Bock. Dette er et dyrere apparat til 2650 Euro, men det kan til gengæld det hele. Markedet er stort, og dette er blot et overblik over de apparater, vi anvender for tiden.



de patienter, som især er svækkede på grund af immobilisering og non-use. Her kan kontakten til musklerne være helt afbrudt, men en enkelt behandling kan genetablere denne kontakt, og dramatiske ændringer kan ses på få uger. På et videoklip publiceret på Vejle fjords hjemmeside, kan man se, første gang en patient prøver at strække benet uden held, og efter 5 minutters træning med FES, kan han pludselig strække benet. Efter yderligere 10 dage har han øget sin muskelstyrke fra at kunne klare en modstand på 0 kg til at kunne strække benet med syv kilos modstand. Med brug af FES er tallene hhv. 9 og 25 kg. Dette betyder, at han nu kan gå, uden at benet knækker sammen under ham, og hastigheden i gangen er allerede øget markant.

Træning med el-stimulation for at forebygge og behandle inkontinens kan ligeledes hjælpe mange mennesker. På Vejle fjord har vi et mål om at kunne tilbyde denne behandling inden for et par år. På Vejle fjords hjemmeside er der oprettet en side med patientcases. Her vil man kunne finde flere eksempler på forskellige typer af behandling samt effekt af denne.

### FREMTIDSPERSPEKTIVER

I 2011 vil der efter alt at dømme komme trådløse elektroder på markedet. Dette vil få en stor betydning specielt i træningssituationer, hvor mange ledninger ofte vanskeliggør naturlige bevægelsesmønstre. Der er desuden udsigt til, at fremtidens elektroder implanteres i lokalbedøvelse. Med en levetid på omkring fem år vil det kunne have en stor effekt på patienters funktionsniveau, lige fra selvstændigt at kunne cykle på en liggecykel, tonusdæmpning uden brug af medicin, lindring af skuldersmerter som følge af diastase, føre hånd til mund osv. En dropfodsstimulator, der virker trådløst, er ligeledes meget let at se fordelen i. Vi er på Vejle fjord Rehabiliteringscenter ikke i tvivl om, at el-stimulation er en behandlingsform, som vil vinde stort indpas over det næste årti, og vi kan kun anbefale, at det opprioriteres i den daglige behandling af personer med lammelser og nedsat muskelstyrke. Mens vi venter på dette, er det Vejle fjord Rehabiliteringscenters mål, at der skal etableres flere dropfodsklinikker i Danmark, hvor vurderingen og opfølgningen kan foregå, så patienten ikke behøver at rejse langt for at benytte dette hjælpemiddel.

Der er en del praktisk arbejde med el-stimulation, som kan være frustrerende i begyndelsen, når apparaterne for eksempel slår fra på grund af fejl ved

## Elstimulatorer til muskeltræning og smertebehandling

BENSMITH har gennem 10 år specialiseret sig i elstimulatorer til forskellige opgaver.

Ring efter vort produkt-katalog og få et rigtig jubilæumstilbud på den nye all-round MyoBravo EMS muskelstimulator med 2x2 udgange, 31 specialprogrammer og et væld af indstillingsmuligheder



Eneforhandling for den nye Odstock® Pace dropfodsstimulator, udviklet ved The National Clinical FES Centre, Salisbury District Hospital, Salisbury



10 år som specialfirma for elstimulation

bensmith tel. 2440 9105  
bensmith@bensmith.dk  
www.bensmith.dk CVR/SE 2583 8092



elektroderne, ledninger, der falder af under øvelserne, og patienter, der ikke kan kapere ubehaget ved stimuleringen. Dette kan være nogle af årsagerne til, at el-stimulation tilsyneladende kun sjældent anvendes i behandlingen, selv om den har så mange fordele. Vi kan kun sige, at med erfaringen kommer resultaterne, og det er vores klare konklusion, at når patienterne ser resultaterne, har de intet problem med at kapere ubehaget under behandlingen. ●

### Referencer

1. *Strengthening interventions increase strength and improve activity after stroke: a systematic review.* Ada et al. *Australian Journal of Physiotherapy* 2006. Vol. 52.
2. *Jon Graham In Touch, Autumn 2010, No. 132 og Peckham and Knutson. Functional Electrical Stimulation for Neuromuscular Applications. Annu Rev Biomed Eng* 2005; 7: 327-360
3. *Glinsky J et al. Efficacy of electrical stimulation to increase muscle strength in people with neurological conditions: a systematic review. Physiother Res Int* 2007; Sep; 12(3): 175-94.
4. *Percutaneous Electrical Stimulation in Strength Training: An Update. Journal of Strength and Conditioning Research, May 2005, volume 19, issue 2.*
5. *De Kroon JR, Ijzerman MJ, Chae J, Lankhorst GJ & Zijlvoord G. Relation between stimulation characteristics and clinical outcome in studies using electrical stimulation to improve motor control of the upper extremity in stroke. Journal of Rehabilitation Medicine.* 2005; 37: 65-74.
6. *Knash et al. Electrical stimulation of the human common peroneal nerve elicits lasting facilitation of cortical motor-evoked potentials. Experimental Brain Research* 2003; 153: 366-377.
7. *YH Lee et al. Effect of EMG-triggered Electrical Stimulation in Patients with Chronic Hemiplegia. J Korean Acad Rehabil Med* 2003; Jun; 27(3): 320-328.
8. *Liberson WT et al. Functional electrotherapy: Stimulation of the Peroneal Nerve Synchronized with the Swing Phase of the Gait of Hemiplegic Patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1961; 42: 101-105.
9. *Systematic review of the effectiveness of mirror therapy in upper extremity function. Disability and Rehabilitation* 2009; Volume 31(26): 2135-2149.
10. *Al-Majed et al. Electrical Stimulation and Axonal Regeneration J Neurosci* 2000; April 1; 20(7): 2602-2608.

### BLÅ BOG



Thomas Nybo er 37 år. Er uddannet i København 2000 og har arbejdet med neurologiske patienter siden 2003 på Traumeafdelingen på Regionshospitalet Brædstrup samt Vejlefyrd Rehabiliteringscenter. Har diverse Bobath-kurser, kurser i styrketræning samt kurser i elektrisk stimulering. Afholder derudover kurser i styrketræning samt inden for elektrisk stimulering.



Læs mere om behandlingen med funktionel elektrisk stimulering på <http://www.vejlefyrd.dk/ELSTIM-4441.aspx>. Her findes ligeledes relevante links vedrørende dropfodsstimulation.

Der oplås løbende kurser i el-stimulation på [www.vejlefyrd.dk/Kurser-4561.aspx](http://www.vejlefyrd.dk/Kurser-4561.aspx). Her kan man selv blive certificeret til at tilpasse dropfodsstimulatoren som hjælpemiddel ved at gennemføre et overbygningkursus.

## Effektiv muskelrehabilitering. Uden risiko for skader!

Elektrisk muskelstimulering (NMES) er en effektiv metode som med stor fremgang anvendes i medicinsk rehabilitering, fysioterapi og indenfor idræt på alle niveauer. Blandt andet anvender mange danske og internationale eliteudøvere NMES som et supplement til øvrig træning og i forbindelse med genoptræning. Med en NMES-stimulator kan du træne specifikke muskler uden risiko for overbelastning af led og omkringliggende strukturer. Det giver en mere effektiv muskeltræning uden risiko for skader.

CefarCompex har i 34 år udviklet NMES-stimulatorer i samarbejde med læger og fysioterapeuter. Det har givet os stor erfaring med at udvikle stimulatorer som både har mange funktioner men samtidigt er lette at anvende.

Vi tilbyder markedets bredeste sortiment af NMES-stimulatorer til professionelle brugere. Og uanset hvilken model du vælger, så bistår vi dig med vores erfaring, forskning og produktuddannelse således at du får et nyt effektivt tilbud til dine patienter.



*Jeg anvender elektroterapi til at øge og forbedre musklernes ydeevne, forbedring af cirkulation og koordination samt nedsætte ødem og dermed optimere helings- og genoptræningsprocessen. Compex er ligeledes en perfekt træningsmakker til både elite idrætsudøvere daglige træningsregime og specifik postoperativ genoptræning.*

**Dorte Nielsen,**  
DPT., ATC., CSCS., Cert. MDT., Spec. i idrætsfysioterapi,  
ejer af ProAlign og tidligere Team Danmark Fysioterapeut.

**Sjælland/Bornholm:**  
Pernille Schrøder: +45 40 87 44 14  
pernille.schroeder@DJOglobal.com

**Jylland/Fyn:**  
Thilde Svensson +45 29 40 05 69  
thilde.svensson@DJOglobal.com

**DonJoys 4-punkts bandager**  
Har du patienter med ACL-, menisk- og eller ligamentskader kan du med fordel kombinere NMES genoptræningen med DonJoys 4-punkts bandager – læs mere på [www.donjoy.dk](http://www.donjoy.dk)



Cefar Compex Rehab 400, Theta 500 och Mi-theta 600 er 4-kanals elektriske stimulatorer specielt udviklet til den professionelle terapeut indenfor ortopædi, neurologi og idrætsmedicin.

HOUSE OF QUALITY BRANDS

AF: FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

vp@fysio.dk

FOTO: NIELS ROSENVOLD

# Passiv behandling gør patienten aktiv

Gamle myter er skyld i at så få fysioterapeuter bruger el-stimulation i deres praksis, mener fysioterapeut Thomas Nybo

»» Der er store gevinster ved at kombinere træning og el-stimulation, og patienterne er positive over for behandlingsmetoden. Det fremgår af fysioterapeut Thomas Nybos artikel på side 28 i dette blad og ligeledes af et interview på fysio.dk i 2008, hvor fysioterapeut, ph.d. Nina Beyer fortalte om et projekt, hvor forskerne sammenlignede effekten af styrketræning alene med en kombination af el-stimulation og styrketræning til patienter efter hoftebrud. Kombinationen af styrketræning og el-stimulation fik de ældre i Nina Beyers projekt hurtigere i gang med at gå og færre i interventionsgruppen gik med rollator et halvt år efter sammenlignet med en kontrolgruppe. Fysioterapeuter blev i forbindelse med interviewet opfordret til på fysio.dk at gøre rede for, om de benyttede el-stimulation i genoptræningen af ældre. 273 fysioterapeuter besvarede spørgsmålet. Kun 11 procent svarede, at de benyttede el-stimulation.

## MANGE MYTER OM EL-STIMULATION

Der er en del myter omkring el-stimulation, mener Thomas Nybo:

"Mange fysioterapeuter har den holdning, at den muskelstyrke, man opnår efter passiv el-stimulation, ikke kan bruges funktionelt. Denne påstand er tilbagevist af flere forskere, og det er heller ikke, hvad vi ser i praksis. Desuden forbindes strømmen ofte med risiko for forbrændinger, hvilket ikke længere gælder, da strømmen er blevet modificeret de senere år".

Af en nyere lærebog i el-terapi fremgår desuden, at det er de færreste patienter, der har glæde af el-stimulation. Men det passer ikke, mener Thomas Nybo. El-stimulation kan benyttes til de fleste patienter, der enten har svært ved at aktivere muskulaturen eller har atrofisk muskulatur og skal genoptrænes, forklarer han. En anden barriere for at tage el-stimulation i brug kunne være, at det er svært at lære, men også dette afviser Thomas Nybo:

"Det er i første omgang nok med et endags-kursus, hvor man bliver fortrolig med en enkel form for el-stimulation og finder frem til, hvilket apparatur man foretrækker. Og så er det om at komme tilbage og bruge teknologien på patienterne".

Det er Thomas Nybos erfaring, at det er ved at øve

*El-stimulation baner vejen for styrketræning. Efter et par behandlinger kan patienten styrketræne, men med lav belastning.*





*Styrketræning som basis for at kunne benytte en dropfodsstimulator. Det er vigtigt at styrketræne læggen, idet denne ofte på grund af øget tonus forhindrer dorsalfleksion. Der benyttes el-stimulation, så der kan sættes så stor belastning på under styrketræningen, at der kan opnås god effekt af træningen på kort tid.*

sig i praksis, at fysioterapeuter får motivationen til at gå et skridt videre og udvide behandlingsrepertoiret og lære mere om teorien bag behandlingsmetoden.

"Jeg håber, at fysioterapeuter i Danmark begynder at bruge el-stimulation, men de skal lære at bruge det rigtigt, og det er nødvendigt at kende sin anatomi godt for at kunne placere elektroderne korrekt", understreger Thomas Nybo.

"Fysioterapeuten skal vide, hvilken muskel og dermed hvilken nerve der skal stimuleres. Fysioterapeuten skal også kunne justere både dosis og applikation ud fra patientens reaktion på behandlingen. I det hele taget er det meget vigtigt at anvende sin kliniske ræsonnering til at finde hovedproblemet, inden man bare sætter strøm til musklerne".

### FLERE FYSIOTERAPEUTER SKAL BRUGE EL-STIMULATION

Thomas Nybo er overbevist om, at fysioterapeuter i begge sektorer med fordel ville kunne implementere el-stimulation i deres praksis.

"El-stimulation kan bruges til de fleste patienter med nedsat muskelkraft og dysfunktion i leddene. Idrætsudøvere og motionister, der hos de praktiserende fysioterapeuter skal genoptrænes efter operation eller for at behandle og forebygge chondromalacia patellae. Undersøgelser har vist, at for eksempel fodboldspillere

efter en knæskade i mange tilfælde ikke genvinder den fulde muskelstyrke på trods af intensiv træning. Hvis el-stimulation benyttes i genoptræningen, kan den sidste muskelstyrke opnås relativt let", mener han.

Thomas Nybo er ikke i tvivl om, at det kan svare sig at bruge tid og penge på el-stimulation. "De patienter, der kan acceptere de høje strømstyrker, er uden tvivl dem, hvor vi ser de største og hurtigste fremskridt. De rykker helt vildt i muskelstyrke, og vi kan tydeligt se det på deres funktionsniveau. De går hurtigere på trapper og lærer hurtigere at gå uden hjælpemidler", siger Thomas Nybo. Det koster 3-4.000 kroner for et rimeligt apparatur, og selvom der endnu er få studier, der har set på cost-effectiveness er han ikke i tvivl om, at det er investeringen værd. ●



Link til fysio.dk:

<http://fysio.dk/fafo/Nyheder/Elstimulation-og-styrketraening-efter-hoftebrud/>

<http://fysio.dk/fafo/Nyheder/Elterapi-har-lav-status-i-fysioterapi/>

# MØDER & KURSER

Henvendelse vedrørende annoncering af arrangementer i Danske Fysioterapeuters regioner, fraktioner eller faggrupper skal ske til **Anne Guldager, ag@fysio.dk - 33414630**. Henvendelse vedrørende øvrig annoncering skal ske til Dansk Mediaforsyning på tlf.: 70224088, fysiotekst@dmfnet.dk

**Se oplysninger vedrørende deadlines, priser og formater på [fysio.dk](http://fysio.dk) - Fysioterapeuten - annoncering**

## REGION HOVEDSTADEN

### PENSIONIST-TUR TIL ARBEJDER-MUSEET

Efterårets udflugt for pensionister i Region Hovedstaden går denne gang til Arbejdermuseet og finder sted den 5. oktober.

Vi mødes kl. 10.40 i Arbejdermuseets foyer. Der er omvisning på museet kl. 11. Herefter vil Regionsformand Tine Nielsen fortælle lidt om det sidste nye inden for det fysioterapeutiske arbejdsfelt.

Arrangementet sluttet af med en frokost i Cafe & Ølhalle "1892", som ligger under Arbejdermuseet. Danske Fysioterapeuter Region Hovedstaden betaler en øl eller vand til frokosten. Turen koster 100 kr. pr. person for indgang og omvisning.

Museet ligger to minutters gang fra Nørreport Station i Rømersgade 2, København K.

Tilmelding skal ske senest torsdag den 14. september til: [regionhovedstaden@fysio.dk](mailto:regionhovedstaden@fysio.dk). Alternativt kan der indtales en besked på dette telefonnummer: 3535 2702.

## REGION MIDTJYLLAND

### MINIFAGFESTIVAL 2011 - FYSIOTERAPIENS UDFORDRINGER

Kom og få ny viden, plej dit netværk og mød andre fagfæller.

Danske Fysioterapeuter i Region Midtjylland afholder Minifagfestival for vores medlemmer. Dagen består af fælles oplæg og valgfrie workshops. Blandt andet om sundhedsbegrebet/læreprocesser, skulderundersøgelse, Basic Body Awareness Therapy og internetbaserede computerprogrammer til at fremme neuroplasticitet hos børn med cerebral parese.

Se fuldt program og tilmeld dig på [www.midtjylland.fysio.dk](http://www.midtjylland.fysio.dk)

**Tid:** 29. oktober 2011 kl. 9.30-17.00

**Sted:** Silkeborg Gymnasium

**Pris:** 300 kr. inklusiv flot løbetøje.

**Tilmeldingsfrist:** 7. oktober 2011 på [midtjylland.fysio.dk](http://midtjylland.fysio.dk)

## REGION SYDDANMARK

### FAGFESTIVAL I REGION SYDDANMARK



**Tid:** Lørdag den 29. oktober 2011, kl. 9-16

**Sted:** UC Syddanmark v. Fysioterapeutuddannelsen i Esbjerg

**Tema:** Udfordringer i fysioterapi - teknologiens muligheder  
Formålet med Fagfestivalen er at give medlemmerne mulighed for at danne netværk, få indsigt i hvordan viden om teknologi kan udvikles, afprøve hvordan eksisterende viden om teknologier kan findes og anvendes samt mulighed for at afprøve forskellige teknologier i praksis.

Dagen er planlagt med en række oplæg i plenum og 9 forskellige workshops, hvor deltagerne i mindre grupper præsenteres for forskellige teknologier.

**Læs mere:** [fysio.dk/Regioner/syddanmark/](http://fysio.dk/Regioner/syddanmark/)

**Tilmelding:** Senest den 3. oktober på [fysio.dk/Regioner/syddanmark/](http://fysio.dk/Regioner/syddanmark/)

## FRAKTIONER OG FAGGRUPPER

*Geronto-Geriatrisk Fagforum*



### LANDSMØDE OG GENERALFORSAMLING

**Tid:** 18. november kl. 10-19

**Sted:** Lokalcenter Holme & Skåde, Bushøjvænget 113, 8270 Højbjerg (den blå sal) - Århus

#### Program:

10.00 - 11.00 Generalforsamling med følgende dagsorden

1. Valg af ordstyrer.
2. Valg af referent.
3. Bestyrelsens beretning.
4. Fremlæggelse af revideret regnskab.
5. Fastsættelse af kontingent.
6. Indkomne forslag.
7. Valg til bestyrelsen, Eva Due Rabenschlag og Henriette Holm, der begge ønsker genvalg og Tania Christiansen, der ikke genopstiller.
8. Valg af revisor.
9. Evt.

Forslag til generalforsamlingen skal være formanden i hænde senest d. 4. november 2011

11.00 - 18.30 Biomekanisk og neuromuskulær fysioterapi til ældre patienter med Neurologiske diagnoser v/Amad Shayan, Maitland certificeret fysioterapeut fra "Neuroklinik" i Århus.

18.30 - 19.00 Evaluering og afrunding.  
**Pris:** 200 kr. for medlemmer, 800 kr. for ikke-medlemmer. Man regnes for medlem, hvis man er registreret senest d. 30. september 2011. Prisen er inkl. fuld forplejning

**Tilmelding:** På [Gerontofys.dk](http://Gerontofys.dk) - husk at notere kursusnavn.

**Betaling:** Senest den 25. oktober ved indbetaling til bankkonto: Bank Nordik: Reg. nr. 9891 konto nr. 003125947. Bindende tilmelding efter "først til mølle-princip".

### Fysioterapeuters faggruppe for lymfødembehandling



## Workshop

Workshop om anvendelse af MFR/MET teknikker i behandlingen af brystopererede lymfødempatienter. Differentiering af symptomer i og fra nakke, bryst, skulder og overekstremitet. Undersøgelsesmetodik og klinisk ræsonnering.

**Tid:** Lørdag den 5. november 2011 kl. 9.30-17

**Sted:** Rehabiliteringsafdelingen Odense Universitetshospital. Kløvervænget. Indgang 108. Træningssalen.

**Deltagerantal:** Max. 18.

**Underviser:** Martin B. Josefsen, muskuloskeletal Fysioterapeut, PT, DipMT.

**Pris:** 800 kr. for medlemmer. 1400 kr. for ikke medlemmer. FFL-medlemmer har 1. prioritet. Morgenkaffe/frokost m.m. inkl. i prisen.

**Tilmelding:** Senest fredag d. 7. oktober 2011 til [janne.k.holm@gmail.com](mailto:janne.k.holm@gmail.com)

**Betaling:** Danske Bank reg.nr. 1551 kontonr. 7720580.

ÅR 2011

# DEADLINE

Blad nr.	Deadline for tekstsider samt kursusannoncer	Deadline for stillingsannoncer	Udkommer (alle har modtaget bladet senest denne dato)
13	5/9	7/9	23/9
14	19/9	21/9	7/10
15	3/10	5/10	21/10

### Faggruppen for Akupunktur og Smerte



## Kurser i 2011

9. - 11. september, kursus 3, Horsens  
7. - 9. oktober, kursus 2, Horsens  
28- 30. oktober, kursus 1, Horsens  
11. - 13. november, kursus 3, Hvidovre  
25. - 27. november, kursus 4, Horsens

Yderligere information og tilmelding: [dffas.dk](http://dffas.dk)

### Fagforum for Gynækologisk/ Obstetrisk fysioterapi



## Kursus i palpation af bækkenbunden

Fagforum for Gynækologisk/Obstetrisk fysioterapi tilbyder nu et grundlæggende kursus i vaginal og anal palpation af bækkenbunden. Kurset er fordelt over to forlængede weekender: 7.-9. okt. og 18.- 19. oktober 2011. Undervisningen er en blanding af teori og praksis. Yderligere information: [www.gynobsgruppen.dk](http://www.gynobsgruppen.dk).

### Institut for Mekanisk Diagnostik og Terapi



## McKenzie Part X Faglig inspiration og nye udfordringer

Bliv skrapper til differentialdiagnostik, lær at anvende McKenzie-principperne på en skulderpatient, få inspiration til at håndtere patienten med kronisk smerteproblematik, og meget mere. To-dages workshop i Århus d. 28-29. oktober 2011

Tilmelding og information på [www.mckenzie.dk](http://www.mckenzie.dk)

## Apopleksi - intensiv fysisk træning



Træning af styrke og kondition bør være en essentiel del af et genoptræningsforløb for patienter med apopleksi. Ny viden viser, at patienter med apopleksi skal trænes målrettet med intensiv styrketræning og hård konditionstræning. Der er evidens for, at intensiv træning har stor betydning for det potentielle funktionsniveau, aktivitetsniveau og livskvalitet. På kurset bliver deltageren i stand til at teste og dosere den intensive fysiske træning, der målrettes den daglige praksis på fysioterapiklinikkerne og på de kommunale genoptræningscentre. Målgruppen er praktiserende fysioterapeuter, der arbejder med patienter i den vederlagsfrie ordning, og fysioterapeuter på kommunale genoptræningscentre.

Læs mere på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Tid:** Modul 1: 17. - 19. november 2011. Modul 2: 12.- 14. januar 2012

**Sted:** Center for Hjerneskade, København

**Pris:** Kr. 8.100,- inkl. forplejning. Eksternat.

**Tilmelding:** Senest 15. september 2011 på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Deltagerantal:** 24 fysioterapeuter

**Undervisere:** Jørgen Jørgensen og Daniel Thue Bech-Pedersen, fysioterapeuter, Center for Hjerneskade. Neuropsykolog, audiologopæd m.fl.

## Basic Body Awareness Therapy BBAT 3



Kurset er en opfølgning af BBAT 2 med efterfølgende seminar. Gennem faglig fordybelse får deltageren mulighed for at tilegne sig kundskaber, færdigheder og holdninger, så der opnås en større personlig erfaring med body awareness therapy - både personligt og til behandling på individuelt- og gruppeniveau. Forudsætning for optagelse er, at fysioterapeuten har udarbejdet en rapport over en patient-/klientbehandling, hvor BBAT har været udgangspunkt.

Læs mere på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Tid:** 29. jan. - 3. febr. 2012

**Sted:** Kerteminde Vandrehjem

**Pris:** Kr. 12.200,- dækker overnatning i enkeltværelse

**Tilmeldingsfrist:** 27. november 2011 på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Undervisere:** Jonna Jensen, fysioterapeut, M Edu, specialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, læreruddannet i BBAT.

## Motorisk usikre børn 0-6 år



Sensoriske, motoriske og perceptuelle forstyrrelser ligger ofte til grund for motorisk usikkerhed, som kan vise sig meget tidligt. Formålet med dette kursus er at give deltageren indsigt i, hvordan motorisk usikkerhed hos de helt små børn kan undersøges og beskrives. Klinisk ræsonnering og interventionsmuligheder vil blive præsenteret og drøftet. Kursets form vil skifte mellem oplæg og arbejde i mindre grupper. Teoretiske oplæg vil foregå samlet for alle, mens praktiske afprøvninger foregår i mindre grupper. Undervejs på kurset kan kursisterne vælge mellem fordybelse inden for undersøgelse og intervention til 0-3 årige eller 3-6 årige.

Læs mere på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Tid:** Del 1: 28. - 30. november 2011. Del 2: 25. - 27. januar 2012.

**Sted:** Odense Kommunes Kursuscenter, Odense

**Pris:** Kr. 8.100,- inkl. forplejning. Eksternat. Ergoterapeuter kr. 10.100,-.

**Deltagerantal:** 40-50 fysioterapeuter og ergoterapeuter.

**Tilmelding:** Senest 3. oktober 2011 på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Undervisere:** Kathrine Jürgensen, fysioterapeut, Åbenrå. Nanna Johansen, fysioterapeut, Århus. Pia Sommerlund Lind, fysioterapeut, Åbenrå. Helle Østergaard, projekt- og udviklingskonsulent, Århus.

## Apopleksi: undersøgelse og intervention



Undersøgelse af patienten med apopleksi og intervention er det centrale indhold på kurset. Kurset er særdeles relevant for praktiserende og kommunale fysioterapeuter. På tre dage får du et overblik over undersøgelse, klinisk ræsonnering og intervention. Ny viden inden for spasticitet og plasticitet vil blive berørt. Derudover gennemgang af relevante test-, måle- og undersøgelsesmetoder. I løbet af kurset vil underviserne inddrage patienter til demonstration, og i forbindelse med tematiserede workshops med tilstedeværelse af patienter, vil kursisterne få lejlighed til at drøfte og afprøve kliniske indsatsområder.

Målgruppen er praktiserende fysioterapeuter, der arbejder med patienter i den vederlagsfrie ordning og fysioterapeuter på kommunale genoptræningscentre. Ergoterapeuter i det omfang, der er plads.

Læs mere på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Tid:** Modul 1: 17. - 18. november 2011. Modul 2: 13. januar 2012

**Sted:** Glostrup Hospital **Pris:** Kr. 5.250,- inkl. forplejning. Eksternat. Ergoterapeuter kr. 6.250 **Tilmelding:** Senest 13. september 2011 på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser) **Deltagerantal:** 24 fysioterapeuter - ergoterapeuter i det omfang, der er plads. **Undervisere:** Marianne Jensen, fysioterapeut, specialeansvarlig, Hammel Neurocenter. Christian Riberholt Hansen, udviklingsfysioterapeut, Hvidovre Hospital.

## Motorisk kontrol og balance



- Shumway-Cook og Woollacott:

**Translating Research into Evidence Based Practice**

Anne Shumway-Cook og Marjorie Woollacott kommer til Danmark igen! Tre dage med teori og praksis i forhold til undersøgelse og intervention til patienter med neurologiske problemer. Der er særligt fokus på balance og motorisk kontrol - evidens for undersøgelse og behandling "oversættes" til klinisk praksis. Undervisningen er på engelsk.

Målgruppen er fysioterapeuter fra alle sektorer, hvor der arbejdes med neurologiske patienter. Kurset anbefales til praktiserende fysioterapeuter, der arbejder med patienter i den vederlagsfrie ordning.

Læs indholdet på kurset på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Tid:** 19. - 21. april 2012

**Sted:** University College, Ålborg

**Pris:** Kr. 5.250,- inkl. forplejning. Eksternat

**Deltagerantal:** 50-100 fysioterapeuter

**Tilmelding:** Senest 1. marts 2012

**Kursusprog:** Engelsk

**Undervisere:** Anne Shumway-Cook, fysioterapeut, ph.d., University of Washington, Seattle, Washington. Marjorie H. Woollacott, ph.d., University of Oregon, Eugene, Oregon



## Basic Body Awareness Therapy BBAT 1



Basic Body Awareness Therapy kan især bruges til patienter med diffuse, tilbagevendende problemer med muskel-skelet-systemet som eksempelvis langvarige smertetilstande, belastningslidelser og psykosomatiske symptomer. B-BAT kan desuden bruges til patienter med behov for udvikling af de sansemotoriske funktioner og patienter inden for det psykiatriske område.

Deltagerne får et teoretisk grundlag samt en personlig oplevelse og erfaring med Basic Body Awareness, som er nødvendig for at kunne anvende BBAT som behandlingsmetode.

Kurset er det første af i alt 6 kurser og seminarer, men kan sagtens stå alene.

Læs mere på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Tid:** 20. - 25. november 2011

**Sted:** Kerteminde Vandrerhjem

**Pris:** Kr. 12.300,- inkl. grundbog, Internat (enkeltværelse)

**Deltagerantal:** 12 fysioterapeuter

**Tilmelding:** Senest 19. september 2011 på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

**Underviser:** Susan Christensen, fysioterapeut, læreruddannet i BBAT

## REHABILITATION PRAGUE SCHOOL



### Kursus DNS "A" Dynamic Neuromuscular Stabilization Grindsted 13.-15. Januar 2012

Se video og læs artikler om dette banebrydende paradigme på [www.rehabps.com](http://www.rehabps.com)

**Kursus DNS B i Prag 26.-29. April 2012.  
DER ER EN KURSSUSRÆKKE A-D, som løbende vil blive udbudt. Mulighed for certificering efter tests.**

**"Simpelthen en genial tilgang til patient analyse og behandling. Uanset hvad du har specialiseret dig i er der værktøjer at hente" Grethe Jensen, fysioterapeut**

**Kursusprogram og tilmelding på:  
[www.rygcenterskjern.dk](http://www.rygcenterskjern.dk), DNS kurser**

**Sidste tilmeldingsfrist DNS A d.1.12  
Rabat inden d.01.10 2011**

## KURSUS FUNDRAISING INDEN FOR SUNDHEDSOMRÅDET

3.-4. OKTOBER 2011 I KOLDING

Læs mere på [www.sdu.dk/sdue](http://www.sdu.dk/sdue)



## Klinik til salg

Halvpart af klinik beliggende i Viby-Sjælland sælges.

Klinikken, der råder over to ydernumre, er:

Centralt beliggende i byen og deler lokaler med et stort omsorgscenter. Flot indrettet i lyse lokaler med bl.a. lukkede behandlingsrum og godt træningslokale.

Veldrevet med god omsætning og stor patienttilgang. Potentiale for yderligere vækst både i forhold til patientbehandlinger og i form af bedre udnyttelse af træningsfaciliteterne.

Drevet af to ejere hvoraf den ene ønsker at sælge sin andel for at søge nye udfordringer.

Kontakt Fysiokonsulenterne på 30247856 eller [info@fysiokonsulenterne.dk](mailto:info@fysiokonsulenterne.dk) for yderligere information. Salgsmateriale kan ses på og downloades fra [www.fysiokonsulenterne.dk](http://www.fysiokonsulenterne.dk)

## FysioKonsulenterne

Vesterbrogade 95A • 1620 København V  
Telefon: 30 24 78 56 • E-mail: [info@fysiokonsulenterne.dk](mailto:info@fysiokonsulenterne.dk)

[www.fysiokonsulenterne.dk](http://www.fysiokonsulenterne.dk)



**Det Kongelige Teater** søger



# En fysioterapeut ved Den Kongelige Ballet

Vikariat: 1. oktober 2011 til 7. juni 2012

**Yderligere information:** [kglteater.dk/job](http://kglteater.dk/job) eller kontakt  
Administrationschef Henrik Sten Petersen på 33 69 65 62

Send ansøgningen og CV per mail til:  
[job.ballet@kglteater.dk](mailto:job.ballet@kglteater.dk) Skriv "balletfysio" i emnefeltet.

**Ansøgningsfrist: fredag den 16. september 2011 kl. 12.**

Alle interesserede uanset personlig baggrund opfordres til at søge stillingen.

Læs mere om Det Kongelige Teater på [kglteater.dk](http://kglteater.dk)

## Månedens bog

### Klinisk reumatologi

Bente Danneskiold-Samsøe, Hans Lund og Eva Ejlersen Wæhrens

*Klinisk reumatologi* tager udgangspunkt i de problemstillinger, den viden og de spørgsmål, som ergo- og fysioterapeuter stiller i relation til reumatologien. Kapitlerne gennemgår den viden og de redskaber, som er nødvendige for at kunne tilbyde reumatologiske patienter den bedste behandling. Tværfagligheden er tilstræbt ved, at de fleste kapitler er skrevet i fællesskab af en læge, en ergoterapeut og en fysioterapeut.

Normalpris: Kr. 648,- **BogPlus pris: Kr. 518,-**



Find BogPlus og bestil  
månedens bog på [fysio.dk](http://fysio.dk)

**BOGPLUS**  
- rabatter der batter

## Månedens bog

### Epidemiologi for sundhedspersonale

Læseren introduceres til emnet epidemiologi på en enkel og tydelig måde, bl.a. ved hjælp af konkrete eksempler på epidemiologiske fremgangsmåder og analysemuligheder inden for feltet. Flere kapitler afsluttes med studieopgaver.

*Epidemiologi for sundhedspersonale* henvender sig primært til studerende på mellemlange og lange videregående uddannelser inden for folkesundhedsområdet.

Normalpris: 379 kr. **DIN medlemspris: 246,35 (inkl. lev.)**



Indtast din medlemskode på  
[www.gadsforlag.dk](http://www.gadsforlag.dk)

gads forlag



# FAGFESTIVAL 2012

INSEND DIT ABSTRACT SENEST DEN 22. SEPTEMBER

Den 22.-24. marts holder Danske Fysioterapeuter igen Fagfestival.

Kom til Odense og mød kolleger fra hele landet til tre dage med forskning, faglig udvikling og fest.

**Mere end 120 foredrag, workshops og symposier. Foredragsholdere fra ind- og udland.**

Hør blandt andre professor Elizabeth Dean, Canada, tale om "The global crisis of lifestyle conditions and the role of physiotherapists". Fysioterapeut og professor Susan R. Harris, Canada, holder oplæg om bl.a. "Challenging Myths in Physical Therapy". Og fra Holland kommer fysioterapeut, ph.d. Raoul Engelbert med oplæggene "ICF and consequences regarding physiotherapeutical diagnostics, intervention and outcome" samt "Hypermobility, from clinical practice towards research and visa versa".

Følg med på [fysio.dk/fagfestival](http://fysio.dk/fagfestival), der opdateres løbende med nye oplægsholdere.

**Pris ved tilmelding inden 15. januar:**

Fysioterapeuter (kun medlemmer): 2845,- kr.

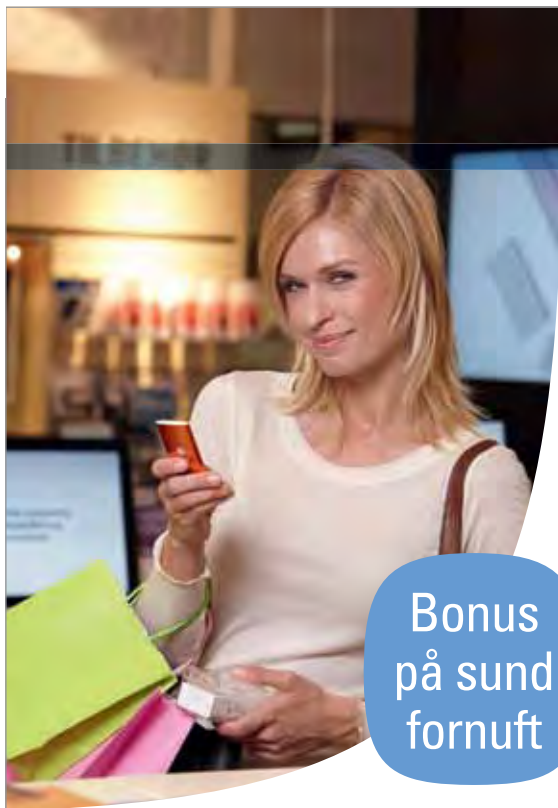
Fysioterapeutstuderende (kun medlemmer): 1500,- kr.

Andre faggrupper: 3345,- kr.

**Ønsker du selv at præsentere et oplæg eller en poster på Fagfestivalen, kan abstracts indsendes frem til 22. september 2011.**



Læs mere på: [fysio.dk/fagfestival](http://fysio.dk/fagfestival)



**Bonus  
på sund  
fornuft**

 **FORBRUGSFORENINGEN**

## Spar penge - mange penge

Som medlem af Danske Fysioterapeuter kan du også blive medlem af Forbrugsforeningen og få glæde af de mange fordele, som foreningen tilbyder.

Du optjener som medlem normalt 9% bonus (nogle steder helt op til 30% bonus), og du kan nu handle i flere end 4.500 butikker med dit betalingskort fra Forbrugsforeningen.

Du kan f.eks. anvende dit betalingskort hos Apollo, Star Tour, FONA, Uno-X, BAUHAUS, METRO Cash & Carry, Knuthenborg Safaripark, BonBon-Land, Falck, THIELE, Skousen, Tæppeland, Computer City, Jupiter Cykler, udvalgte Vera Moda butikker, Paw Sko samt hos Call me og TDC m.fl.

Vi får hele tiden flere butikker tilknyttet, og derfor er det en rigtig god idé at klikke ind på [forbrugsforeningen.dk](http://forbrugsforeningen.dk). Her får du det fulde overblik over alle de butikker, hvor du kan optjene bonus og samtidig se de forskellige butikkers bonussatser og meget mere.

Det er nemt og hurtigt at blive medlem. Tilmeld dig på [forbrugsforeningen.dk](http://forbrugsforeningen.dk), og så er du allerede godt på vej til at spare penge – mange penge.

Velkommen til Bonus på sund fornuft.

Al henvendelse til: Danske Fysioterapeuter, Nørregade 90, 1358 København K. Tlf.: 33 41 46 20

# CHOKBØLGE WORKSHOP

FITPartner afholder nu en række Workshops med fokus på Chokbølge i samarbejde med:

**JAN VINDING**, Fysioterapeut, Exam. Orthopaedic Medicine, MSc stud. Sports Injury Management, Brighton University, UK

## WORKSHOP

- Chokbølge - hvad er det? hvilke teknologier er der?
- Klassiske indikationer + kontraindikationer
- Nyeste forskning
- Hvordan bliver det en succes på Klinikken?
- Info til patienten
- "Hands On", diagnosticering, test, re-test

**Pris for Workshop: Kr. 300,- ex. moms, inklusiv let forplejning**  
**Deltagerantal: 12 personer (maks. 2 personer pr. klinik)**

Kurser afholdes kl. 16.00 - 19.00

05. sep 2011 – København

11. okt 2011 – Odense

15. nov 2011 – Århus

06. dec 2011 – København

17. jan 2012 – Sønderborg

Tilmelding hos Claus Walther, FITPartner  
på tlf. 29 29 09 28 eller mail til [cw@fitpartner.dk](mailto:cw@fitpartner.dk)



**FITPartner**  
www.FITPartner.dk

**STORZ MEDICAL**  
www.storzmedical.com