

fysioterapeuten

19. juni 2009 / 91. årgang

11



Afghanistan

Danmarks udsendte slås ikke kun mod Taleban men også mod smerter, blandt andet på grund af ubehandlede småskavanker, der vokser sig store. 26


Danske Fysioterapeuter

Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

Mail: redaktionen@fysio.dk
www.fysio.dk

Redaktion:

Kommunikationschef
Mikael Mølgaard, ansv.red.
mm@fysio.dk
Faglig redaktør Vibeke Pilmark
vp@fysio.dk
Redaktionschef Anne Guldager
ag@fysio.dk
Sekretær Jonna Søgaard Harup
jsh@fysio.dk

Annoncer:

Panorama Media
Telefon: 70 10 35 33
info@panoramamedia.dk
www.panoramamedia.dk

Kontrolleret oplag 10.608
Kontrolleret af FMK I perioden
1. juli 2007 - 30. juni 2008

91. årgang.

Layout: Woer I Gregorius
Tryk: Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:

Kristian Thorborg
Martin B. Josefsen
Vibeke Grandt
Marianne Telling
Mark Theilmann
Gitte Arnbjerg
Birte Tamberg

ISSN 1601-1465

Forside: MPTT

En bred kvalitetsdiskussion



Dialog fremmer forståelsen, og derfor holdt de fem regionale samarbejdsudvalg på praksisområdet en fælles konference i begyndelsen af juni.

Konferencen havde deltagere fra kommuner, regioner og praksissektor, og målet var at få gang i en bedre og bredere dialog om det fælles ansvar for behandlingstilbuddet i praksissektoren. Baggrunden for konferencen var kommunernes overtagelse af myndighedsansvaret for den vederlagsfrie fysioterapi og det delte myndighedsansvar mellem kommuner og regioner, som nu er virkeligheden for den fysioterapeutiske praksissektor.

Det giver nye forpligtelser for alle parter, og det er ikke nogen hemmelighed, at det ikke har været lige let alle steder. Derfor var konferencen et godt initiativ og en fremragende anledning til at få sat ord på ønsker og forventninger til planlægningen og samarbejdet.

Kommuner og regioner deler myndighedsansvaret for den fælles kapacitet og den fælles planlægning, og derfor er der behov for sammenhæng i tilgangen til praksissektoren. Det betyder, at de fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren skal tænkes ind i det kommunale tilbud, og det betyder, at fælles planlægning om kapacitet og specialisering er nødvendig. Derfor vil vi sikkert se en øget interesse fra kommunerne over for klinikkerne. Hvilke tilbud gives på klinikkerne? Hvordan er fagligheden, og hvilke typer patienter har særlig stor glæde af klinikkerne? Interessen vil dog næppe begrænse sig til en faglig nysgerrig, men vil ganske sikkert også fokusere på økonomi og styring af økonomien. Risikoen er imidlertid altid, at kvalitet hurtigt kommer til at handle kun

om økonomi, effektivitet og begrænsninger i tilbuddet. Folketinget har i lovgivningen været helt klar i målet: Tilbuddet til de vederlagsfrie patienter styres af et sundhedsfagligt vurderet behov og en efterspørgsel fra brugerne. Det er Danske Fysioterapeuter meget enig i. Det bør helt overordnet være således, at det er den samme sundhedsfaglige vurdering, som styrer tilbuddet i sygehusvæsenet, der også er det afgørende parameter i det kommunale sundhedsvæsen.

Kommuner og regioner deler myndighedsansvaret for den fælles kapacitet og den fælles planlægning, og derfor er der behov for sammenhæng i tilgangen til praksissektoren

Der skal mere fokus på det faglige indhold og kvaliteten af det tilbud, der gives til de vederlagsfrie patienter. Det vil vi i Danske Fysioterapeuter meget gerne, for det er en fælles opgave at igangsætte initiativer og skabe rammer for den faglige kvalitet. Det er en del af myndighedsansvaret, og det er en del af vores ansvar. Derfor er der f.eks. brug for forskning og kvalitetsudviklingsprojekter på tværs af klinikker og kommuner og i samarbejde med de praktiserende læger.

På konferencen fik vi så småt taget hul på kvalitetsdiskussionen: Det skylder vi de 50.000 patienter og borgere med handicap, som hvert år modtager den behandling og træning, der er deres dynamo for et godt liv med et handicap.

Johnny Kuhr
Formand for Danske Fysioterapeuter



Fra tanker til handling. En argumentation for, at fysioterapeuter i den kliniske ræsonnering inddrager både en diagnostisk og en narrativ tilgang.

08

Model for klinisk ræsonnering i praksis benyttet på en patientcase.

16



Hvordan definerer man succesfuld ledelse på genoptræningsområdet? Læs lederens eget bud.

23

Mangelfuld fysisk træning og ubehandlede småkavanker giver danske soldater i Afghanistan alvorlige belastningsskader.

26



Fysioterapeut i svinestalden

Fysioterapeut Charlotte Duus Christensen har fundet en alternativ anvendelsesmulighed for sine fysioterapeutiske kompetencer. Hun er netop blevet udlært som landmand efter at have været i mesterlære på sin fædrede gård med 6000 grise og fortæller i Aabenraa Ugeavis, hvordan hendes to fag kan komplettere hinanden: "Jeg kan jo se, hvis de små grise halter eller bevæger sig forkert. Så undersøger jeg dem straks og giver dem den rigtige behandling", forklarer Charlotte Duus Cristensen, der desuden har indført morgengymnastik for de ansatte på gården.

BØRN

søges til forskningsprojekt

HJERNESKADE. / Center for Hjerneskade i København efterlyser børn i alderen 7-12 år (muligvis 6-16 år), der kan indgå i et forskningsprojekt, der skal undersøge effekten af vægtaflastet træning på gangfunktionen hos børn med en erhvervet hjerneskade. Projektet udføres i samarbejde med ganglaboratoriet på Hvidovre Hospital. Barnet kommer til at træne gangfunktionen på løbebånd aflastet af en sele, der er fastgjort til et stativ. Projektet indebærer testning af gangfunktion to gange før og én gang efter træningsforløb. Testningen foregår på Hvidovre Hospitals ganglaboratorium (inklusive videooptagelse), på Center for Hjerneskade og i hjemmet. Træningsforløbet på otte uger foregår på Center for Hjerneskade, hvor der trænes tre gange



om ugen. Hver træningsgang varer ca. en time og indeholder konditionstræning og styrketræning igennem leg med brug af børnevenligt styrketræningsudstyr samt vægtaflastet træning på løbebånd med indlagte pauser. Træningen er intensiv, og barnets puls måles for at sikre konditionsmæssige træningsværdier. Der skal være gået mindst et år siden skaden, og børnene skal have været normalt fungerende før skaden. Træningen er gratis og giver mulighed for at få individuel fysioterapeutisk vejledning samt intensiv træning. Projektet forløber til og med 2010. For yderligere oplysninger kontakt fysioterapeut Birgitte Sommer (bs@cfh.ku.dk, tlf: 3332 9044) eller projektleder, fysioterapeut Caroline Verbeek (cv@cfh.ku.dk).

Kliniske retningslinjer for KOL


BELGIEN/ En systematisk gennemgang af den foreliggende litteratur gennemført af en række internationale forskere primært fra Belgien har ført til nye belgiske kliniske retningslinjer for KOL i forhold til fysioterapi. 103 studier er inkluderet, deriblandt fire metaanalyser og 84 RCT-studier. Det understreges i anbefalingerne, at fysisk træning bør være det primære satsningsområde eventuelt kombineret med intervention, der skal mindske dyspnø. Retningslinjerne er publiceret online på tidsskriftet Clinical Rehabilitation's hjemmeside, hvor man der er gratis adgang til abstrakt.

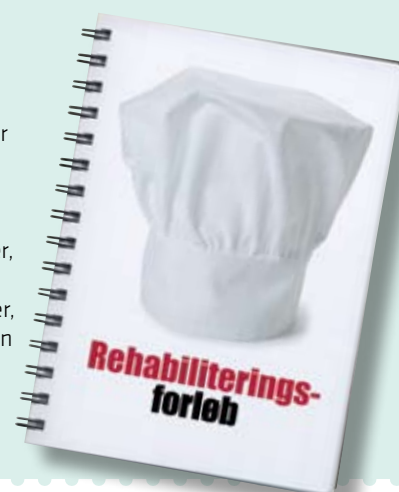
 <http://cre.sagepub.com>

D. Langer et al. A clinical practice guideline for physiotherapists treating patients with chronic obstructive pulmonary disease based on a systematic review of available evidence. Clin Rehabil 2009;23:445 originally published online Apr, 2009; DOI: 10.1177/026921550910350

En kogebook over det bedste Rehabiliteringsforløb

PRISKONKURRENCE/ Helsefonden har udskrevet en priskonkurrence. Deltagerne i konkurrencen skal i en prisopgave på maksimalt 10 sider gøre rede for, hvordan man kan opnå det optimale rehabiliteringsforløb. Førstepremien er 50.000 kr., andenpremien 25.000 kr. og tredjepræmien er 10.000 kr. Besvarelserne må gerne have form som en slags drejebog eller kogebook med praktiske anvisninger på, hvorledes der konkret kan arbejdes sammen i et komplekst rehabiliteringsforløb med mange forskellige aktører. I besvarelsen skal man forholde sig til såvel tværfaglige, tværsektorielle, metodiske, strukturelle som organisatoriske aspekter. Der lægges vægt på besvarelser, der demonstrerer, hvordan der skabes sammenhæng og koordinering i et rehabiliteringsforløb og mellem de involverede borgere, faggrupper og sektorer. Der lægges endvidere vægt på besvarelser, der har blik for praksis, og som skitserer rehabiliteringsforløb, der er praktisk gennemførlige og kan implementeres. Sidste frist for indsendelse er 1. oktober 2009. For yderligere information

 www.sygekassernes-helsefond.dk





God bedring!
- os fra jobbet

IKKE ALT KAN LØSES MED CHOKOLADE

- men en samtale om sygefravær kan få dig tilbage

Naturligvis er det dejligt at få chokolade fra arbejdet, når du bliver syg. Men hvad gør du, når chokoladerne er spist, og sygdommen trækker ud?

Mange offentligt ansatte rammes af lang tids sygdom. Hvert år. En dag kan det være dig. Men heldigvis kan du i langt de fleste tilfælde komme tilbage på jobbet.

Første skridt er, at du og din leder sætter jer sammen og taler om, hvordan du har det, og om arbejdspladsen kan gøre noget for, at du kan komme tilbage.

Se film og læs mere på www.RaskSnak.dk. Også selv om du ikke selv er syg, er det godt at kende til samtaler om sygefravær, hvis nu en af dine kolleger skal have chokolade en dag.

RaskSnak.dk



Ældre

har **ikke** mere rygbesvær end yngre


FORSKNING/ Ældre har ikke nødvendigvis flere rygsmerter end yngre. Det viser et nyt forskningsprojekt fra Institut for Idræt og Biomekanik på Syddansk Universitet publiceret i BMC Musculoskeletal Disorders. Næsten 35.000 tvillinger fra det danske tvillingeregister indgik i studiet, der var en del af et større spørgeskemastudie udarbejdet af en tværfaglig gruppe. Spørgeskemaet var på 20 sider, og spørgsmål om de generelle rygproblemer i gruppen var en lille del af undersøgelsen. Tvillingerne var mellem 20 og 71 år og i store træk repræsentative for den danske befolkning. Lidt over halvdelen af de inkluderede rapporterede, at de havde haft ondt i ryggen i løbet af det sidste år. 80 procent af dem med rygsmerter rapporterede kun smerter fra ét område af ryggen. De fleste havde lændesmerter, og der var flere med udstrålende smerter til benene (22 procent) i forhold til armene (16 procent). Kun fire procent angav udstråling i thorakaldelen. Kvinder rapporterede oftere smerter, og der var en tendens til, at de ældre oftere havde smerter af længere varighed. Det overraskede forskerne, at de ældre tvillinger ikke angav flere smertefulde områder

i ryggen sammenlignet med de yngre. Smertemønsteret hos unge og ældre viste sig også at være ens. Det viste sig blandt andet ved, at rygsmerterne hos både unge og ældre typisk varede 8-30 dage. Rygproblemerne debuterede generelt i 20-årsalderen, blev værre midt i livet og klingede herefter af. Forskerne påpeger, at især at rygsmerterne midt-thorakalt overrasker. Selv om problemerne i denne del af ryggen er sjældne, viser det sig, at de følger samme mønster for lænde- og nakkeproblemer. Det kunne tyde på at der også i dette område af ryggen findes uspecifik lænderygsbesvær, og at klinikere måske ikke behøver at frygte en alvorligere patologi. Artiklen, der beskriver studiet, kan frit downloades fra BMC Musculoskeletal Disorders.

Charlotte Leboeuf-Yde, Jan Nielsen, Kisten Kyvik, René Fejre, Jan Hartvigsen. Pain in the lumbar, thoracic or cervical regions: do age and gender matter? A population-based study of 33,902 Danish twins 20-71 years of age. BMC Musculoskeletal Disord. 2009;10:39. Online publicering: pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2678974

EUROPÆISKE RETNINGSLINJER FOR UDREDNING OG BEHANDLING AF BÆKKENS MERTER

FORSKNING/ En gruppe europæiske forskere herunder den danske fysioterapeut, ph.d. Hanne Albert har udviklet fælles retningslinjer for diagnosticering og behandling af smerter i bækkenet. Retningslinjerne er publiceret i European Spinal Journal i 2008. Man kan finde et link til retningslinjerne på Fag og Forsknings temaside under bækken, hofte, knæ, ankler og skulder.

 fafo.fysio.dk/temaer

*European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain
Eur Spine J DOI 10.1007/s00586-008-0602-4*

Specialist i sundhedsfremme og forebyggelse

SPECIALISTORDNING/ Sven Dalgas Casper er blevet godkendt som specialist i sundhedsfremme og forebyggelse. Man kan finde de øvrige specialister i specialistdatabasen på

Rul ud med BAUTA



BAUTA Forsikring har en af landets bedste campingvognsforsikringer, som også dækker teltvogne.

BAUTA har forbedret sin Campingvognsforsikring. Vi har sat prisen ned og samtidig gjort dækningen endnu bedre. Dette er som følge af, at campinglivet bliver mere og mere populært, og flere sætter pris på den uformelle og frie rejseform - om det er for at køre ud i sommerlandet eller for at udforske Europa.

Vores forsikring omfatter bl.a.:

- Erstatning svarende til nyprisen for vognen inden for det første år.
- Erstatningsvogn, hvis planlagt campingferie til udlandet ikke kan gennemføres.
- Dækning af skade ved oversvømmelse og el-skade.
- Dækning af indbosum på 20.000 kr. Summen kan forhøjes, så den passer dit behov.



Forsikringen dækker hele året og i hele Europa.

Du kan få mere at vide om vores Camping- og teltvognsforsikring på www.bauta.dk - her kan du bl.a. beregne prisen og læse mere om dækninger og vilkår.



BAUTA FORSIKRING A/S

www.bauta.dk - Tlf.: 3315 1545



I artiklen argumenteres der for, at fysioterapeuter i den kliniske ræsonnering inddrager både en diagnostisk og en narrativ tilgang. Artiklen præsenterer en model for ræsonnering, der kan implementeres af alle fysioterapeuter inden for alle områder af faget

Fra tanker til handling

- vejen til en klinisk beslutning

AF: FYSIOTERAPEUTERNE INGE RIS,
KRISTOFFER DALSGAARD OG
HANS KROMANN KNUDSEN
iris@fysioterapiogsmerteklinik.dk

ILLUSTRATION: GITTE SKOV

 fysio.dk
muskuloskeletal.dk

→ **En systematisk tilgang** til klinisk ræsonnering sikrer, at fysioterapeuten er bevidst om baggrunden for sine kliniske valg. Det giver fysioterapeuten mulighed for at evaluere, justere og revidere sine kliniske valg, hvilket er med til at kvalitets sikre behandlingen. En stringent tilgang til den kliniske ræsonnering er forudsætningen for en god journalføring og dokumentation af det kliniske arbejde. På denne baggrund valgte kvalitetsudviklingsudvalget i Dansk Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi sidste år at sætte fokus på den kliniske ræsonnering. Målet var gennem et litteraturstudie at udarbejde anbefalinger for fysioterapeuters kliniske ræsonnering. Der foreligger en udførlig rapport om emnet på www.muskuloskeletal.dk. Denne artikel er en kort opsummering af resultaterne og anbefalingerne. Der er gennemført en del forskning på området, og denne forskning baserer sig både på fysioterapeuters og delvis ergoterapeuters kliniske hverdag. Denne artikel skal således ikke kun læses i et muskuloskeletal perspektiv.

I artiklen introduceres forskellige teorier inden for klinisk ræsonnering, og der præsenteres en struktureret model for ræsonnering. Modellen er anvendt i Anders

Skov Hansens præsentation af et behandlingsforløb af en patient med subacromielt impingementsyndrom, der er beskrevet i artiklen på side 16.

HVAD LAVER JEG I MIN HVERDAG?

At tage beslutninger om, hvordan vi skal håndtere vores patienter, er noget, som fysioterapeuter gør hver dag - mange gange.

Vi vælger for eksempel at undersøge funktion, stabilitet af anklen og foden hos den patient, som har forstuvet sit ankelled og kommer med smerter i den subakutte periode. Ofte indgår der mange overvejelser i vores kliniske beslutninger, som ikke er så indlysende. Hvis vi først møder denne patient seks måneder efter skaden, indgår der også andre faktorer i den kliniske ræsonnering. Det kunne for eksempel være: Hvorfor er patienten fortsat forpint? Kan der være andre sygdomme involveret? Hvordan håndterer patienten denne situation? Er patienten bange for at belaste sin fod, eller overbelaster han den konstant?

I kontakten med patienten står vi alle sammen med overvejelser om bagvedliggende diagnose og den eventuelle dysfunktion kombineret med overvejelser om







patientens forståelse og håndtering af problemet og hans forventninger til resultatet. Disse forskellige typer af overvejelser har direkte indflydelser på vores håndtering af patienten og gælder for alle terapeuter, uanset om de arbejder med patienter med et muskuloskeletal problem, en neurologisk lidelse eller med børn med motoriske udviklingsproblemer.

AT TÆNKE KOMPLEKST UDEN AT MISTE OVERBLIKKET

Når vi som fysioterapeuter står over for en patient og skal finde frem til den rette intervention, bevæger vores kliniske overvejelser sig på flere niveauer. Megen tankevirksomhed foregår på det ubevidste plan. Tavs viden, mønstergenkendelse, ubevidste short cuts i tankerækken er udtryk for, at vi tænker på mange niveauer samtidig. Når disse tanker udmunder i en beslutning, som det sker mange gange dagligt, ligger der overvejelser bag baseret på mange faktorer.

Vi kunne få større indsigt i denne proces ved at dele den op i mindre bidder. På

den måde ville vi som klinikere blive mere bevidste om, hvorfor og hvordan vi vælger netop den intervention, som vi gør. Det er først, når tankerne bliver bevidste, at vi kan diskutere dem med andre og reflektere over vores måde at gøre tingene på. Vi kan på den måde blive bekræftet, ændre eller måske tilføje nye perspektiver til vores beslutningsproces.

VÆK FRA APPARATFEJLSMODELLEN

Fysioterapeuter har igennem tiderne lænet sig op ad lægernes diagnostiske, medicinske tankegang i mødet med patienten, men der er i dag en større forståelse for, at denne tankegang er utilstrækkelig (Edwards 2001, Jones, Jensen & Edwards 2008). Fysioterapeuter træffer dagligt kliniske beslutninger om udredning og behandling af patienter, men der træffes også beslutninger relateret til interaktionen med patienter.

Den fysioterapeutiske vurdering af patienten og hans problem foregår derfor på flere niveauer (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jamtvedt 2003). Fysioterapeutens

fagudøvelse og beslutninger baserer sig både på erfaringer, værdier, patientens præferencer og på god og relevant forskningsbaseret viden (Jamtvedt 2003), hvilket rækker langt ud over den traditionelle apparatfejlsmodel.

Dette kaldes "evidence based practice", evidensbaseret praksis. Evidensbaseret praksis (EBP) sikrer en effektiv og virkningsfuld praksisudøvelse (Sackett et al. 1996, Sackett et al. 2000). EBP er den foretrukne model inden for såvel medicin (Sackett et al. 2000) som fysioterapi (Herbert et al. 2005).

Der har, siden Sackett præsenterede den originale definition og model for EBP i 2000, været et skift mod at integrere videnskabelig evidens med klinisk ekspertise, patientværdier og forventninger i den kliniske beslutningsproces (Sackett et al. 2000, Herbert et al. 2005, Portney 2004). Fysioterapeuter er desuden begyndt at anvende WHO's Internationale Klassifikation af Funktionsevne (ICF). ICF er en klassificering til vurdering af patienten på funktionsniveau, aktivitetsniveau og

deltagelsesniveau. ICF anskuer funktionsniveau i et bredt og dynamisk perspektiv. Denne klassificering integrerer det medicinske og naturvidenskabelige med det psykosociale og humanistiske menneskesyn (World Health Organization 2001). ICF tænkes ind i den kliniske ræsonnering som et værktøj til at sikre, at alle patientens ressourcer og begrænsninger bliver inddraget. I fysioterapi er ICF i dag en fælles referenceramme for undersøgelse, behandling og målsætning.

HVAD ER KLINISK RÆSONNERING?

Klinisk ræsonnering defineres som "en proces, hvor klinikerne interagerer med patienter, brugere, kollegaer, sundhedssystemet og strukturerer meninger, mål og sundhedsstrategier baseret på kliniske data, patientens ønsker og professionelle vurderinger og viden" (Higgs, Jones 2000, Jones, Jensen & Edwards 2000).

Der indgår følgende nøgleord i denne definition:

- at klinisk ræsonnering indeholder både proces og resultater og er interagerende,
- at patientens valg er centrale i beslutningsprocessen, og
- at fokus for den kliniske ræsonnering er bred og relateret til det at skabe mening og samarbejde omkring mål og behandling.

Klinisk ræsonnering er den reflekterende tankeproces, som fører behandler sammen med patienten frem til en handling for at opnå de mål, som behandler og patient har sat. Handlinger baseres på viden fra kliniske fund, teori/forskning og empiri og patientens egne ønsker.

Det er denne proces, som fysioterapeuter går igennem med alle deres patienter hver dag for at komme frem til relevante og velovervejede interventioner. Interventionerne baserer sig på mange oplysninger. Den biomekaniske vurdering af patienten er kun en del af de oplysninger, der indgår. Det er vigtigt også at inddrage patientens egen forståelse, forventninger, meninger og ønsker om sit problem i beslutningerne. Overordnet skelnes der således mellem den diagnostiske og narrative ræsonnering.

Narrativ betyder her fortællingen, patientens livsverden og historie.

DIAGNOSTISK OG NARRATIV RÆSONNERING

Edwards har udarbejdet en model, som afspejler interaktion og sammenhæng mellem diagnostisk ræsonnering og narrativ ræsonnering (figur 1). Modellen sætter håndteringen af patienten i centrum omgivet af to poler, en diagnostisk-biomedicinsk pol og en narrativ, fortællende pol. Den diagnostiske pol repræsenterer ræsonnering omkring vævspatologi, sygdomme og fysiske funktionsproblemer. Den narrative pol repræsenterer patientens sygdomsoplevelse, lidelse, historie, forestillingerne, kontekst, tro og kultur.

Mellem disse to poler udvikles overvejelser om handling, håndteringen af patienten og dennes problem samt de forskellige mestringsstrategier, som skal anvendes i behandlingsforløbet.

Det er denne kompleksitet, fysioterapeuten står over for i den kliniske hverdag, hvor der er en konstant bevægelse mellem polerne i den kliniske ræsonnering. Undersøgelsen af patienten fører til diagnoser og hypoteser. Narrativer fører til forståelse og holdninger til de stillede diagnoser og hypoteser hos både patient og hos fysioterapeut. Samlet fører begge tilgange til handling (intervention). I den handling indgår overvejelser, som vedrører undervisning, samarbejde og en stillingtagen til anvendelse af udvalgte behandlinger (procedurer), etiske problemer og prognose (Edwards 2001, Jones, Jensen & Edwards 2008).

Fysioterapeuten skal kunne håndtere både de mulige fysiske diagnoser og patientens livsverden. Patientens historie skal give en viden om, hvordan patientens liv har medvirket til at udvikle og muligvis vedligeholde det aktuelle problem, og hvordan patientens livsverden bliver påvirket af dette problem. Hvad tænker patienten om årsagen til problemet, hvilke vedligeholdende faktorer er der, og hvilken behandling, mål og prognose skal der sættes ind med? Hvordan håndterer patienten sin tilværelse i forhold til det aktuelle problem? Hvordan

håndterer patienten sine smerter, og hvad er vedkommendes sygdomsoplevelse?

Det kan være meget forskelligt, hvor og hvordan man skal sætte ind som fysioterapeut. En patient med diskusprolaps har måske behov for udredning, behandling, information og retningslinjer for mestring af hverdagen. En anden patient med diskusprolaps har måske mere brug for omsorg og undervisning om, hvad problemet er, og hvilken betydning det kan få.

OTTE HYPOTESEKATEGORIER

For at kunne forstå patientens problem kræves det, at fysioterapeuten søger oplysninger om aktiviteter, som patienten ikke kan deltage i, patientens perspektiv på egne oplevelser og de funktionsbegrænsninger, vedkommende har. Disse informationer sættes i relation til de mulige smertemekanismer, som er i spil hos patienten, hvilke strukturer der kan være symptomgivende, mulige vedligeholdende faktorer, eventuelle forholdsregler eller kontraindikationer, behandlingen og prognosen. Samlet repræsenterer disse informationer forskellige kategorier i hypotesegenerering (tabel 1), som kan anvendes i den kliniske ræsonnering for fuldt ud at forstå patienten og dennes problem og for at kunne tilrettelægge en hensigtsmæssig behandlingsplan (Jones, Jensen & Edwards 2008).

Hypotesekategorierne benyttes som et værktøj til systematisk at indsamle og anvende kliniske fund og til at træffe hensigtsmæssige beslutninger i klinisk praksis. Hypotesegenerering, prioritering og kliniske beslutninger indgår som en naturlig del i den patientcentrerede kliniske ræsonneringsmodel.



Tabel 1. Hypotesekategorier

Her følger en kort beskrivelse af hypotesekategorierne:

1. Aktivitet og deltagelse

1. Aktivitet og deltagelse/ressourcer og begrænsninger (ICF-rammen)

Hypoteser i denne kategori vedrører patientens funktions- og aktivitetsbegrænsninger. Begrænsninger i deltagelse refererer til problemer med deltagelse og involvering i det sociale liv, arbejdsliv og fritidsliv. Patienten kan for eksempel have svært ved at løfte armen og tage tøj på (aktivitet og funktion) og kan ikke klare sin idræt (deltagelse). En ændring af disse begrænsninger i aktivitet og deltagelse er ofte patientens mål for behandlingen (Jones, Jensen & Edwards 2008).

2. Patientens perspektiv på egen situation

2. Patientens perspektiv på egen situation

Patientens perspektiv på egen tilstand og situation beskrives oftest i litteraturen som patientens psykosociale og mentale status eller som patientens smerte- og sygdomsoplevelse. I denne hypotesekategori indgår overvejelser vedrørende patientens egen forståelse og mening om sit problem i relation til sin situation og ressourcer.

3. Vævsheling og smertemekanismer

3. Vævsheling og smertemekanismer

Fysioterapeuten overvejer, hvordan smerter og andre symptomer er startet og vedligeholdt i og af nervesystemet. Smertemekanismerne refererer til smertens inputmekanismer, centrale processer og outputmekanismer, som ligger bag patientens begrænsninger i funktion, aktivitet og deltagelse. Hypotesekategorien omkring smertemekanismer ansporer således fysioterapeuten til at overveje, om der er nociceptive smerter, eller om der er perifere nerver, der er involveret i smerterne som del af inputprocessen. Fysioterapeuten udvikler også overvejelser om den centrale bearbejdning og reaktionerne (output) på disse, som ses i symptomer og fund ved den kliniske undersøgelse.

4. Involverede symptomgivende strukturer og funktionsændringer

4. Symptomgivende strukturer og funktionsændringer

Fysioterapeuten anvender sine diagnostiske undersøgelsesteknikker og overvejer, hvilke strukturer der kan være ansvarlige for smerter eller andre symptomer. Ledkapsel, ligamenter, muskler, nerver, blodkar er eksempler på strukturer, som kan være symptomgivende og resultere i funktionsforstyrrelser. Opstilling af hypoteser om strukturer giver mulighed for at lave en systematisk og struktureret behandlingsplan.

5. Vedligeholdende og prædisponerende faktorer

Vedligeholdende faktorer er alle prædisponerende og associerende faktorer, som er med til at udvikle eller fastholde patientens problem. Disse faktorer kan være betinget af kontekstuelle eller psykosociale forhold eller have en adfærdsmæssig, fysisk, biomekanisk eller arvelig karakter. Fysioterapeuten skal overveje, hvilke af disse mulige faktorer der har en relevant påvirkning på patientens problem og prognose og forholde sig til håndtering af disse.

5. Vedligeholdende og prædisponerende faktorer

6. Særlige hensyn og kontraindikationer

Hypoteser omkring særlige hensyn og kontraindikationer for undersøgelse og behandling er afgørende for, hvordan undersøgelse og behandling udføres sikkert for patienten, eller om undersøgelse og behandling er direkte kontraindiceret eller i nogen grad begrænset. Fysioterapeuten skal tage stilling til mulige røde flag i relation til behandlingen. Hvis behandling er mulig, skal fysioterapeuten vurdere, om der er tale om smerteprovokerende eller ikke smerteprovokerende undersøgelse/behandling, og hvor meget eller hvor lidt kraft og progression der kan anvendes.

6. Særlige hensyn og kontraindikationer

7. Håndtering og behandling

I denne hypotesekategori retter den kliniske ræsonnering sig både mod en overordnet interventionsplan og mod mere specifikke målinger, test og behandlingsteknikker. Beslutningerne omkring behandling og den generelle håndtering af patienten bygger på en vægtning af samtlige oplysninger fra de øvrige hypotesekategorier. Beslutningen revurderes løbende under hele behandlingsforløbet.

7. Håndtering og behandling

8. Prognose

8. Prognose

En estimering af patientens respons på og udbytte af behandlingen sker gennem en prognostisk vurdering (Edwards 2001, Jones, Jensen & Edwards 2000, Jones, Rivett 2004). Fysioterapeuten skal være i stand til at forudsige fremtidige scenarier ud fra kliniske overvejelser om patientens præsentation og reaktion på behandling baseret på klinisk viden og videnskabelig evidens. Fysioterapeuten kan på baggrund af disse hypoteser overveje mulige, realistiske forventninger til og mål for behandlingsforløbet.



MODEL FOR RÆSONNERING – EN OPSUMMERING

Den kliniske ræsonnering foregår således på mange forskellige niveauer samtidig. Overordnet opdeles den i to hovedgrupper: diagnostisk ræsonnering, narrativ ræsonnering og fører frem til overvejelser vedrørende handling og behandling og omfatter således alle otte hypotesekategorier (figur 1).

Diagnostisk ræsonnering og narrativ ræsonnering er refleksioner som vedrører især vurderingen, udredningen af patienten og planlægning af behandlingsmetoder, -teknikker og -mål. Disse to overordnede principper for ræsonnering er konstant under indbyrdes påvirkning. I forbindelse med den diagnostiske og narrative ræsonnering opstilles hypoteser ud fra hypotesekategorierne.

I forbindelse med den diagnostiske ræsonnering opstilles hypoteser inden for følgende kategorier:

- Vævsheling, smertemekanismer
- Symptombgivende strukturer, funktionsændringer
- Kontraindikationer, særlige hensyn
- Vedligeholdende og prædisponerende faktorer (biomekanisk)

I forbindelse med narrativ ræsonnering opstilles følgende hypotesekategorier:

- Aktivitet og deltagelse – ressourcer og begrænsninger (ICF-rammen)
- Patientens perspektiv på egen situation
- Vedligeholdende og prædisponerende faktorer (psykosocial)

PROCEDURE, INTERAKTION, SAMARBEJDE, UNDERVISNING, PROGNOSE OG ETIK

Diagnostiske og narrative overvejelser fører frem til en beslutning vedrørende håndtering af patienten, behandlingsmetoder og kommunikation. I en kvalitativ undersøgelse, som Edwards et al gennemførte i 2004,

Figur 1. Model for klinisk ræsonnering

Klinisk Ræsonnering

Diagnostiske overvejelser:

- Kontraindikationer og røde flag
- Symptombgivende strukturer
- Smertemekanismer
- Vedligeholdende biomekaniske faktorer

Narrative overvejelser:

- Patientperspektivet
- Deltagelse og aktivitet
- Vedligeholdende psykosociale faktorer

Mål og forventninger

Behandlingsovervejelser:

- Metoder, teknikker, øvelser, træning
- Undervisning, vejledning, rådgivning
- Samarbejde
- Interaktion
- Prognose
- Etik



kom de frem til, at fysioterapeuten uanset speciale (neurologi, muskuloskeletal), grupperer deres vurderinger vedrørende patienthåndtering i temaer (Edwards, et al. 2004). Disse temaer er: procedure, interaktion, samarbejde, undervisning, prognose og etik (Jones, Jensen & Edwards 2008, Edwards et al. 2004). Disse skal ikke tænkes som rangordnede undergrupper men mere som sidestillede temaer, der kommer i spil i den del af et patientforløb, hvor patientens håndtering planlægges, vurderes og tolkes.

Procedurer

Dette tema berører de overvejelser og beslutninger, der ligger bag valg af behandling, teknik eller test for at undersøge og behandle patienten (Jensen 2000). Fysioterapeuten er kommet frem til disse gennem en vurdering af patienten på funktions-, deltagelses- og aktivitetsniveau (Jones, Jensen & Edwards 2008, Unsworth 2005, Jones et al. 2006, Jones et al. 2006b, Edwards, Jones 2006).

Interaktion

Dialogen og interaktionen mellem patient og fysioterapeut er vigtig. Her tages beslutninger om, hvordan der skal kommunikeres for at opnå en meningsfuld interaktion. Der skal træffes et bevidst valg

for kommunikationen for at kunne bevare en meningsfuld interaktion (Jensen 2000, Edwards, Jones 2006). Fysioterapeuten forsøger at forstå patienten og de oplevelser, patienten har med sin sygdom. Der dannes en fælles forståelsesramme, og derfra kan interaktionen udvikles.

Samarbejde

Denne proces holdes i gang af begge parter. Fysioterapeut og patient skaber konsensus om tolkning af undersøgelsesfund, og disse danner baggrund for de fælles opstillede mål for behandlingen. I denne hypotese-kategori samles overvejelser vedrørende prioritering af behandlingsstrategier, implementering og progression for at opnå et optimalt forløb (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jensen 2000, Edwards et al. 2004a, Edwards, Jones & Higgs 2004b).

Undervisning

Fysioterapeuten skal vurdere indhold og mængde af viden, der gives til patienten for at få denne til at opnå indsigt i egen situation. Overvejelser berører den valgte metode for undervisning og mængde af den information, der skal gives hver gang. Ved at undervise patienten om dennes skade/smerte, kan de nødvendige interventioner bedre modtages og implementeres hos patienten (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jensen 2000).

Prognose

Fysioterapeuten overvejer den prognose og de forventninger, hun og patienten har i forhold til smertelindring og forbedring af livskvalitet. Overvejelserne baseres på diagnostisk og narrativ ræsonnering og de mål, patienten sætter. Fysioterapeuten forsøger at være fremsynet med de valg, patienten og fysioterapeuten træffer, og hvilke komplikationer eller fordele der kan være forbundet med de trufne valg. Fysioterapeuten reflekterer over følgerne og reaktionerne efter behandlingen og de informationer, patienten får i forløbet (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jensen 2000). Prognosen justeres løbende og berører både funktions-, aktivitets- og deltagelsesniveau.

Etik

Fysioterapeuten overvejer, hvilke etiske og praktiske dilemmaer der kan have en påvirkning på både igangsatte interventioner og ønskede målsætninger. De konsekvenser, det må have for patientens problem overvejes nøje (Jensen 2000). Det er vigtigt, at overvejelser omkring etikken er gennemsigtig for alle involverede parter, så dialogen mellem patient og behandlere styrkes (Kaldjian 2005).

SAMMENFATNING

Vores litteraturgennemgang viste, at modellerne for klinisk ræsonnering udvikles løbende. Klinisk ræsonnering og beslutningstagen på tværs af alle hypotese-kategorier sker samtidig og med varierende vægtning, afhængig af konteksten og den enkelte patients kliniske situation og problemstilling. Jones med flere har gennem flere år arbejdet med at udvikle hypotese-kategorier som et værktøj eller metode til at organisere viden (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jones, Rivett 2004). Disse hypotese-kategorier anvendes i dag i Danmark. Der er forskning, som støtter hypotese-kategorierne, og som viser, at fysioterapeuter genererer og tester hypoteser om diagnostik og behandling/håndtering gennem deres arbejde med patienter (Doody, McAteer 2002).

Ud fra vores litteraturgennemgang konkluderer vi, at klinisk ræsonnering kan inddeles i to principper for ræsonnering: diagnostik og narrative, der fører til overvejelser om håndtering. Disse tre dele af den kliniske ræsonnering skal ses i sammenhæng og giver bredde og dybde til de opstillede hypoteser og dermed til patientens situation og de problemer, patienten præsenterer inden for rammerne af ICF.

Den diagnostiske og narrative ræsonnering bidrager sammen med hypotese-kategorierne til, at fysioterapeuten og patienten kan skabe det store billede af patienten og de aktuelle klager. Det store billede skal hjælpe fysioterapeut og patient til at træffe beslutninger omkring intervention og fremtidige mål.

Fysioterapeuter er traditionelt skolet i den diagnostiske ræsonnering. Denne ræsonnering vedrører primært vævspatologi,

Kvalitetsudviklingsudvalget

i Dansk Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi har udarbejdet deres andet projekt. Første projekt var et litteraturstudie om sikkerhedstest for cervikal column og formidling af den nye viden igennem artikler, en rapport og workshops. Litteraturstudiet udkom i 2008. Det års projekt er en opdatering af viden om klinisk ræsonnering. Den bagvedliggende rapport kan fra den 1. juli downloades på



www.muskuloskeletal.dk

OM FORFATTERNE

Inge Ris, DipMT, master i rehabilitering, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, Fysioterapi- og smerteklinik. **Kristoffer Dalsgaard**, exam. mt, Klinik for fysioterapi Vejle. **Hans Kromann Knudsen**, DipMT, master i rehabilitering, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, lektor i fysioterapi, University College Lillebælt.



sygdomme og fysiske funktionsproblemer, der kan måles og afprøves. Vi mener, at klinikeren i samme grad skal skoles i den narrative ræsonnering og i ræsonneringen over håndtering af patienten. Denne ræsonnering skal afspejles i de handlinger, fysioterapeuten udfører. For at blive bevidst om, hvordan og hvorfor patienten og fysioterapeuten træffer de valg, de gør, kan fysioterapeuten benytte den beskrevne model for klinisk ræsonnering.

Ved anvendelse af hypotesekategorier bevidstgør fysioterapeuten sine valg af hypoteser og kan revurdere dem i forløbet med patienten. Skriftliggørelsen af hypoteserne er med til at gøre tavs viden synlig og bevidst. Det tvinger terapeuten til at tage et valg og prioritere hypoteser blandt mange mulige. Desuden er det med til at sikre en fyldestgørende journal.

IMPLEMENTERING

Men hvordan kan man komme i gang med at bruge en mere systematisk tilgang til den kliniske ræsonnering? Vi vil foreslå, at fysioterapeuter tager emnet op på arbejdspladserne og gennemgår den skitserede model. Som hjælp til arbejdet med at udvikle den kliniske ræsonnering er der udarbejdet en plakat, der kan hænge på opslagstavlerne på arbejdspladsen. Plakaten er publiceret på fysio.dk/Fag og Forskning.

For at stimulere fysioterapeuter til at implementere anbefalingerne i praksis afholder Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi workshop forskellige steder i løbet af 2009.

Dette projekt er kommet i stand med støtte af Danske Fysioterapeuternes Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi, Gigtforeningen og Praksisfonden. ●

REFERENCER

Doody, C. & McAteer, M. 2002, "Clinical reasoning of expert and novice physiotherapists in an outpatient orthopaedic setting", *Physiotherapy*, vol. 88, pp. 258-268.

Edwards, I. et al. 2004, "Clinical reasoning strategies in physical therapy", *Physical therapy*, vol. 84, no. 4, pp. 312-330.

Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A. & Jensen, G.M. 2004, "Clinical reasoning strategies in physical therapy", *Physical Therapy*, vol. 84, no. 4, pp. 312-30; discussion 331-5.

Edwards, I., Jones, M., Carr, J. et al. 2004a, "Clinical reasoning strategies in physical therapy", *Physical Therapy*, vol. 84, no. 4, pp. 312-335.

Edwards, I., Jones, M. & Higgs, J.e.a. 2004b, "What is collaborative reasoning?", *Advances in Physical Therapy*, vol. 6, pp. 70-83.

Edwards, I. 2001, *Clinical Reasoning in Three Different Fields of Physiotherapy: A Qualitative Case Study Approach*, Unpublished thesis submitted in partial fulfillment of the PhD in Health Sciences edn, University of South Australia, Adelaide, Australia.

Edwards, I. & Jones, M., Hiller 2006, "The interpretation of experience and its relationship to body movement: A clinical reasoning perspective", *Manual therapy*, vol. 11, pp. 2-10.

Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J. & Birger Haden, K. 2005, *Practical evidence-based physiotherapy*, Elsevier, London, UK.

Higgs, J. & Jones, M. 2000, "Clinical reasoning in the health professions." in *Clinical reasoning in the health professions*, eds. J. Higgs & M. Jones, 2nd edn, Butterworth-Heinemann, Oxford, UK, pp. 3-14.

Jamtvedt, G. 2003, *Kunnskabsbasert fysioterapi. Metoder og arbejdsmåter*, Gyldendal, Denmark.

Jensen, G.e.a. 2000, "Expert practice in physical therapy", *Physical therapy*, vol. 80, no. 1, pp. 28-43.

Jones, M. et al. 2006, "Challenges in applying best evidence to physiotherapy part 1", *Internet journal of allied health science and practice*, vol. 4, no. 3, pp. 1-8.

Jones, M., Grimmer, K., Edwards, I., Higgs, J. & Trede, F. 2006b, "Challenges in applying best evidence to physiotherapy practice: part 2 -

health and clinical reasoning models to facilitate evidence-based practice", *The Internet journal of Allied Health Sciences and practice*, vol. 4, no. 4, pp. 1-9.

Jones, M., Jensen, G. & Edwards, I. 2000, "Clinical reasoning in physiotherapy" in *Clinical Reasoning in the Health Professions*, eds. J. Higgs & M. Jones, 2nd edn, Butterworth-Heinemann, Oxford, UK, pp. 117-127.

Jones, M.A. & Rivett, D.A. 2004, "Introduction to Clinical reasoning" in *Clinical Reasoning for Manual Therapist*, eds. M.A. Jones & D.A. Rivett, first edn, Butterworth Heinemann, London, pp. 3-24.

Jones, M., Jensen, G. & Edwards, I. 2008, "Clinical reasoning in physiotherapy" in *Clinical reasoning in the health professions*, eds. J. Higgs, M. Jones, S. Loftus & N. Christensen, third edn, Butterworth Heinemann, British library, pp. 245-256.

Kaldjian, L.e.a. 2005, "A clinician's approach to clinical reasoning", *Journal of general internal medicine*, vol. 20, pp. 306-311.

Portney, L. 2004, "Evidence-based practice and clinical decision making: It's not just the research course anymore", *Journal of Physical Therapy Education*, vol. 18, no. 3, pp. 46-51.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. 1996, "Evidence based medicine: What it is and what it isn't", *British medical journal*, vol. 312, no. 7023, pp. 71-72.

Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R. 2000, *Evidence based medicine: How to practice and teach*, 2nd edn, Churchill Livingstone, Edinburgh, Scotland.


Unsworth, C. 2005, "Using a head-mounted video camera to explore current clinical reasoning in occupational therapy", *The American journal of occupational therapy*, vol. 59, no. 1, pp. 31-39.

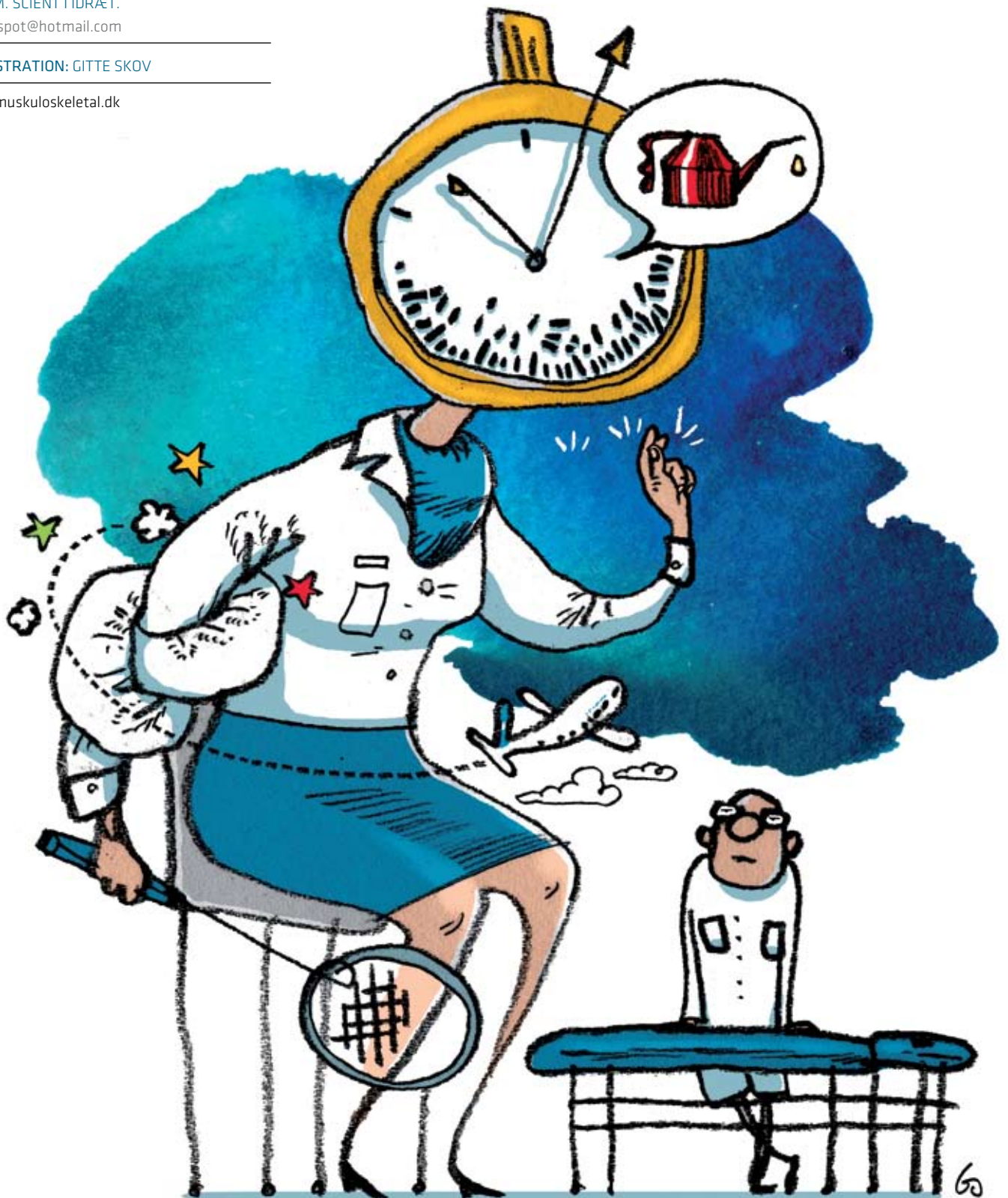
World Health Organization 2001, *International classification of functioningn disability and health*, Geneva.

AF: ANDERS SKOV HANSEN, FYSIOTERAPEUT,
EXAM. MT, EXAM. IDRÆTSFYSIOTERAPEUT,
EXAM. SCIENT I IDRÆT.

andespot@hotmail.com

ILLUSTRATION: GITTE SKOV

 muskuloskeletal.dk



Klinisk ræsonnering i praksis

Model for klinisk ræsonnering med de otte hypotese-kategorier benyttes her til et behandlingsforløb med en patient med subacromielt impingementsyndrom med fokus på scapulas funktion

→ Denne artikel tager udgangspunkt i en caserapport, som er en del af eksamen i muskuloskeletal fysioterapi del 1. Formålet er at give et kort eksempel på den kliniske ræsonnering i klinisk praksis. Artiklen beskriver den kliniske ræsonnering efter anamnese og første undersøgelse med brug af de otte hypotese-kategorier beskrevet af Jones og Rivett (1).

Af hensyn til længden af indlægget er der foretaget en reduktion i forhold til den originale caserapport, men de væsentlige fund er beskrevet. Hele behandlingsforløbet og den videre kliniske ræsonnering kan læses i caserapporten, der er publiceret på muskuloskeletal.dk.

PRÆSENTATION OG ANAMNESE

Kvinde, 45 år, med kortvarige intermitterende højresidige skuldersmerter gennem et år – er højre dominant. Har ikke tidligere været alvorligt syg eller haft gener fra

bevægeapparatet. Generelt helbred er godt. Arbejder som stewardesse med lederansvar og er meget sportsaktiv med løb, tennis, aerobic og vægttræning. Har haft forværing de seneste tre måneder med konstante smerter den sidste måned.

Ultralydsskanning viser let fortykkelse af supraspinatussenen med hyperæmi og let øget væske i bursa subacromialis. Pt. fik før henvisning til fysioterapi en blokade på privatklinik af ortopædkirurg. Blokaden havde positiv effekt på den konstante smerte. Smerterne er nu primært relateret til aktiviteter i eller over skulderniveau. Det er primært sportsaktiviteter og specifikke arbejdssituationer, som er provokerende for skulderen. Smerterne beskrives som distinkte, lokale (tænd/sluk-karakter), men kan trække ned lateralt på overarmen. Pt. forventer, at de sidste symptomer "kan ordnes med noget massage", nu hvor hun har fået en blokade. Hun er fortsat med at



dyrke sport på trods af symptomer. Det er meget vigtigt for pt., at hun kan dyrke sin sport samt udføre sit arbejde tilfredsstillende.

KLINISK RÆSONNERING EFTER ANAMNESE

Hypotesekategorierne

1. Aktivitet og deltagelse/ressourcer og begrænsninger (ICF-rammen)

Pt. har primært problemer på deltagelsesniveau i forbindelse med arbejde og sport. Løb udføres uden symptomer.

2. Patientens perspektivering af egen situation

Pt. virker ikke nervøs og bekymret for sine symptomer, men er irriteret over at være hæmmet i sine udfoldelser. Hun har ikke tidligere oplevet betydningsfulde kropslige gener og forventer en hurtig og effektiv behandling. Dette kan kompromittere forløbet, og jeg skal være særligt opmærksom på dette.

3. Vævsheling og smertemekanismer (patobiologiske mekanismer)

Vævsheling: Tilstanden vurderes at være kronisk, da der har været intermitterende symptomer i ca. et år. Den gradvise forværring for tre måneder siden med konstante smerter til sidst kan indikere, at der har været en akut inflammatorisk tilstand.

Smertemekanisme - nociceptive input:

Distinkt i skulderen: Smerten vurderes at være af lokal somatisk nociceptiv mekanisk karakter. Smerterne er kortvarige, pludselige og beskrives som tænd/sluk-smerter.

Lateralt overarm: Smerten vurderes at være refereret somatisk nociceptiv med iskæmisk/inflammatorisk ætiologi, da smerterne kan persistere 15 minutter til 2 timer efter aktivitet. Den inflammatoriske del vurderes som ophørt efter blokaden. Perifer neurogen ætiologi kan ikke udelukkes.

Smertemekanisme - ændringer i centralnervesystemet og sensitivering: Smerterne har persisteret i et år, dog intermitterende, hvilket kan have medført en grad af plastiske forandringer i CNS med en øget sensitivering til følge.

Smertemekanisme - autonom reaktion: Smerterne kan forstærkes af stress (2) (øget sympaticusaktivitet) over ikke at kunne være så aktiv og effektiv, som hun gerne vil.

4. Symptomgivende strukturer og funktionsændringer

Distinkt skulder: Supraspinatussenen og bursa subacromialis (kendt fra ultralydskanning). Andre muligheder er: Den resterende del af rotatorcuffen, bicepsenen caput longum, degenerativ læsion af labrum/superior labrum anterior til posterior (SLAP), ledkapsel og acromioclaviculærled.

Lateralt overarm: Smerterne kan være refererede fra ovenstående, rodpåvirkning fra C4/C5, nervus axillaris, discus/facetled C3/C4/C5/C6 og muskulært/triggerpunkter fra rotatorcuffen eller lokalt fra m. deltoideus.

Pt.'s symptomer er primært relaterede til aktiviteter, hvor skulderen belastes ud over ADL-funktioner. Smerterne opstår ved aktiviteter i eller over skulderniveau eller ved en øget kraftpåvirkning af skulder/nakkekomplekset.

5. Vedligeholdende og prædisponerende faktorer

Det vurderes, at dele af pt.'s høje sportslige aktivitetsniveau er en væsentlig faktor for vedligeholdelse af symptomer. Ligeledes hendes job, som har sekvenser af ensidigt gentaget arbejde over og i skulderhøjde. Der er flere gule flag (3) (psykosociale faktorer), som jeg skal være opmærksom på:

- Pt. tror, at det er et problem, som kan løses hurtigt og overvejende via passiv behandling
- Har dyrket sport efter blokade, selvom det gav symptomer
- Pt. fremtræder perfektionistisk og er meget irriteret over situationen.

I dette tilfælde vurderes de gule flag som værende: Ignorering af smerter og overdreven/uhensigtsmæssig aktivitet.

6. Særlige hensyn og kontraindikationer

Pt. har ikke konstante smerter.

Distinkt i skulderen: Smerten kan være høj, men ikke irriterende og vedvarende efter provokation.

Lateralt overarm: Smerten persisterer maksimalt 15 minutter til 2 timer og er lav målt på Numerisk Rating Scale. Der er ingen alarmerende røde flag (indikation på alvorlig patologi) (4).

7. Håndtering og behandling

Ud fra symptomerne vurderes det, at patienten kan testes til smerteproprovokation eller til et niveau, der kan fastslå, at strukturerne ikke er skyld i symptomerne.

8. Prognose

Ingen røde flag. Hvis pt. ikke modificerer sine aktiviteter snarest, vurderes prognosen som dårlig. Det er for tidligt at være mere specifik, da den fysiske undersøgelse ikke er foretaget.

UNDERSØGELSE - INTERNE BIOMEKANISKE FUND

Inspektion: Pt. er slank og generelt veltrænet. Der er let atrofi af højre m. infraspinatus/teres minor. Skuldrene er bilateral moderat deprimerede og let protraherede - højre mere end venstre. Der findes bilateral let winging af margo medialis og moderat winging af angulus inferior scapulae, som endvidere er let indadroteret - primært højre.

Cervical columna undersøges som mulig årsag til skulder/armsmerter (5), og testene er negative.

Neurologisk undersøgelse for kraft, reflekser og følesans er negativ. Højre OE: Der er nedsat aktiv bevægelighed i abduktion og indadrotation (hand behind back) med smertestop. I fleksion og abduktion initieres bevægelsen med elevation af skulderåget, og der er øget indadrotation i glenohumeral-leddet.

Der ses forsinket opadrotation af scapula, øget winging, og scapula når ikke helt frem til midtaxillær-linjen. Ved Scapula Assisteret Test (6) (scapula assisteres manuelt ved skulderbevægelse i opadrotation) i abduktion når pt. til end of range med mindre smerte.

Ved isometrisk test af musklerne supraspinatus, infraspinatus og teres minor er der smerte og nedsat kraft i forhold til venstre side.

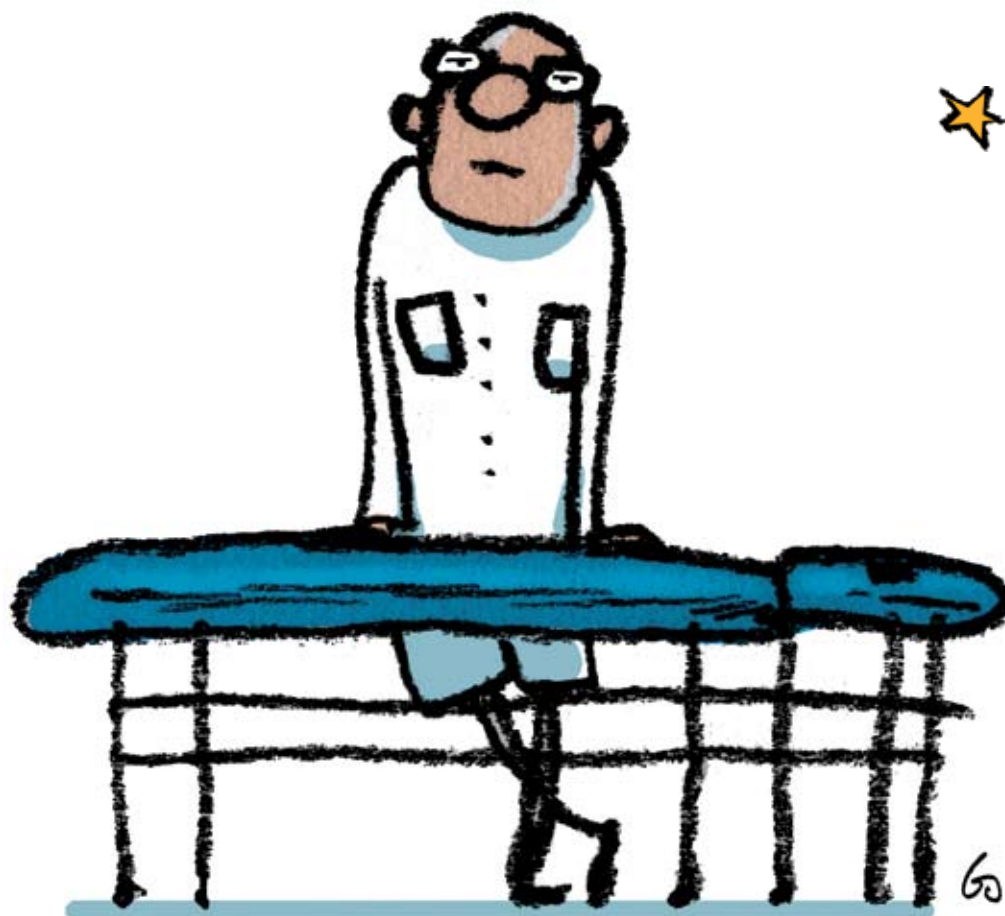
Passive accessoriske bevægelser (7) af den glenohumerale ledkapsel viser nedsat bevægelighed i posterior retning. Ved test af muskellængde ses m. pectoralis minor bilateralt let forkortet.

Pt. udviser god neuromuskulær kontrol i scapula setting og kan dynamisk placere scapula i nærved ideel position (8). Der er øget bevægelighed og nedsat smerte i flexion og abduktion ved scapula setting.

Efter undersøgelsen vælger jeg at bruge tid på at forklare de sandsynlige årsags-sammenhænge i relation til patientens

symptomer. Jeg anser det som afgørende for det videre forløb, at pt. forstår betydningen af både de interne biomekaniske forhold samt de vedligeholdende faktorer. Jeg anvender skuldermodel, illustrationer på whiteboard og spejl for at beskrive de interne biomekaniske forhold og den neuromuskulære kontrol med fokus på scapulas funktion. Der er informeres endvidere om, at tendinopatier kan have et langt genoptræningsforløb. Vi har en konstruktiv dialog vedrørende vedligeholdende faktorer, og der aftales følgende:

- Kredsløbstræning i form af løb er tilladt, men der holdes pause fra anden sport.
- Pt. skal i størst muligt omfang bruge venstre arm i sit arbejde og undgå kendte provokerende bevægelser.
- Pt. skal undgå at sove på højre skulder og placere en pude under højre arm, når hun ligger på venstre side.
- Pt. skal ændre sin måde at tage trøje/jakke af/på.



KLINISK RÆSONNERING EFTER UNDERSØGELSE

Hypotesekategorierne

1. Aktivitet og deltagelse – muligheder og begrænsninger. Uændret.

2. Patientens perspektivering af egen situation

Jeg vurderer, at pt. har fået en større indsigt i sin situation og forståelse for de mekanismer, som giver hende symptomer.

3. Vævsheling og smertemekanismer (patobiologiske mekanismer)

Distinkt i skulderen: Smerten vurderes som værende lokal somatisk af nociceptiv mekanisk karakter – smerterne er kortvarige, tænd og sluk.

Lateralt overarm: Smerten vurderes som værende somatisk refereret. Perifer neurogen kan udelukkes efter neurologisk undersøgelse.

Musklerne supraspinatus, infraspinatus og teres minor mangler styrke. Dette

kan skyldes atrofi og smerteinhibering. Musklerne trapezius og serratus anterior er ikke testet specifikt, da udgangsstillingerne (9) for testene vil medføre smerte, men de vurderes ud fra holdnings- og bevægeanalysen at være inhiberede og mangle styrke. Pt. udviser god neuromuskulær kontrol i scapula setting. Pectoralis major og latissimus dorsi er ikke strukturelt forkortede, men kan være overaktive (10).

4. Symptombgivende strukturer og funktionsændringer

Distinkt i skulderen: Musklerne supraspinatus, infraspinatus, teres minor.

Lateralt overarm: Refereret fra ovenstående og bursa subacromialis.

Patientens holdning og bevægelse indikerer en forlænget m. trapezius og m. serratus anterior. De formår ikke at 1) holde scapula ind til thorax 2) udføre en adækvat opadrotation af scapula. Følgende muskler er forkortede ud fra holdningsundersøgelsen: mm. pectoralis minor, levator scapula og m. rhomboideus holder scapula indadrotteret og hindrer adækvat opadrotation af scapula. Pectoralis major og latissimus dorsi er overaktive og trækker caput humeri anteriort. De scapula humerale udadrotatorer og den posteriore del af den glenohumerale ledkapsel er forkortede og hindrer posterior glid af caput humeri. Smerteinhibering og nedsat styrke af m. supraspinatus og de scapulahumerale udadrotatorer kan betyde, at de ikke formår at centrere caput humeri i cavitas glenoidale under bevægelse. Alle disse faktorer kan bidrage til sekundær impingement (11). Scapula Assisteret Test og den positive effekt af scapula setting målt på bevægelighed og smerte indikerer, at scapulas funktion er en afgørende årsag til pt.'s symptomer.

5. Vedligeholdende og prædisponerende faktorer

Det aftales, at pt. gør alt for at minimere bevægelser på aktivitets- og deltagelsesniveau, som medfører kendt smerte.



FAKTABOKS

Impingement betyder kollision. Subacromielt impingementsyndrom er karakteriseret ved skuldersmerter i bevægelse i eller over skulderniveau. Smerterne skyldes ofte en kompression af de subacromielle strukturer: De muskulotendinøse dele af rotatorcuffen, caput longum m. biceps eller bursa subacromialis. Tidligere blev impingement beskrevet som en patologi eller specifik diagnose, men i dag betragtes impingement mere som en samling af symptomer end som en patologi i sig selv. Generelt skelnes der mellem tre typer:

- 1) **Primær impingement:** Strukturel forsnævring af det subacromielle rum. Dette kan skyldes morfologiske forandringer af acromion, artrose af acromioclaviculær leddet med osteofytdannelse eller hævelse af bløddelene i det subacromielle rum.
- 2) **Sekundær impingement:** En funktionel instabilitet som giver symptomer i specifikke positioner. Årsager kan være: glenohumeral instabilitet, rotatorcuff patologi, scapula dyskinesi og glenohumeral intern rotations deficit.
- 3) **Intern impingement:** Senerne af m. supraspinatus/infraspinatus kolliderer mellem caput humeri og den superiore del af cavitas glenoidale. Ses primært ved sportsfolk, hvor armen er i fuld abduktion, ekstension og udadrotation.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at inddelingerne ikke udelukker hinanden. Eksempelvis kan primær og sekundær impingement være til stede samtidig.

6. Forholdsregler og kontraindikationer for valg af undersøgelse og behandling

Fokus på træningsøvelser, som ikke medfører kendt smerte.

7. Håndtering

Min erfaring siger mig, at patienter, som er vant til at bruge megen tid på sportslige aktiviteter, ofte viser god compliance ved en relativ stor træningsvolumen. De har brug for at fylde det tomrum ud, som fratages dem ved restriktionerne i deres sædvanlige træning. Så længe det ikke kompromitterer genoptræningen kan et øget antal af øvelser, hyppigheden af disse og antal gentagelser virke motive-rende.

8. Prognose

Ingen røde flag. Rodpåvirkning er udelukket. Der er ingen nuværende tegn på inflammation. Smerten er mekanisk af tænd og sluk karakter. Der er forbedring af bevægeligheden og nedsat smerte ved Scapula Assisteret Test og scapula setting. Dette gør prognosen mere positiv, men pt.'s compliance vil forsat være en afgørende faktor.

KORT BESKRIVELSE AF DET VIDEREFORLØB

I genoptræningen blev der benyttet øvelser, som er dokumenterede i studier med EMG til at facilitere og styrke m. trapezius og m. serratus anterior (12,13,14,15,16,17). Scapula setting blev anvendt som præ-aktivering ved øvelserne. Rotatorcuffen blev trænet og den posteriore del af den glenohumerale ledkapsel blev mobiliseret og udspændt. Pt.'s forståelse af årsags-sammenhænge, vedligeholdende og prædisponerende faktorer var et væsentligt element i behandlingen. Resultaterne blev målt på ICF-niveauerne: Kropsfunktion og anatomi, aktivitet og deltagelse. Der var fremgang på alle niveauer, men pt. havde forsat intermitterende symptomer ved sportsaktiviteter over skulderhøjde ved caserapportens afslutning. ●



REFERENCER

- (1) Jones, M., Rivett D, 2004, "Clinical reasoning for manual therapists", Elsevier Limited, Butterworth-Heinemann
- (2) Butler, D., 2000, "The sensitive nervous system", Noigroup Publications, Adelaide, Australia
- (3) Kendall, N., Watson, P., 2000, "Identifying psychosocial yellow flags and modifying management", *Topical issues in pain 2*
- (4) Greenhalgh, S., Selfe, J., 2006, "Red flags - a guide to identifying serious pathology of the spine", Elsevier, Churchill Livingstone
- (5) Maitland, G.D., 2005, "Maitland's vertebral manipulation", Elsevier limited, Butterworth-Heinemann
- (6) Burkhart, S., Morgan, C., Kibler, B., 2003, "The disabled throwing shoulder: Spectrum of pathology. Part III: The SICK scapula, scapular dyskinesi, the kinetic chain and rehabilitation, *Journal of Arthroscopy and Related Surgery*, vol. 19, s. 641-661
- (7) Maitland, G.D., 2005b, "Maitland's peripheral manipulation", Elsevier limited, Butterworth-Heinemann
- (8) Mottram, S., 1997, "Dynamic stability of the scapula", *Manual Therapy*, vol.2, s. 123-131
- (9) Kendall, F., McCreary, E., Provance, P., 1993, "Muscles testing and function", Williams & Wilkins
- (10) Kinetic Control, 2002, "Movement Dysfunction - Focus on Dynamic Stability and Muscle Balance" introduktionskursus, kursusbroschyrer
- (11) Sahrmann, S., 2002, "Diagnosis and treatment of movement impairments syndromes", Mosby
- (12) Moseley, J., Jobe, F., Pink, M., Perry, J., Tibone, J., 1992, "EMG analysis of the scapular muscles during a shoulder rehabilitation program", *American Journal of Sports Medicine*, vol. 20, s. 128-134
- (13) Decker, M., Hintermeister, R., Faber, K., Hawkins, R., 1999, "Serratus anterior muscle activity during selected rehabilitation exercises", *American Journal of Sports medicine*, vol. 27, s. 784-791
- (14) Ekstrom, R., Donatelli, R., Soderberg, G., 2003, "Surface electromyographic analysis of exercises for the trapezius and Serratus anterior muscles", *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, vol.33, s. 247-258
- (15) Ludewig, P., Hoff, M., Osowski, E., Meschke, S., Rundquist, P., 2004, "Relative balance of Serratus anterior and upper Trapezius muscle activity during push-up exercises", *American Journal of Sports Medicine*, vol. 32, s. 484-493
- (16) Hardwick, D., Beebe, J., McDonnell, M., Lang, C., 2006, "A comparison of the serratus anterior muscle activation during the wall slide exercise and other traditional exercises", *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, vol. 36, s. 903-910
- (17) Cools, A., Dewitte, V., Lanszwert, F., Notebart, D., Roets, A., Soetens, B., Cagnie, B., Witvrouw, E., 2007, "Rehabilitation of the scapular muscle balance - which exercises to prescribe?" *American Journal of Sports Medicine*, vol. 35, s. 1744-1751



M/S SUCCES

SUCCEES

er *frie rammer og et team* at spille sammen med

En personalegruppe, der hænger godt sammen, og klare retningslinjer med en høj grad af selvbestemmelse. Sådan ser arbejdslivet omkring en succesfuld leder inden for genoptræningsområdet ud. I hvert fald hvis man spørger lederne selv. Det har to psykologistuderende fra Århus Universitet gjort



AF: FREELANCEJOURNALIST KIRTSSEN WEISS

redaktionen@fysio.dk

ILLUSTRATION: ILLUSTRRA

Fejl og mangler er der nok af. Hvorfor ikke for en gangs skyld se på alt det, der giver mening og er med til at give ledere succesoplevelser på jobbet?

Sådan lød oplægget til den undersøgelse af ledende ergo- og fysioterapeuter inden for genoptræningen, som to studerende fra Institut for Pædagogisk Psykologi ved Århus Universitet sidste år gennemførte som del af deres kandidatspeciale.

"Positive fortællinger avler flere positive fortællinger. Vi havde lyst til at se på de positive historier fra ledernes hverdag og at få lederne til selv at fortælle, hvad der efter deres mening gør dem til succesfulde ledere", siger Jesper Madsen, der er ergoterapeut og daglig leder for tre genoptræningsenheder i Køge Kommune.

Han har sideløbende uddannet sig som Master of Human Resource Development og cand. pæd. pæd. psych. Han gennemførte undersøgelsen sammen med Mette Højgaard, som også er cand. pæd. pæd. psych. og professionsbachelor i Ernæring og Sundhed og til daglig arbejder som HR-konsulent i Region Sjælland, Sygehus Syd.

De to udmøntede deres jagt på den succesfulde leder i en kvantitativ undersøgelse af fysioterapeuter og ergoterapeuter i lederstillinger inden for genoptræningen. 289 ledere i såvel kommuner som regioner fik tilsendt et fyldigt spørgeskema, som 63 procent besvarede. Før spørgeskemaet blev udformet havde de to forfattere til undersøgelsen gennemført et langt fokusgruppeinterview med fem ledere, der blev bedt om at svare på bare ét spørgsmål: Hvad er succesfuld ledelse?

"Her blev det tydeligt, hvad de fem ledere med meget stor konsensus lagde mest vægt på, nemlig at få hele personalegruppen til at være et fælles team, at have klare retningslinjer for arbejdet og et vist råderum som leder. Retningslinjer for kvalitetsstandarder, ventetider, mål og værdier blev fremhævet som meget vigtige og selve udgangspunktet for, at deres lederskab defineres som succesfuldt", siger Jesper Madsen.

UNDERSØGELSEN: SUCCESFULDE LEDERE – HVAD GØR DE?

En pilotundersøgelse med fokusgruppeinterview med fem ledere lagde grundstenen til spørgeskemaet. Det blev sendt ud til 289 ledere, og **45-75 procent** svarede, afhængigt af region. Region Hovedstaden og Region Sjælland har en højere svarprocent end de øvrige regioner.

91 procent af lederne inden for rehabiliteringsområdet har en ergo-/fysioterapeutisk grunduddannelse, og **61 procent** har en form for formel kompetencegivende uddannelse ud over deres grunduddannelse.

Seks procent af lederne har en universitetsuddannelse som overbygning på deres grunduddannelse. Det er, mener forfatterne til undersøgelsen, tankevækkende, at hele **39 procent** ikke har nogen overbygning på deres grunduddannelse for eksempel i form af en lederuddannelse. Generelt gælder, at jo mere uddannelse, jo højere er man placeret som leder.

LEDERNE ER GODT TILFREDSE – NÅR DE FÅR LOV AT RÅDE SELV

96 procent af lederne i undersøgelsen er meget tilfredse med deres job og finder det attraktivt. **78 procent** af respondenterne opfatter, at de er succesfulde. Den mest betydningsfulde faktor for ledernes følelse af succes i jobbet er mængden af selvbestemmelse. Kun hver femte leder har klart definerede præstationsmål for deres arbejde, men der er en klar sammenhæng mellem at have veldefinerede præstationsmål og oplevelsen af at have meget selvbestemmelse.

Lederne i det kommunale inddrager i højere grad end deres regionale kollegaer medarbejderne i de overordnede visioner og målsætninger. Jo mere lederne inddrager medarbejderne og går i dialog med dem, jo mere succesfulde føler de sig. Dialogen styrker oplevelsen af fællesskabet og oplevelsen af succes.

DEN TYPISKE LEDER

Den typiske leder inden for rehabiliteringsområdet er en kvinde i slutningen af 40'erne med en ergo- eller fysioterapeutisk baggrund. Hun har 23 års erhvervs erfaring og har været leder i omkring halvdelen af tiden. Hun har typisk haft to lederjobs, og hendes lederniveau er det operationelle eller taktiske niveau.

Hun har i gennemsnit 29 medarbejdere, der refererer direkte til hende. Hun har i de fleste tilfælde en ledelsesmæssig overbygning på grunduddannelsen. Hun inddrager sine medarbejdere og fungerer bedst ved at have stor selvbestemmelse i jobbet. Hun er meget opmærksom på medarbejdergruppen og deres arbejdsopgaver.

Jo mere anerkendelse, den kvindelige leder får gennem sit arbejde, jo bedre og jo mere roser hun sine medarbejdere.

ÅBENT SIND

Temaerne selvbestemmelse, lighed og fællesskab i gruppen samt veldefinerede mål har lederne selv defineret. Mette Højgaard og Jesper Madsen valgte nemlig bevidst at tale så lidt som muligt om deres egne definitioner af succesfuld ledelse – for at kunne gå ind til undersøgelsen med åbent sind.

"Her er det kun ledernes egen opfattelse, der betinger en succes. Vi ved for eksempel ikke, om deres medarbejdere er enige med dem. Vi har heller ikke undersøgt, om ledere inden for andre faggrupper vægter de samme temaer som fysio- og ergoterapeuterne. Men det er da interessant at se, hvor meget fællesskabet og samhørigheden med teamet betyder. Sammen med muligheden for at kaste bolden ret frit inden for de rammer, der nu er stillet op", siger Jesper Madsen.

Særligt det sprog, som lederne i fokusgruppeinterviewet benyttede sig af, kom bag på ham.

"De var meget merkantile i deres ordvalg. Borgerne blev omtalt som gæster eller kunder, og en af lederne fra et træningscenter fremhævede, at den form for ledelse, hun praktiserede, ville være den samme, hvis det handlede om for eksempel at lede et hotel. Ordvalget harmonerer nok meget godt med den politiske diskurs i samfundet i disse år, hvor også institutioner anskues som virksomheder. Om det er problematisk, ved jeg ikke, men det overraskede os i hvert fald, at der ikke blev talt så meget faglighed", siger Jesper Madsen, der peger på, at ledernes fokus tilsyneladende er flyttet fra fagligt argumenterede ydelser til serviceydelser, hvor succeskriteriet er at tilfredsstille borgerne/kunderne.

LEDERE VISER VEJEN

I forhold til kollegerne på arbejdspladsen fremhæver forfatterne til undersøgelsen, at lederne i høj grad ser sig selv, som nogen, der skal finde og vise vej.

"Vi er ude at sejle. Og vi skal finde en fælles vej", siger en af lederne, mens en anden, efter at have tegnet sit lederskab, siger: "Jeg tegnede et landkort, og kom egentlig til at tænke på, at jeg nok i stedet skulle tegne et kompas".

Lederne fremstår som tovholdere, der manøvrerer matroserne på skibet – i det uforudsigelige og farlige farvand, som samfundet omkring dem udgør.

Forfatterne fremhæver også, at ønsket om stor selvbestemmelse, der især slår igennem i spørgeskemaundersøgelsen, tilsyneladende er den faktor, der betyder mest for ledernes følelse af succes i jobbet.

”Selvbestemmelse er, sammen med klarhed over præstationsmålene, essentiel for ledernes følelse af succes. Jo større klarhed, jo større tendens til, at lederne mener, at de vil opleve succes ved at blive honoreret økonomisk, for at nå deres mål. Faktisk siger omkring halvdelen af lederne, at de vil føle sig mere succesfulde, hvis de blev honoreret for deres opnåede resultater”, siger Jesper Madsen.

Ud over sprogbruget blev han især overrasket over to ting i undersøgelsen: At sygefraværet - og arbejdet med at sænke det - ligger så lavt på ledernes hitliste over succesfuld personaleledelse. Og at overholdelse af økonomiske rammer også scorer så lavt.

”Jo længere oppe i hierarkiet, jo vigtigere vurderes det at overholde økonomiske rammer. Kun de ledere, der vægter medarbejdernes tilfredshed i deres arbejde højt, vægter også at mindske sygefraværet. Det overraskede os, at det ikke fyldte mere. Men samtidig er jeg overbevist om, at de her ledere naturligvis ikke ville

svare nej, hvis man direkte gik ud og spurgte dem om nedbringelse af sygefraværet og en god økonomi slet ikke betyder noget. Der er bare noget andet, der fylder mere”, siger Jesper Madsen.

VELUDDANNEDE OG REFLEKTEREDE

Han pointerer, at det for Mette Højgaard og ham har været vigtigt denne gang at lade lederne selv komme til orde og definere en succes.

”Vi er udmærket klar over, at den her undersøgelse kun siger noget om ledernes egen opfattelse af en succesfuld leder, og at de tager afsæt i sig selv som ledere. Undersøgelsen siger intet om, om deres medarbejdere afskyr dem, om afdelingens økonomi ligger i ruiner, eller deres chefer er dødtrette af dem. Til gengæld så er der meget, der tyder på, at de her ledere faktisk er så dygtige, veluddannede og reflekterede, at der nok, i hvert fald i et vist omfang, vil være lighedstegn mellem deres egen vurdering af sig selv og deres medarbejdes!” ●



•• Xdont Det mest udbredte IT-system til fysioterapeuter

Xdont's store succes blandt fysioterapeuter skyldes systemets modul-opbygning, der kan tilpasses den enkelte kliniks behov.

Xdont er udviklet i tæt samarbejde med vores brugere, og der sker løbende udvikling og forbedringer efter brugernes ønsker og ideer. Målet er at gøre dit daglige arbejde bekvemt, rationelt og effektivt, så du hermed får overskud til at tage dig godt af dine patienter.

•• Grundmodul

Kernen i Xdont giver dig fuldt overblik over bl.a. klientens stamoplysninger, elektroniske henvisninger, journal og regninger. Ligeledes kan du herfra fakturere klienten, kommunen, forsikrings-selskabet osv., samt overføre til Sygeforsikringen Danmark.

Xdont kan udvides med følgende moduler:

- Aftalebogen
- Finanssystem
- Grafisk Journal
- Online Booking
- Fitness-modul



Ring til os på tlf. 8861 2000*1 eller send os en mail på salg@profdoc.dk, så kontakter vi dig for en aftale om en nærmere præsentation af fremtidens IT-løsning til fysioterapeuter

profdoc®



Soldater slås ikke kun mod

men også mod

smerteter

Taleban

På grund af mangelfuld fysisk træning og ubehandlede småskavanker, opstået inden eller under udsendelse, får danske soldater i Afghanistan alvorlige belastningsskader

AF: JOURNALIST ANNE GULDAGER

ag@fysio.dk

FOTO: MPTT

Danmark har i øjeblikket 737 soldater i Afghanistan. De bevæger sig rundt med gennemsnitligt 35 kg på ryggen; enkelte bærer helt op til 55 kg. Og de arbejder i temperaturer ned til minus 20 grader om vinteren og ofte over 40 grader om sommeren. I skyggen vel at mærke, og den er der ikke meget af i for eksempel Helmands ørken. De slæber deres oppakning over pløjemarken og gennem vandløb eller sidder i timevis fremoverbøjjet i en pansret mandskabsvogn, der hopper og danser og sender konstante stød op gennem ryggen.

Det er nærliggende at sammenligne den fysiske belastning hos de danske soldater i Afghanistan med eliteidrætudøveres. 67 fodboldhold kunne det eksempelvis blive til. Til gengæld er det sværere at forestille 67 hold med professionelle fodboldspillere, der ikke havde adgang til fysioterapeutisk behandling, hvis de var skadede, eller som ikke havde gennemgået en fysisk træning, som havde forberedt dem tilstrækkeligt til den kamp, de skulle ud at spille.

KOM MED VED EN TILFÆLDIGHED

Fysioterapeut Nikolaj Kaufmann har siden nytår været ansat i Forsvarets Sundhedstjeneste som en del af et team, der indsamler fysiologiske data blandt de udsendte og rådgiver om kost, træning og akklimatisering forud for og under udsendelsen. Projektet er blevet til på initiativ af kaptajn Klaus G. Sørensen og oversergent Anders Q. Steensen. De fik i foråret - som de første uden lægelig baggrund - en pris af Dansk Militærmedicinsk Selskab for deres arbejde, der allerede har vakt international interesse, selvom resultaterne ikke er offentliggjort.

De første målinger viste, at soldaterne taber 5-10 kg, mens de er af sted, og projektets udgangspunkt var derfor, at soldaterne skulle vide noget mere om, hvordan man sammensætter kosten, så kroppen kan klare mest muligt. Desuden skulle de skulle have meget mere fokus på betydningen af at drikke vand nok og ikke for eksempel nøjes med cola. Der er eksempler på, at manglende væskeindtag har kostet både kollaps og helikopterture.

Men også den fysiske belastning og dens følger skulle afdækkes. De to initiativtagere ønskede at vide, hvilke skader de udsendte får, samt hvor mange og hvor slemme de er. De ville vide, om



Det kræver en god fysik at klare en hverdag med tungt udstyr, ujævnt underlag og ulidelig varme.





Nikolaj Kaufmann
(i sort t-shirt i midten)
afholder intensiv workshop
i forebyggende rygtræning
for 120 soldater i
den bagende middagssol.

FOKUS PÅ BEVÆGEKVALITET

Nikolaj Kaufmann blev i første omgang ansat for to måneder, men står nu foran sin tredje tur til Afghanistan og er derudover blevet involveret i en række andre projekter. Han underviser idrætsledere, læger, befalingsmænd m.m. på Forsvarets Center for Idræt og har her indført elementer fra sportens verden, eksempelvis fra håndbold og telemarktræning, for at forebygge for eksempel de patellafemorale smerter hos soldaterne. "Når de er tungt belastede og har været nede at knæle, ofte på det samme ben, for hver 50 meter for at afsøge et område op til 120 gange på en 6 kilometer patrulje, så er de trætte. Hvis de har et skævt bevægelsesmønster allerede på et fladt underlag, så vil de virkelig få problemer derude, hvor de måske pludselig skal hoppe over et vandløb eller gå igenem en pløjemark", forklarer han.

Derudover har Nikolaj Kaufmann fokus på kropstammetræning, som skal binde over- og underkrop sammen. Han har testet 170 ansøgere til gardehusarregimentet med basale kropstammeøvelser. "Kan vi se, at grundstammen er ok, kan vi bygge videre derfra. Men er de for dårlige, må vi tage dem ud. Det kan godt være, de ser store og stærke ud, men det hjælper ikke, hvis de ikke kan sætte bevægelserne sammen".

Nikolaj Kaufmann er desuden involveret som rådgiver i et ph.d.-projekt på Flyvestation Skydstруп vedrørende nakketræning af F16-piloter. "De sidder med en hjelm, der vejer 6 kg og skal under en påvirkning på op til 9G kigge skråt efter deres wingman. Så får man altså nogle tæsk i det øverste af nakken, som der endnu ikke er nogen, der har kunnet afhjælpe".

soldaterne havde trænet nok og rigtigt, inden de kom ud.

At Nikolaj Kaufmann kom med i arbejdsgruppen omkring projektet var lidt af en tilfældighed. Han har studeret to år på International Academy of Osteopathy i København, taget en lang række kurser i træning og rehabilitering, undervist på den personlige træneruddannelse i fitness.dk i fem år og har, siden han blev færdig på fysioterapeutskolen, interesseret sig for koblingen mellem fysisk træning, forebyggelse og behandling af skader.

Efter et foredrag, han holdt i fitness.dk i december sidste år, blev han kontaktet af en af tilhørerne, en idrætsleder fra forsvaret. Vedkommende vidste, at Klaus G. Sørensen og Anders Q. Steensen var på udgik efter en fysioterapeut med Nikolaj Kaufmanns profil.

Nikolaj Kaufmann blev nysgerrig og tog kontakt, og efter tre timers samtale den 16. december fik han beskeden: "Alle fingre peger på dig. Vi skal vide, om du er klar - nu!". Det lykkedes ham dog at skaffe sig betænkningstid til næste formiddag, og natten blev brugt til at tale med kæresten.

Den 5.-8. januar blev Nikolaj Kaufmann vaccineret, skiftede cowboybukserne ud med grønt og sandfarvet tøj og fik et udvidet førstehjælpskursus, hvor man blandt andet lærer at forbinde afsprængte lemmer, også på sig selv, og med bind for øjnene for at simulere sandstorm. Den 9. januar blev han og kæresten gift, og fem dage senere vinkede han farvel til kone og datter i lufthavnen og væltede noget hovedkulds ind i det forsvar, der i sin tid havde kasseret ham som værnepligtig pga. et overrevet korsbånd.

LANGT FLERE SKADER END FORVENTET

På Nikolaj Kaufmanns første tur, der gik til både Camp Bastion, Camp Price og Camp Armadillo, mødte han de danske soldater fra ISAF 6, der havde været ude i 5½ måneder og stod umiddelbart foran hjemsendelse. Data blev indsamlet via et spørgeskema, hvori bl.a. indgik et bodychart, en "beskriv dine skader" og en VAS-skala.

Omfanget af skader viste sig at være langt større end forventet. I den udsatte Camp Armadillo, hvor Nikolaj Kaufmann kun opholdt

sig i to dage, nåede han langt fra at se samtlige skadede, selvom han var i gang fra kl. 7.30 til midnat begge dage. Han udvalgte dem, der så værst ud og måtte så klassificere de resterende alene ud fra spørgeskemaerne.

Skaderne blev inddelt i tre grupper:

K1 - Daglige smerter, primært i forbindelse med løsning af operative opgaver iført funktionsudrustning. Smerterne aftager eller forsvinder ved restitution eller hvile. Skaderne er ikke umiddelbart behandlingskrævende.

K2 - Smerter eller skader af en sådan karakter, at de nedsætter funktionsbetingelserne for soldaten i større eller mindre grad. Soldaten har brug for behandling og har risiko for at ryge ind i en K3, hvis der ikke bliver gjort noget ved det.

K3 - Soldaten bør klassificeres som ukampdygtig, da denne lider af skade, der kan være til fare for enten soldaten selv eller for dennes deling. Nikolaj Kaufmann fortæller, at soldaterne er i stand til at ignorere selv en diskusprolaps for ikke at svigte kammeraterne, men dermed med risiko for at falde sammen under en fremrykning på grund af en kraftnedsættelse i benet.

MANGE SKADER INDEN UDSENDELSE

På Nikolaj Kaufmanns tur nummer to mødte han soldaterne fra ISAF 7, der kun havde været ude i et par måneder. På denne tur var spørgeskemaet udbygget med et spørgsmål, om skaderne var opstået civilt eller under tjeneste, henholdsvis inden eller under udsendelse. Det viste sig, at mange var opstået i tjeneste inden udsendelse. Der var tale om småskavanker som forvredne knæ og ankler eller hold i ryggen. De var opstået i forbindelse med træningen på kasernerne i Danmark, men var ubehandlede, fordi der ikke indgår fysioterapeuter i staben på de danske infirmerier (kaserner-nes sygestuer).

"De skal selv ud og opsøge hjælpen, og det gør de ikke, blandt andet fordi mange af dem tænker, at det skal løbes væk. Men småskavankerne kan nemt udvikle sig med 35 eller 50 kg på ryggen. For eksempel kan en ankel, der ikke er parat, blive til skader i både knæ, hofte og ryg", siger Nikolaj Kaufmann. Han fortæller, at der på hans tur nummer to, hvor soldaterne ikke havde været ude så længe, var færre K2'er og K3'er og færre multiple skader, så alt tyder på, at de fleste skader - også de alvorlige - starter som småskader, der uden korrekt behandling eller restitution udvikler sig til mere.

BEHOV FOR FYSIOTERAPEUTER

Et mål var i første omgang at afdække et eventuelt mønster. Det viste sig, at ca. 50 procent af skaderne sidder i lænden - dels på grund af den voldsomme oppakning, dels på grund af den fremoverbøjede holdning kombineret med de rystelser, soldaterne er udsat for, når de kører i lang tid i en pansret mandskabsvogn. En tredje årsag kan være skæve løft, eksempelvis af en såret kammerat.

Ca. 35-40 procent af skaderne sidder i knæene. Nikolaj Kaufmann tilskriver det først og fremmest udstyrets vægt, manglende restitution samt ikke mindst kvaliteten af bevægelserne. Soldaterne

er oftest stærke nok, men har ikke det rigtige bevægelsesmønster. "Hvis de skal lave et udfald, ser vi knæene søg indad og hoften skyde lidt ud til siden. Der er ikke kontrol fra foden og helt op gennem ryggen. Det stammer måske helt tilbage fra rekruttiden, hvor det handler om at skabe kvantitative resultater, for eksempel hvor hurtigt man kan bevæge sig, og hvor stærk man er, men ikke om kvaliteten af bevægelserne", forklarer han.

Desuden sås mange skulderskader samt thorakale og cervikale skader. På den anden tur optrådte der flest knæ- og lændeskader, og hverken ret mange thorakale, cervikale eller skulderskader. Formentlig fordi disse skader kommer af lang tids belastning.

Resultaterne fra ISAF 7 bliver fulgt op, idet Nikolaj Kaufmann står foran flere ture, hvor han skal finde ud af, hvordan de skader, han så på den foregående tur har udviklet sig.

"Vi skal finde ud af, om vi skal ændre den træning, de gennemgår inden udsendelsen, og vi skal finde ud af, om der er brug for behandlere i lejrene. Og det kan jeg sige allerede nu, at der er. Ikke kun i lejrene i Afghanistan, men i allerhøjeste grad også på de 20 danske infirmerier. Der er brug for behandlere til at tage sig af skaderne, når de opstår", slår Nikolaj Kaufmann fast.

Han forklarer, at de i arbejdsgruppen bag projektet betragter soldaten som en eliteidrætsudøver. "En eliteidrætsudøver skal have sin kostbalance i orden, han skal have sin væskebalance i orden, sin

SALG/VURDERING

KLINIKSALG / KLINIKVURDERING

Undertegnede tilbyder professionel rådgivning og assistance i tilslutning til salg eller vurdering af din klinik.

Christian Borup

Gasværksvej 16

9300 Sæby

Mail adresse: gas16@mail.dk

Telefon 26 16 12 50

Du kan også finde mig på Danske Fysioterapeuters hjemmeside under Konsulentpanelet:
<http://www.fysio.dk/sw101115.asp>

træning i orden, og han skal have sine behandlinger på plads. Vi har lægerne, vi har kosten, og vi har væsken, men den fysiske træning bliver nedprioriteret og endnu mangler vi behandlerdelen", siger Nikolaj Kaufmann og understreger, at massører efter hans mening ikke vil kunne dække behovet.

"En massør kan være meget god til de belastede, spændte muskler, men det er ikke nok. Heller ikke til eliteidrætshold. Hvis man for eksempel har et facetledssyndrom, er det ikke noget, massage kan klare".

100 FYSIOTERAPEUTER I DEN ENGELSKE HÆR

Nikolaj Kaufmann fortæller, at der i England er ansat 100 fysioterapeuter rundt omkring på infirmerierne, og at den engelske hær har sin egen fysioterapeutiske specialuddannelse. Desuden har hæren ansat et antal personlige trænere med et ni måneders rehabiliteringskursus til at assistere fysioterapeuterne.

I Afghanistan er der otte engelske fysioterapeuter og tre personlige trænere til de i alt 11.500 mand, inkl. danskerne, fordelt på forskellige lejre.

Det levner selvsagt ikke meget tid til den enkelte skade, og for de danske soldater er der desuden nogle sproglige barrierer, forklarer Nikolaj Kaufmann.

"De er jo ikke alle sammen lige gode til sprog og kan derfor dels have svært ved selv at beskrive skaden og dels have svært ved at forstå, hvad den engelske fysioterapeut siger. Så de synes ikke altid, de får forklaret ordentligt, hvad der er galt, og det er heller ikke altid de helt har forstået instruktionerne".

Beslutningen om, hvorvidt der fremover skal indgå fysioterapeuter på de danske infirmerier er langt fra truffet endnu, men her og nu søger Forsvaret to fysioterapeuter, der kan tage med de næste hold soldater til Kosovo og Afghanistan for at behandle skader og indsamle flere data.

"I hæren kan man godt lide at træffe beslutninger og tage action på tingene, og det er det, der bliver gjort nu. Man tager action og sender to fysioterapeuter ud. Men den langsigtede plan er ikke lagt endnu. Den kommer vi tættere på, når vi har endnu flere data", forklarer Nikolaj Kaufmann, der ikke lægger skjul på, hvordan hans eget drømmescenario ser ud: "Der skal være fysioterapeuter til rådighed både før, under og efter udsendelse. Når de kommer hjem med skaderne, får de det godt nok betalt, men de skal selv ud og finde behandlerne, og det kan godt være svært at finde en fysioterapeut på en klinik, der ved ret meget om de skader, der kan opstå i denne situation; for eksempel de såkaldte blasterskader, der kommer fra selve trykket i forbindelse med en eksplosion".

Nikolaj Kaufmann håber at kunne være med til at udvikle et system, så hæren selv, som i England, efteruddanner sine fysioterapeuter.

VIL IKKE SVIGTE

Nikolaj Kaufmanns egne ophold i Afghanistan har indtil videre været begrænset til to gange to uger, men han er begge gange rejst derfra med en enorm respekt for de mennesker, han har mødt og haft i behandling.



Tre af Danish Military Physical Training Teams udsendte medarbejdere: Henrik Geertsen, Klaus Gabriel Sørensen og Nikolaj Kaufmann.

"Det har været fantastiske mennesker at arbejde med, fordi deres motivation har været helt, helt, helt i top". Og her hører sammenligningen med eliteidrætsudøveren op, mener Nikolaj Kaufmann. Selvom en idrætsudøver kan være top-motiveret for at komme på banen igen, er motivationen alligevel en helt anden, når det handler om at komme ud og beskytte sine kammerater, mener han.

"Hvis de sender deres kammerater ud og selv bliver i lejren, sidder mange af dem med tanker som: 'Tænk nu hvis de bliver angrebet, og jeg ikke er der til at beskytte dem'. Den første gang, jeg var ude, oplevede jeg en skade, der var opstået som impingement, men havde udviklet sig meget grimt. Den pågældende soldat havde ikke skrevet skaden ind på spørgeskemaet, men han kom hen til mig, da jeg stod alene, og fortalte, at han ikke kunne løfte sit gevær. Jeg løftede hans arm passivt og nåede til 80 grader, før han knækkede sammen af smerte. Jeg spurgte, hvorfor pokker han ikke havde talt med lægen om det, og svaret var, at han ikke ville svinge sine kammerater. Jeg har så stor respekt for det sammenhold, der er dernede. De vil gøre alt for at beskytte hinanden, selv gå med en skade i længere tid. Der skal vi ind og lære dem, at de hjælper sig selv og hinanden bedst ved at melde skaden med det samme, så de kan blive klar igen i løbet af relativ kort tid; i stedet for at de går rundt med den og risikerer at blive pillet helt ud de sidste to måneder. Men det kræver, at der er nogen, der kan hjælpe dem".

Det skriver de om **fysioterapi og fysioterapeuter**



TVANG / "Kommune vil tvinge syge til motion". Bag overskriften i *Horsens Folkeblad* gemmer sig Hedensted Kommunes skærpede krav til langtidssygemeldte. "Tidligere har vi i Hedensted Kommune haft et tilbud til sygemeldte, der gik på, at de enten kunne få tid til træning og motion ved en fysioterapeut på vores regning eller ved en stress- og job-coach. Det ændres til, at det ikke længere er et tilbud, men et "skal", siger formanden for kommunens arbejdsmarkedsudvalg Susanne Jordt (S). Hun fortæller også, at indførelsen af de skrapere krav kommer i kølvandet på den nye lovgivning om refusion på sygedagpenge-området. Den betyder i praksis, at kommunerne for at kunne få refusion fra staten skal kræve af de sygemeldte, at de motionerer, træner og besøger en fysioterapeut. Susanne Jordt er opmærksom på, at den mere tvungne form for aktivering af sygemeldte kan have en slagside. "Derfor vil vi også forberede vores sagsbehandlere på, at de skal behandle hver enkelt sygemeldt med stor respekt og omhu. For den menneskelige respekt skal man kunne bevare på trods af sådan en lovgivning", siger hun.

TILBUD / I Esbjerg vil kommunen også gerne træne de sygemeldte, men her er der tale om et tilbud og ikke tvang, fortæller en artikel i *Nyhedsinformation for Social- og Sundhedssektor*. Her interviewes fysioterapeut Ellen Klinting, der i 1995 fik ideen til projektet "Sund i Arbejde" sammen med kommunens sikkerhedsleder. Når en medarbejder bliver henvist til Sund i Arbejde, bliver

vedkommende undersøgt, og på den baggrund tilrettelægger lægen og Ellen Klinting et individuelt træningsforløb, der kan vare fra en introduktion på halvdelen time til flere måneder alt efter medarbejderens behov. Projektet har længe været et permanent tilbud. I 2004 regnede man på det og kom frem til, at Esbjerg Kommune sparer omkring to millioner kroner om året, fordi hver af de undersøgte medarbejdere i gennemsnit har nedbragt sit sygefravær med otte dage. "Vi er ret sikre på, at vores løn nemt tjener sig ind", siger Ellen Klinting, der undrer sig over, at ingen andre danske kommuner umiddelbart har kopieret modellen.

GENOPTRÆNING 1 / Økonomichef Jørgen Dalsgaard kan også tale med om, hvad træning betyder for, hvor hurtigt man kan komme tilbage til arbejdet. I Jørgen Dalsgaards tilfælde drejer det sig om genoptræning efter en operation for diskusprolaps, og han fortæller i *Fyns Amts Avis*, hvor meget det har betydet, at genoptræningen har kunnet foregå på hold frem for, hvis han skulle have trænet alene derhjemme. "Her får vi både opmuntring og sikkerhed for, at vi laver øvelserne rigtigt. Det betyder også meget at møde andre i samme situation", siger Jørgen Dalsgaard. Han er netop kommet op på fuld tid på sin arbejdsplads efter en gradvis optrapning. "Det går fint, men jeg håber, at jeg kan få lov at fortsætte på rygholdet lidt endnu, for det betyder meget. Det er nogle dygtige folk, vi har til at træne os her", siger han.

GENOPTRÆNING 2 / En lignende solstrålehistorie er at finde i *Horsens Folkeblad*, hvor Anette Pedersen fortæller, hvordan hun er ved at genvinde bevægelighed og balance efter fire blodpropper.

Anette Pedersen er én af de otte, som i øjeblikket træner på FUT-holdet i kælderens i plejecentret Ceres Centret. "FUT" står for fem ugers træningshold. "Det er en stor hjælp, og man må sige, at systemet fungerer", siger hun. Fysioterapeut Martin Blomberg forklarer om træningen: "Det er intensiv træning det her. Folk skal blive forpustede. Det er meningen, at vi skal rykke de her mennesker et godt stykke, så de kommer videre med deres tilværelse. Og så er det vigtigt at vide, at det ikke er alder, som gør folk svagere eller ude af stand til at motionere - det er inaktivitet".

ÆLDRE / Det sidste kan de også skrive under på i Holme, hvor en fysioterapeut-studerende har kastet sig over opgaven med at lære ældre at træne. Det var ellers ikke opfyldelsen af en drøm, da Frederik Raaby blev sendt i praktik på lokalcentret i Holme, fortæller *Århus Stiftstidende*. Han så sig selv som klinisk ekspert i et prestigefyldt job, der havde med alt andet end ældre mennesker at gøre, men uddannelseschefen på VIA University College var nådesløs. "Heldigvis", siger Frederik Raaby, der i dag ikke er i tvivl om, at han vil arbejde inden for ældreområdet. "Før jeg startede i praktik, tænkte jeg, at der ikke ville være nogen udfordringer i arbejdet med de ældre. Nu har jeg opdaget, at de har en hel masse uudnyttede ressourcer, og at det er det sted, man finder de allerstørste udfordringer". Frederik Raaby drømmer om at skabe sig et job som konsulent i ældreplejen. "Jeg vil gerne undervise både fysioterapeuter og de ældre i at træne og sætte nogle initiativer i gang. Der er masser af steder med uudnyttet kapacitet, hvor ældre kan træne. Det ville give den helt store samfundsmæssige gevinst. De ældre kan blive selvhjulpne og få større livskvalitet".

Sundhedsfremme på arbejdspladsen

1. og 2. oktober 2009

Nyt uddannelsesmodul om sundhedsfremme:

Rådgivende Fysioterapeuter stiller skarpt på sundhedsfremme og har udarbejdet et uddannelsesforløb om sundhedsfremme på arbejdspladser. Følgende kursus er 1. modul i uddannelsesforløbet, der indtil videre består af 2 moduler. Modul 2 afholdes 3. og 4. november og har fokus på sundhedssamtaler.

Sundhedsfremme på arbejdspladsen:

Sundhedsfremme på arbejdspladsen har aldrig været så meget i fokus og udvikling som nu. Kommunerne er i gang med at udvikle deres indsatser over for medarbejderne på kommunens egne arbejdspladser som en del af den borgerrettede forebyggelse, som de har ansvaret for efter kommunalreformen. Og ifølge det seneste KTO-forlig 2008 er arbejdsgiverne forpligtede til at sætte sundhedsfremme og trivsel på dagsordenen.

Jobmuligheder for fysioterapeuter:

Alt i alt tyder det på, at der både er nye jobmuligheder for fysioterapeuter og mulighed for at præge udviklingen og være med til at sætte sundhedsfremme på arbejdspladsen endnu mere på dagsordenen end hidtil.

Følgende temaer vil være i fokus:

- Strategi og politik for sundhedsfremme
- forankring
- sundhedsfremme i praksis- metoder og værktøjer
- sundhedspædagogiske tilgange
- konsulentrollen
- sundhedsbegrebet og dokumentation - hvad ved vi virker?

Hvad får du ud af kurset:

- Viden om sammenhænge mellem sundhedsfremme, arbejdsmiljø og organisation
- Redskaber om metoder til planlægning og gennemførelse af sundhedsfremmetiltag
- Forståelse for konsulentrollen i forhold til organisationen og de overenskomstmæssige aftaler
- Mulighed for netværksdannelse

Formål:

Opkvalificering af fysioterapeuterne inden for sundhedsfremme. Derudover håber vi, at kurset giver deltagerne lyst til at præge og sætte fokus på udviklingen.

Pris:

4.400 kr. for medlemmer af Rådgivende Fysioterapeuter.
4.800 kr. for ikke medlemmer.

Sted og dato:

Hotel Sixtus, Teglårdsvej 73, 5500 Middelfart - inkl. overnatning
Torsdag den 1. oktober klokken 10.00 til fredag den 2. oktober klokken 15.30.

Tilmelding: www.ergonomi.dk senest den 26. juni 2009. Tilmelding er bindende

Kontaktpersoner: Anne Blædel på telefon 3530 3571,
E-mail: anne.blaedel@suf.kk.dk eller Gitte Arnbjerg på telefon 4597 1065,
E-mail: gia@cowi.dk



Faggruppen for
Akupunktur og Smerte



Bassinkursus 1

Tid: 25. - 26. september 2009

Sted: Sundhedscenter Øst, Langmarksvej 85,
8700 Horsens

Pris: 3.000 kr.

Ide og formål: Faggruppen for bassinterapi ønsker at uddanne fysioterapeuter til at arbejde optimalt i vand. Kurset tilstræber gennem praktisk og teoretisk undervisning at videregive den nødvendige grundlæggende viden om bassinterapi som danner basis for den gode bassinterapeuts praksis. Formålet er at udvikle den enkelte kursusedtager som bassinterapeut.

Mål: At give deltagerne en faglig viden om og personlig erfaring med bassinterapiens muligheder.

At få inspiration fra underviserens erfaring og relatere dette til egen praksis. At give viden om arbejdsmiljø og hygiejne.

Indhold:

- Teoretisk gennemgang og praktisk afprøvning af vandets fysiske egenskaber
- Kroppens fysiologiske reaktioner i vand
- Kontraindikationer til bassinterapi
- Introduktion til Halliwick konceptet
- Hygiejne og arbejdsmiljø omkring bassinet
- Brugen af vandets fysiske egenskaber i muskeltræning, aerob træning, udspænding og afspænding

Praktiske oplysninger:

Deltagere skal være medlem af faggruppen. Frokosten begge dage og en let middag fredag aften er inkluderet. Faggruppen vil kunne reservere overnatning på det lokale vandrehjem i 3-4-mands rum. Dette koster ekstra og skal oplyses på tilmeldingsskemaet.

Undervisere: Fysioterapeuter fra faggruppen for bassinterapi.

Tilmelding senest 28. august, 2009 på hjemmesiden www.bassinterapi.dk under Kurser - tilmelding til kurser og temadage. OBS! Din tilmelding til kurset er bindende efter tilmeldingsfristens udløb.

Yderligere oplysninger:

Ved Anne Downey på telefon om aftenen: 38 60 95 65 eller e-mail : anne.downey@mail.tele.dk

ARBEJDSMILJØ

Arbejds miljøkonsulent! - Er det dig??

Ide & formål:

Startskud for dig, der gerne vil arbejde professionelt med arbejdsmiljørådgivning. Kurset tager udgangspunkt i rollen som ergonomisk arbejdsmiljøkonsulent, og klæder dig på, så du lever op til de krav og forventninger Arbejdstilsynet stiller.

Kurset som professionel arbejdsmiljøkonsulent består af flere moduler, der kan tages samlet, eller enkeltvis og uafhængig af hinanden. Kurset er sammensat med det formål, at deltagerne evt. senere hen kan blive autoriserede ergonomiske arbejdsmiljørådgivere og løse ergonomiske problempåbud.

Kursusmodul 2 - APV & SIO (2 dages varighed)

Kurset indeholder bla. rollen som arbejdsmiljøkonsulent, herunder ansvar og begrænsninger i en sikkerhedsorganisation, arbejdsmiljøloven og reglerne omkring sikkerhedsorganisationen og Arbejdspladsvurderingen, den gode APV, APV'en tilpasset målgruppe, kortlægningsmetoder, Arbejdstilsynets krav og acceptniveauer, forskellige APV-modeller, Arbejdsstrivelsesvurdering (ATV), fokus på indtjeningsmuligheder, samt gode råd til at komme i gang.

Praktiske oplysninger:

Målgruppen er ergo- og fysioterapeuter, sikkerhedsrepræsentanter, sikkerhedsledere, arbejdsmiljøkonsulenter og andre som arbejder med arbejdsmiljø. Max. 20 deltagere pr. hold, og efter "først til mølle" princippet.

Kursussteder: Vejle d. 7/9 + 8/9 og København d. 14/9 + 15/9.

Deltagerne vil arbejde med gruppeopgaver i forskellige brancher, og der vil blive udleveret materiale, som efterfølgende kan bruges i virksomhederne.

Pris: 4.800,- + moms pr. kursusmodul, inkl. forplejning og kursus materiale.

Tilmeldingsfrist senest 1 uge før kursus start. For yderligere oplysninger, program og tilmelding, send venligst en mail til info@zimtek.dk

Flyt sikkerhedsarbejdet til et højere niveau

Faggruppen for
Akupunktur og Smerte



Kurser i 2009

Kursus 1: 21-23. august - Hvidovre Hospital

Kursus 1: 4-6. september - Regionshospital Horsens

Kursus 2: 23-25. oktober - Regionshospital Horsens

Kursus 3: 6-8. november - Hvidovre Hospital

Fordybelseskursus efterår: 27-29. november
Regionshospital Horsens

Yderligere information og tilmelding: dffas.dk

Skulderkursus - Analyse og Behandling

Målgruppe:

Fysioterapeuter med interesse for skulderbehandling

Underviser:

Fysioterapeut Lisbeth Rejsenhus

Tid:

Fredag den 28. august kl. 10:00 til kl. 18:00

Lørdag den 29. august kl. 09:00 til kl. 17:00

Sted:

Skulderklinikken Viborg, Vestergade 3, 8800 Viborg

Pris:

Kr. 2.300,- inklusiv frokost og kaffe.

Tilmelding til

Skulderklinikken Viborg

Tlf.nr. 87201900 eller mail@skulderklinikkenviborg.dk

Yderligere information:

www.skulderklinikkenviborg.dk

Skulder klinikken
VIBORG ApS
FYSIOTERAPEUT LISBETH REJSEHUS

DEN INTELLIGENTE KROP

ved Lotte Paarup

Savner du inspiration?

Deltag på Lotte Paarups kurser med enten den brede træningselastik eller med små og store træningsbolde.

Begge kurser bruger elementerne fra Pilates træning, hvor åndedræt, mobilitet og stabilitet er i fokus.

Lotte har mange års erfaring med begge redskaber, som hun har udviklet brugen af, siden hun startede formidlingen af dette i Danmark for over 8 år siden.

Du får masser af inspiration til øvelser, der kan bruges til både individuel træning samt holdtræning.

Dato, sted og pris

Pilates med elastik

22. sep 2009 kl. 16-21 i København // Pris DKK 1.200,-

Pilates med bolde

23. sep. 2009 kl. 10-17 i København // Pris DKK 1.500,-

Læs fuld kursusbeskrivelse på www.denintelligentekrop.dk, hvor du også kan tilmelde dig. Vi kan kontaktes på tlf. 44 92 73 49 eller på mailadressen info@denintelligentekrop.dk

Få Lotte ud til Jer!

Book Lotte Paarup til et kursus hos Jer!
Kontakt os og få en snak omkring mulighederne og Jeres behov.





THE
INTERNATIONAL
ACADEMY OF
OSTEOPATHY
(IAO)

Master of Science in Osteopathy (MSc.Ost.) DO-diploma ISO 9001 Quality Assurance

All teachers are **academically trained**.
Exclusive **integrative programme** and **scripts**.
The Training can be followed at your **own pace**.
Personal guidance.
Recognition professional organisation

Osteopathy is the most complete form of manual therapy. Through a structured system of mobility examination, losses of mobility in the musculo-skeletal, the visceral and the craniosacral system are found. The lesions are linked to each other to find the most primary lesions that cause the complaint. This way, the mechanical, vascular and neurological stresses on the complaint area are treated so that the body can find its integrity back and the complaints disappear.



Free Introduction Course:
Lørdag 19.09.09 – 9.00-12.30

Fysioterapeutskolen i København
Sigurdsgade 26, 2200 København N
Tel : 0031-226 34 03 22
Fax : 0031-226 34 10 32
Web : www.osteopathy.eu
e-Mail : info@osteopathy.eu

First osteopathic encyclopedia
30 ebooks with videos of all osteopathic tests and techniques
Musculoskeletal-Visceral-Cranial Osteopathy.
Download **FREE** ebook
www.osteopathy.eu
FREE subscription to the
International Osteopathic Journal



VIA
UNIVERSITY COLLEGE

TID TIL FORDYBELSE

Sæt kompetenceudvikling på dagsordenen

Uanset din profession, baggrund og erfaring har VIA University College sandsynligvis et kompetencegivende efter- og videreuddannelsesstilbud, der matcher dig og din organisation.

Efter- og videreuddannelsesdivisionen varetager videreuddannelse og anden kompetenceudvikling, rådgivning og udviklingsarbejde for offentlige og private virksomheder overalt i region Midtjylland.

Se efterårets diplomuddannelser, akademiuddannelser, kurser og ansøgningsfrister på:

www.viauc.dk/efteruddannelse

1324, marth



MULLIGAN CONCEPT

Mobilisations with movement, Nags, Snags, etc...BRIAN R. MULLIGAN

Ny tænkning. Måske fremtiden i manuel terapi. Mulligan konceptet handler om effektive og smertefrie ledmobileringssteknikker for perifere og spinale led. Kendskab til Mulligan konceptet er uundværligt for alle muskuloskeletale- og idrætsfysioterapeuter. Teknikkerne er forholdsvis lette at lære for alle fysioterapeuter med interesse for manuelterapi.

Læs om konceptet og opdaterede kursusdatoer
www.bmulligan.com

Underviser:

Fysioterapeut, MT, Josef M. Andersen, M.PT Musculoskeletal & Sports, CMP, Mulligan Concept Teachers Association (MCTA)

Kommende kursus	KBH	Aalborg	PRIS
I Introduction	1. August	6. August	1.600
A Upper Quadrant A	14.-15. August	7.-8. August	3.300
B Lower Quadrant B	28.-29. August		3.300

**Tilmelding kun via følgende e-mail,
efter først til mølle princippet.**

mulligan.dk@gmail.com

Mobil: 22 30 22 33

Konto: Reg. 5190 1022957

KROP & FYSIK

DER ER 13 AT VÆLGE IMELLEM

Vidste du, at Krop & Fysik har en hel serie af pjecer, hvor du kan få information og gode råd om, hvordan du kan tage vare på din krop. Pjecerne er skrevet af fysioterapeuter i samarbejde med andre sundhedsfaglige personer.

Pjecerne er på 16 sider med mange illustrationer og øvelsestegninger.



SPØRG EFTER
PJECERNE HOS DIN
FYSIOTERAPEUT

Du kan bestille pjecerne på hjemmesiden:

www.krop-fysik.dk

Holdning og åndedræt i et integreret system

Den vigtigste metode til at forbedre din holdning går gennem dit åndedræt og de dybe muskler i abdomen.

Stabilitet er afgørende for enhver bevægelse og kvaliteten af denne. Dette udvikles i det første leveår, men ikke altid optimalt og kan ved skader eller sygdom svækkes.

På dette kursus lærer du metoder til at forbedre din egen krops holdning og øvelser som kan bruges i terapeutisk sammenhæng til muskulo skeletale patienter.

Underviser er fysioterapeut, magister i re-habilitering, balletdanser og yagalærer Jiri Cumpelik, Prag.

Han har en enestående evne til at kombinere det naturvidenskabelige med år tusinde lang viden fra yoga og ballet.

Tid: 28.8 og 29.8 2009

Sted: Grindsted husholdnings skole

Pris: 2.900,-

Tilmelding før 1.7 på: grje@privat.dk

For nærmere information se hjemmesiden: www.grindstedfys.dk under kurser.

ÅR 2009

DEADLINE

Blad nr.	Deadline	Udkommer
12	18. juni	3. juli
13	6. august	21. august
14	20. august	4. september
15	3. september	18. september
16	17. september	2. oktober
17	1. oktober	16. oktober
18	22. oktober	6. november
19	12. november	27. november
20	26. november	11. december
1/10	10. december	8. januar/10

Klinik til salg

Klinik beliggende på Vestsjælland (4230) sælges.

To ydernumre, et over 30 timer og et under 30 timer, sælges enten samlet eller separat.

Selve klinikken er placeret i lejede lokaler med handicapadgang, træningsfaciliteter og gode parkeringsmuligheder.

Info kan fås på tlf: 50737850



Nyt job Et medlem af Danske Fysioterapeuter må kun tage ansættelse i en månedslønnet stilling som fysioterapeut såfremt stillingsvilkårene er godkendt af foreningen. Hvis der er indgået overenskomst med foreningen om ansættelsesvilkår, må et medlem ikke tage ansættelse på vilkår, der er dårligere en overenskomsten.

Privat ansættelse Alle, der ansættes mere end 8 timer om ugen skal have kontrakt med aftale om bl.a. løn. Standardkontrakter til praksisområdet rekvireres hos Ditte Aggerholm, 3341 4655, da@fysio.dk. Kontrakter kan downloades på www.fysio.dk/praksis/privat

Amter/kommuner Løntillæg skal forhandles ved ansættelsen. Sig ikke din nuværende stilling op, før du har et tilsagn om lønnen i den nye stilling. Yderligere oplysninger om løn- og ansættelsesvilkår fås hos tillidsrepræsentanten eller på www.fysio.dk

Udlandet Hvis du søger oplysninger om arbejde i udlandet kontakt Henriette L. Sørensen, 3341 4654, hls@fysio.dk

Standardkontrakter Danske Fysioterapeuter anbefaler at "standardkontrakter for udlejning af praksisret" benyttes, når der indgås aftale mellem ejer og lejer. Kontrakten indeholder bl.a. 6 mdrs opsigelsesvarsel fra klinikkens side efter udløb af eventuel prøvetid, og kontrakten indeholder ikke konkurrence/kundeklausuler. Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse har besluttet, at det i alle annoncer skal fremgå, hvilket opsigelsesvarsel klinikken har over for lejeren efter eventuel endt prøvetid, ligesom det skal fremgå, om lejeren bindes af en konkurrence/kundeklausul eller ej.

Hillerød Fysioterapi og Træningscenter ApS

Vi søger en ny kollega med klinikerfaring og klinikrelevante kurser til ledigt ydernummer.

På vores 1.600 kvm. er vi 12 fysioterapeuter, 3 sekretærer, 1 klinisk diætist, 20 fysioterapeutstuderende og instruktører. Klinikken har lukkede behandlingsrum med computer, gode hold- og træningsfaciliteter samt stort træningscenter.

Vi prioriterer god stemning på klinikken og et højt fagligt niveau, hvorfor vi jævnligt afholder kurser og interne workshops.

Vi arbejder med SuperSole indlæg, chockwave, ultralydsscanning, testning af flotoptagelse og løbestil.

Vi forventer at du har/er:

- Interesse for træning og holdtræning.
- Indstillet på løbende at videreudanne dig.
- Pålidelig, fleksibel og udadvendt.
- Du skal påregne både tidlige og sene arbejdstider.

Vi glæder os til at høre fra dig.

Ansøgning til Hillerød Fysioterapi & Træningscenter, Milnersvej 39, 3400 Hillerød.

Du er også velkommen til at kontakte Lars eller Thomas på 48 26 80 13 for yderligere information.

Læs mere om os på www.hftc.dk



/ Klinikken følger standardkontraktens punkter vedrørende opsigelsesvarsler og fravalg af konkurrence/kundeklausuler. /

BeneFit Fysioterapien Biesgade

Vikar for fysioterapeut i dynamisk team

Vi søger fysioterapeut med brede kompetencer, f.eks.: McKenzie, MTT, boldtræning, fysio-pilates mm. Foruden alment klinikerarbejde med individuel behandling, samt træning i eget træningscenter under og udenfor sygesikringsregi, arbejder vi med sundhedsfremmeprojekter til virksomheder. Desuden har vi genoptræningsopgaver af knæ, skuldre og ryg for kommunen. Vi er 5 fysioterapeuter, som glæder os til at dele vores varierede arbejdsopgaver med dig. Vikariatet er en fuldtidsstilling som funktionær og har varighed frem til 31/12-2009. Du skal påregne 1-2 arbejdsdage der slutter ca. kl. 18.00. Tiltrædelse 1. juli 2009 eller snarest derefter.

Ansøgning sendes til:

BeneFit Fysioterapien Biesgade, H.I.Biesgade 6, 9500 Hobro
Se endvidere vores hjemmeside www.benefit-hobro.dk

Klinik i Tølløse

har fået ekstra kapacitet og søger derfor en fysioterapeut til et ydernummer u. 30 timer fra den 1. juli eller snarest herefter

Klinikken består af et ungt, dynamisk team på fire fysioterapeuter og en sekretær. Vi har en bred faglig viden og vægter alle selvstændighed, faglig sparring og et humoristisk livssyn meget højt. Vores interesseområder er følgende: Idrætsfysioterapi, MET, McKenzie, Osteopati, børnefysioterapi mm. Vi udarbejder supersole, giver akkupunktur og tilbyder holdtræning. Klinikken har endvidere et mindre lokale med diverse træningsmaskiner.

Skriftlig ansøgning sendes til e-mail: info@t-fys.dk

Ved spørgsmål kontakt: Mikael, Tlf. 26140517 eller Pernille: Tlf. 26829068

Tølløse Fysioterapi, Tølløsevej 14 a st., 4340 Tølløse, Tlf.: 5918 6866
Læs mere om klinikken på vores hjemmeside www.t-fys.dk

/ Klinikken følger standardkontraktens punkter vedrørende opsigelsesvarsler og fravalg af konkurrence/kundeklausuler. /

Lions Kollegiet Center for Erhvervet Hjerneskade

Barselsvikar som fysioterapeut

En af vores dygtige fysioterapeuter går på barsel og vi har derfor et vikariat ledigt til besættelse fra 1. august eller snarest derefter indtil 31/1 2010. Stillingen er på 37 timer/uge.

Lions Kollegiet er et bo-, aktivitets- og rehabiliteringscenter for yngre brugere med en betydelig og varig nedsat fysiske og / eller kognitiv funktionsevne som følger af deres medfødte og/eller erhvervede hjerneskader.

Arbejdet er alsidigt og omfatter bl.a.:

- Tæt tværfagligt samarbejde i forhold til indsatsen for og omkring brugerne.
- Behandling, aktivitet og forebyggelse. Vurdering, indkøb og tilpasning af hjælpemidler samt fx. holdtræning, bassintræning og rideterapi.

Vi søger en kollega der har interesse for, eller erfaring med neurologi. Vi forventer, at du værdsætter tværfagligt samarbejde og er i stand til at planlægge og prioritere selvstændigt mellem opgaverne. Du vil blive ansat i et team, hvor det øvrige personale er social- og sundhedsassistenter, pædagoger samt en ergoterapeut.

Ansøgning til Ledende Terapeut Kristina Sørensen, Lions Kollegiet, Tuborgvej 181 2400 KBH NV.

Ansøgningsfrist: 3. juli 2009.

Ansættelsessamtaler: forventes i uge 29 eller efter aftale. Hvis der er spørgsmål er du meget velkommen til at henvende dig til Kristina Sørensen, tlf. 35 31 90 62 eller klik ind på www.lions-kollegiet.dk



Etablering og drift af træningscenter

Fysioterapeut og advokat som har mange års erfaring med etablering og drift af kommercielt drevne træningscentre i forbindelse med fysioterapi-klinikker tilbyder konsulentbistand.

Vi sikrer:

- Juridisk rådgivning gennem hele processen
- Fornuftig drift fra starten
- Realistiske budgetter
- Rådgivning om oplæring og uddannelse af personale
- Markedsføring der virker
- At du får en samarbejdspartner der ser muligheder og løsninger
- At du opnår bedre økonomi i din forretning

Vi dækker hele landet. Kontakt os for en uforpligtende forespørgsel.

FysioKonsulenterne

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

www.fysiokonsulenterne.dk





 **Silkeborg Kommune**

Fysio-/Ergoterapeuter

Silkeborg Kommune søger 3 terapeuter pr. 1. oktober 2009 til et nyt initiativ:

”Bevar mestringsevnen – aktiv træning”

Formålet med projektet er, at borgere oplever en øget livskvalitet gennem

- at fastholde og styrke den fysiske, kognitive og sociale mestringsevne, så borgeren mestrer eget liv længst muligt
- at nedsætte forbruget af kompenserende pleje og hjælp og dermed muliggøre en fastholdelse af serviceniveauet på trods af demografisk betinget pres
- at forebygge indlæggelser og nedbringe sygehusforbruget for borgere

Hensigten med projektet er desuden at skabe evidens for, at aktiv træning samtidig er sundhedsøkonomisk fordelagtig.

Flere oplysninger hos: Hanne Jensen, leder af Træningssektionen, 2170 3017/
hanne.jensen@silkeborg.dk, hvor også projektbeskrivelse kan rekvireres.

Eller Rikke Karlsen, fuldmægtig i Sundheds- og Omsorgsafdelingen, 8970 1894/
rikke.karlsen@silkeborg.dk

Se hele annoncen på www.silkeborgkommune.dk
(Job ved Kommunen)

www.silkeborgkommune.dk



Uddannelsesleder SUNDHEDSFAGLIGE GRUNDUDDANNELSER

Med henblik på at styrke de sundhedsfaglige uddannelser i Haderslev opslås en ny stilling som studieansvarlig for de sundhedsfaglige uddannelser i Haderslev.

I dag udbyder UC Syd professionsbacheloruddannelsen i ernæring og sundhed, og fra 1. september 2009 udbydes fysioterapeutuddannelsen som en udlagt uddannelse af UC Vest.

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til rektor Søren Vang Rasmussen på telefon 73227034 eller 21604231.

Ansøgning med CV sendes til rektor Søren Vang Rasmussen på mailadressen svr@ucsyd.dk

Ansøgningsfrist den 24. juni 2009.

[Se hele opslaget på ucsyd.dk](http://ucsyd.dk)

UC Syd udbyder syv professionsuddannelser og har til huse i Sønderborg, Aabenraa, Haderslev og Kolding. Desuden seks videncentre og en betydelig efter- og videreuddannelsesvirksomhed.



Halsnæs
Kommune

Sundhed og pleje
– job for de kærlige & seje

Fysioterapeut

Barselsvikar
Træning og Aktivitet
Kontakt: Jette Albrechtsen
tlf. 4796 7730
eller Lis Møller Kjeldsen
tlf. 4778 4317
Ansøgningsfrist: 23. juni 2009.

www.kaerligeogseje.halsnaes.dk

Halsnæs Kommune Rådhuspladsen 1 3300 Frederiksværk Telefon 4778 4000

Regionshospitalet Hammel Neurocenter Forskningsansvarlig fysioterapeut

Som led i intensiveringen af forskningsindsatsen i neurorehabilitering søger Regionshospitalet Hammel Neurocenter en fysioterapeut til en nyoprettet post-doc stilling. Der er tale om en stilling på fuld tid som ønskes besat pr. 1. oktober 2009 eller efter aftale.

Du vil få en nøglerolle i udvikling af dit fagområde i en tværfaglig sammenhæng. Der er tale om en 100% forskningsstilling, hvor vi har brug for en struktureret, analytisk og fleksibel person, som brænder for at arbejde med denne vigtige og spændende opgave.

For at løfte denne udfordrende opgave skal du som minimum have en ph.d grad og gerne en relevant selvstændig forskningsprofil. Konkret klinisk erfaring indenfor neurorehabilitering er en fordel, men ikke en forudsætning. Du indgår i et tværfagligt og tværvidenskabeligt forskningscenter, hvor du samarbejder med blandt andre fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger og psykologer. Den forskningsansvarlige fysioterapeut tænkes at få et tæt samarbejde med de ansatte i Udviklingsenheden samt de specialeansvarlige i klinikkerne.

Stillingen er en stabsfunktion til Centerledelsen, men forskningsmæssigt er den knyttet op på centrets professor (overlæge) med hvem du i fællesskab bliver ansvarlig for den forskningsmæssige udvikling af fysioterapeutbehandlingen på stedet.

Ansøgningsfristen er onsdag den 12. august kl. 12:00.

Se hele opslaget på www.neurocenter.dk

Klar til nyt job?

Fysioterapeuter til in-house sundhedsklinikker

HealthCare Danmark – det tidligere FysioWork Healthcare – søger fysioterapeuter til stillinger på in-house sundhedsklinikker i Silkeborg, Gjern, Kjellerup, Them samt LEGO i Billund. Ansættelse er pr. 1. september 2009, så send din ansøgning hurtigst muligt.

Vi tilbyder dig:

- Arbejde på in-house sundhedsklinikker i Silkeborg, Gjern, Kjellerup og Them og in-house klinik hos LEGO i Billund
- God løn med deltid- eller fuldtidsansættelse. Pensionsordning
- Super arbejdsklima og gode arbejdsforhold.
- Efteruddannelse på egen udd.institution, HealthCare Academy.

Vi søger fysioterapeuter med:

- Engagement, fleksibilitet og erfaring eller interesse for MDT
- Lyst til at indgå i vore tværfaglige behandlerteams
- Lyst til at gennemføre sundhedsprofiler, fysioterapibehandlinger, træning individuelt og i hold samt forestå workshops

Læs mere om jobbet på www.healthcaredanmark.dk. Har du spørgsmål så kontakt Regionschef Vest Marianne Grønnebæk, tlf. 4117 5581.

Send ansøgning, CV og relevante papirer til: job@healthcaredanmark.dk eller HealthCare Danmark, Niels Jernes vej 10, 9220 Aalborg Ø

HEALTHCAREdanmark

– vi gør Danmark sundere

MidtVest Osteopati & Fysioterapi søger fastansat provisionslønnet funktionær u/30 timer

Vi er 5 fysioterapeuter, én ergoterapeut og én osteopat - et flerfagligt team som har travlt med individuelle behandlinger, hjemmebehandling og holdtræning. Klinikken er moderne indrettet med lukkede behandlingsrum og beliggende i tilknytning til Vildbjerg Sports- og Kulturcenter, hvor vi lejer varmtvandsbassin, motionscenter og træningssal. Vi søger en fagligt velfunderet og selvstændig kollega - gerne med klinikerfaring - der vil arbejde for fagets og klinikkenes udvikling og som vægter en god og åben omgangstone blandt kolleger og patienter højt. Du skal søge stillingen, hvis du ønsker sikkerhed i ansættelsen, ferie med løn, fleksible arbejdstider, en alsidig dagligdag, samt mulighed for individuel supervision af erfarne fysioterapeut og osteopat.

Send din skriftlige ansøgning til:

MidtVest Osteopati & Fysioterapi, Sports Allé 4, 7480 Vildbjerg

Ansøgningsfrist: 24/6 2009. Anders Bak kan kontaktes på tlf. 51924560 aften efter kl. 20. Se vores hjemmeside www.osteo.dk

Mobil Fysioterapeut til ½ ydernr.

Parat til selvstændig dynamisk arbejdsdag, fleksibilitet, frisk luft, fantasi og faglig frihedsfølelse - så se her. Indlejer med eget ydernr. søges til fortrinsvis hjemmebehandling.

Kombination af handicap, børn, institutioner og virksomheds-beh. Plads til interesseområder. Krav om bil og netadgang.

Kolding Mobil Fysioterapi

Anders Basse Pedersen

Frejasvej 55, 6000 Kolding.

Tlf. 30224783 e-mail: a.basse@koldingmobilfys.dk

Ansøgning senest 1.7 2009

www.koldingmobilfys.dk

/ Klinikken følger standardkontraktens punkter vedrørende opsigelsesvarsler og fravalg af konkurrence/kundeklausuler. /

Vejle Fysioterapi og Træning

Fysioterapeut søges til varigt vikar arbejde

Ambitiøs og engageret fysioterapeut søges til vikariat. Vi lægger vægt på, at du er i besiddelse af eller har interesse for MT og MDT samt træning. Vi er til dagligt 5 fysioterapeuter, 1 hjælpepersonale og 1 sekretær. Vi har et højt fagligt miljø på klinikken og prioriterer en person, der kan bidrage både fagligt og personligt.

Vi kan tilbyde ca. 30 timer med et meget varieret patientgrundlag. Det er en nødvendighed, at du kan arbejde 2 dage sent.

Vi holder samtaler i uge 33. Vi glæder os til at høre fra dig. God sommer.

Vejle Fysioterapi og Træning

Else Marie Johannesen/Dennis Petersen

Rådhusvej 4 • 1 tv. 7100 Vejle • Tlf. 75820989

fysio@vejlefysioterapi.dk • www.vejlefysioterapi.dk

/ Klinikken følger **ikke** standardkontraktens punkter vedrørende opsigelsesvarsler og fravalg af konkurrence/kundeklausuler. /

Til vores nye kollega i FYSIOTERAPI KALUNDBORG

Lige nu søger vi en VIKAR til sommerferien, og vi har herefter et ledigt YDERNUMMER u/30t. Vi søger frisk, stabil fysioterapeut med blik for muligheder og faglig udvikling. Måske er du allerede i gang med at målrette dig fagligt mod praksissektoren? Vi er 10 fysioterapeuter med bred kompetence, har stort træningscenter med holdfaciliteter og bor centralt i hus med ca. 10 læger, speciallæger, fodterapeut, diætist og bandagist. Vi udfører genoptræning for kommunen og privathospitalet. Se vores hjemmeside for yderligere information om klinikken og "INFO om JOB".

Fysioterapi Kalundborg

Vestre Havneplads 10, 4400 Kalundborg, tlf 5951 5757

www.fysioterapi-kalundborg.dk

/ Klinikken følger **ikke** standardkontraktens punkter vedrørende opsigelsesvarsler og fravalg af konkurrence/kundeklausuler. /

Nike Convention 2009

11.-13. september



Program specielt udviklet til fysioterapeuter.
Teoretiske og praktiske workshops.
Lige til at implementere til din patient.

Over 100 workshops og Nike Sko fra kr. 1.699.
(inden 1. august)

www.nikeconvention.dk



Udgiveradresseret Maskinel Magasinpost
AL Henvendelse TIL:

Danske Fysioterapeuter,
Nørre Voldgade 90, 1358 København k.
Tlf.: 33 41 46 20