Den ledande tidningen för landets fysioterapeuter

FYSIOTERAPI

4 2019



NYHETER

Nya momsregler kan tvinga privatpraktiker att lägga ner

Diabetespatienter vill ha stöd till fysisk aktivitet

FORSKNING PÅGÅR

Förebyggande och rehabiliterande styrketräning

DEBATT

Följ den aktuella evidensdebatten! Tre sektioner svarar på kritiken.

Vår roll inom diabetesvården måste synliggöras

Möt Helena Neymark B som jobbat med sjukdomen i tio år.

PROFILEN

TEMA: Diabetes

TEMA Muskelaktivitet påverkar insulinkänsligheten • Mycket att vinna med träning & medicin • Kunskap kan avdramatisera skammen

INNEHÅLL 4



NYHETER
Styrketräning kan minska klimakteriebesvär.



FORSKNING
Armträning efter stroke går lika bra utan robot.



PROFILEN
Helena Neymark B vill att fysioterapins roll ska synliggöras bättre i diabetesvården.

- Vad är diabetes?
- Muskelaktivitet kan påverka insulinkänsligheten
- Mycket att vinna med både träning & medicin
- Fem snabba: Kunskap kan avdramatisera skammen

TEMA: Diabetes
s. 16–29

NYHETER
6. Nya momsregler kan tvinga privatpraktiker att lägga ner
7. Nytt smärtkänsligt organ hittat i huden
8. Rapport bekräftar att fysioterapeuter betalar sin kompetensutveckling

DEBATT
10. Ska vi slänga ut babyn med badvattnet eller inte?
11. Klinisk erfarenhet är långt ifrån vetenskap
12. Rådande normer påverkar evidensgraderingen
14. En enskild metod är inte starkare än sitt sammanhang

FORSKNINGSNOTISER
30. Qigong gav mer djupsömn vid sömnapné
31. Samband mellan löphastighet och rörelsemönster

AVHANDLING
32. Kliniskt resonemang är komplext men går att mäta





FORSKNING PÅGÅR
34. Förebyggande och rehabiliterande styrketräning

KRÖNIKAN
53. Att sluta skämmas räddar liv

ALLTID I FYSIOTERAPI
40. Medlemsnytt & förbundets ledare
46. Kursannonser
50. Plats- och etableringsannonser
50–51. Produktannonser

Besök oss på:
Svenskt Smärtforum 17-18 oktober
Fysioterapidagarna 23-25 oktober

Nya Cefar TENS – enklare och kraftfullare!

- **Elakupunktur**
- **Tydlig display**
- **Användarvänlig**
- **Integrerat batteri**

NYHET!
Inkluderar elakupunktur för terapeuten!









Cefar TENS är en 2-kanalig stimulator, anpassad både för hemmabruk av patienten och för terapeuten på kliniken för att ge behandling med elektrisk stimulering vid smärta (TENS) och neuromuskulär stimulering (EMS/NMES).

- **Uppladdningsbart Litium Polymer batteri:** Snabb och komplett uppladdning på mindre än 90 minuter som räcker till 6-10 timmars behandling beroende på vald parameter.
- **1+1 Funktion:** Cefar TENS-stimulatorn har 2 oberoende kanaler. Detta möjligör behandling med olika program samtidigt.
- **Uppföljning:** Lätt för terapeuten att följa upp patientens hemma-behandlingar via stimulatorn som visar både totala antalet behandlings-timmar sedan enheten nollställdes, samt enhetens totala användningstid.
- **Smärtnivå:** Registrera patientens smärtnivå i stimulatorn i början och i slutet av behandlingen, enligt numerisk skala 1-10.
- **Programlås:** Möjlighet att låsa stimulatorn till ett behandlingsprogram.
- **Vändbart bältesclips:** Vänd på bältesclipset så att kabelutgången sitter på ovansidan eller undersidan beroende på om över- eller underkroppen skall behandlas.
- **Programinställning:** Skapa upp till 5 program med olika individuella parametrar.
- **Akupunkturinställning:** Växlar till Cefars unika parametrar för nålstimulering (endast för akupunktur cert. terapeuter).
- **3 års garanti**



KURSER
TENS – djupgående
2 dagar med Heléne Hallström
Bromma, Stockholm, 11-12 september
Mer kursinfo på tenscefar.com

Kontakta din produktspecialist

Helene Garpefors
Stockholm ,Uppsala, Örebro
Västernorrland, Gävleborg
0730-43 70 20
helene.garpefors@djoglobal.com

Kim Forsell
Västra Götaland, Dalarna
Västmanland, Värmland
Södermanland, Östergötland
Gotland, Västerbotten, Jämtland
0702-09 71 19
kim.forsell@djoglobal.com

Mattias Ahlstrand
Blekinge, Kalmar, Skåne, Halland
Kronoberg, Jönköping, Norrbotten
0763-11 28 22
mattias.ahlstrand@djoglobal.com

tenscefar.com

Artrosskola

Handledarutbildning

Reumatikerförbundet inbjuder till en evidensbaserad handledarutbildning som ger dig kunskapen att själv eller i team hålla artrosskola med dina patienter.

Handledarutbildningen hålls av fysioterapeuter som i två dagar går igenom metod och material. Du får också lyssna till föreläsningar med initierade forskare.

Kursen är indelad i fyra teman:

- Att leva med artros
- Aktiv med artros
- Hälsosamma levnadsvanor
- Träning och Tester

Reumatikerförbundets artrosskola ger patienten kunskap och redskap för förändring.

14-15 november
Malmö

21-22 november
Stockholm

9-10 december
Göteborg

Anmäl dig på:
reumautveckling.se

För frågor och mer information:
lena.tholsson@reumatiker.se

Reumatiker förbundet

LEDARE

Det är värt att kriga för ny kunskap

Lois Steen
chefredaktör & ansvarig utgivare

Sedan försommaren pågår en livlig diskussion om evidensbaserad fysioterapi i vår pappersutgåva men främst på tidningens webb*. I denna utgåva publiceras några repliker på det kritiska inlägg som startade debatten. Centrala frågor inne i debattstormens öga är hur professionen värderar den kunskap som kommer ur forskning i förhållande till den kunskap som kommer ur klinisk erfarenhet samt hur fysioterapeutiska insatser blir så personcentrerade som möjligt. Det är viktiga frågor att diskutera, inte bara här, utan också med kollegorna där du befinner dig.

ATT VÅGA HA en kritisk ståndpunkt och stå upp för den live, är inte alltid enkelt. Det är inte heller enkelt att bli kritiserad och att svara på ett klokt sätt mitt i stunden. Oavsett vilken ståndpunkt man har krävs det mod för att stå kvar i stormens öga, att ta vara på det utmanande samtalet, även om man tycker helt olika. Nya forskningsfrågor kan komma ur detta spänningsfält och på sikt ge ny kunskap som blir livsavgörande för framtida patienter.

DE BEHÖVER att du som fysioterapeut har bästa tillgängliga kunskap som kan ge rörelseförmågan tillbaka. Bästa tillgängliga kunskap som gör att ryggsmärtan viker undan, som hjälper någon upp ur sängen, till skolan eller jobbet. Bästa tillgängliga kunskap som förebygger livshotande sjukdomar eller den där knäskadan som skulle sabotera hela idrottskarriären.



FOTO: GUSTAV GRÅLL

I DAGARNA HAR jag fått veta att en person som står mig nära har fått tillbaka sin cancer. Förra hösten jublade vi över att den var borta, tack vare den nya immunterapin. I december skakade han hand med Nobelpristagarna i medicin och tackade för deras livräddande forskning. Det var stort. Och det är det fortfarande. Att människor tack vare ny kunskap kan få mer tid att leva.

DET ÄR VÄRT att kriga för att ny kunskap ska nå in i varje patients unika livssituation. Så fortsätt att diskutera. Fortsätt att sträcka dig efter mer kunskap. Men gör det med en ödmjuk hållning, både till din egen och till andras kunskap. Varken du eller jag vet allt. Vi kan inte allt. Framför allt vet vi inte idag, vad vi kommer att veta i morgon.

Fysioterapeuter kan göra mycket för diabetespatienter
I detta temanummer kommer det fram att fysioterapeuter kan göra mycket för personer med diabetes. Evidensen finns redan för att fysisk aktivitet och träning har hälsofrämjande effekt. Nu är det dags att bli mer synlig på området, anser kliniker och forskare. *Läs mer på s. 9, 16-29.*

De nya momsreglerna gör företagandet ännu svårare
Det har sedan länge varit ett ekonomiskt risktagande för fysioterapeuter att driva eget företag. Nu vittnar privatpraktiker om hur de nya momsreglerna gör det ännu svårare att gå runt. *Läs mer på s. 6, 42.*

”Oavsett vilken ståndpunkt man har krävs det mod för att stå kvar i stormens öga, att ta vara på det utmanande samtalet”

lois.steen@fysioterapeuterna.se

Medarbetare i nr 4 • 2019


Helena Halvarsson
illustratör


Annika Olsson
frilansskribent


Agneta Persson
reporter Fysioterapi


Cecilia Fridén
red. Forskning pågår


Göran Hagberg
ad/formgivare


Maria Lönegård
bildbehandling

* Följ debatten på fysioterapi.se/debatt

Nya momsregler kan tvinga privatpraktiker att lägga ner

Sedan den 1 juli är köp av vårdtjänster belagda med moms, något som påverkar många egenföretagare. För privatpraktikern Åsa Bocké innebär de nya reglerna att hon kan tvingas lägga ner sin verksamhet.

NY SKATT Anledningen till att de tidigare momsbefriade vårdtjänsterna numera belagts med 25 procents moms är en dom i Högsta förvaltningsdomstolen från förra året. Då dömdes ett bemanningsföretag som hyr ut vårdpersonal att betala moms. Skatteverket har sedan i sin tolkning av domen kommit fram till att momsplikten ska gälla alla som sysslar med uthyrning eller konsultverksamhet inom vården.

Högsta förvaltningsdomstolens dom grundar sig på EU-praxis, men det är oklart om EU-rätten ska tolkas på det här sättet.

– Skatterättsnämnden var för övrigt inte enig i de förhandsbesked som kommit efter domen, säger Fysioterapeuternas chefsjurist Dominika Borg Jansson.

ENLIGT EN UNDERSÖKNING som Svenskt Näringsliv gjorde i juni på uppdrag av Vårdföretagarna hade nästan en tredjedel av sjukvårdsföretagen avslutat avtal med bemanningsföretag och konsultande vårdpersonal som en konsekvens av de nya reglerna. Hur många privatpraktiserande fysioterapeuter som drabbats är oklart.

Regelverket är snårigt och det är inte alltid självklart vem som omfattas av de nya reglerna, säger Dominika Borg Jansson.



Åsa Bocké är en av de privapraktiker som drabbats av de nya momsreglerna.

FOTO: PRIVAT

– Generellt kan man säga att den som har ett samarbetsavtal, eller vårdavtal med egen mottagning, eller är underleverantör med självständigt vårdgivaransvar, inte drabbas. Men ska man vara på den säkra sidan bör man ta kontakt med sitt lokala skattekontor för att reda ut vad som gäller i det enskilda fallet. Man kan också höra av sig till oss så hjälper vi till med frågeställningarna.

FÖR FYSIOTERAPEUTEN Åsa Bocké, som jobbar utan avtal mot landstinget i Stockholm och därmed omfattas av de nya reglerna, innebär momsen att hon förmodligen tvingas lägga ner sitt företag.

– Vi är sex privatpraktiker på en klinik som servar privata aktörer, företag, idrottsklubbar och stora försäkringsbolag. Varken kliniken eller vi terapeuter kan påverka prissättningen gentemot försäkringsbolagen. Jag kan helt enkelt inte lägga på moms.

Alternativet, att bära kostnaden själv, finns inte för Åsa Bocké.

– Vi har en bruttoinkomst som inte lämnar några marginaler. Skulle jag sänka min inkomst med 25 procent och alltså betala ur egen ficka skulle jag hamna på en lönenivå som ligger under min dotters första sommarjobb. Det går inte.

SOM EN AKUT LÖSNING för att kunna driva verksamheten vidare har klinikens ägare timanställt henne och de andra privatpraktikerna på provisionsbaserad lön.

– Jag vill driva eget men tvingas nu in i en anställning, säger Åsa Bocké. Vi får se om det kommer bära sig. Vi kanske går i konkurs på det här viset. ■

AP.



Styrketräning kan minska klimakteriebesvär

Ansträngande styrketräning tre gånger i veckan kan minska svettningar och vallningar i klimakteriet. Det visar en ny svensk studie.



ANSTRÄNGANDE I studien deltog 58 kvinnor i klimakteriet. Hälften levde som vanligt med viss oregelbunden fysisk aktivitet. Den andra hälften genomförde ansträngande styrketräning tre gånger i veckan, 45 minuter per gång, i 15 veckor. Resultaten visade att de som styrketränade minskade sina vallningar med i genomsnitt 44 procent, medan kontrollgruppens besvär var lika stora som förut.

FÖR ATT LINDRA klimakteriebesvär måste träningen innebära en rejäl ansträngning med påtagligt höjd puls, snabbare andning och svettningar.

– Vår teori är att ansträngande träning kan påverka endorfinerna i det centrala nervsystemet där också temperaturregleringscentrum sitter, säger Emilia Berin, doktorand vid Linköpings universitet. ■ LS.

Nytt smärtkänsligt organ hittat i huden

Forskare vid Karolinska institutet har hittat ett nytt sensoriskt organ som reagerar på smärtsam mekanisk påverkan. Det kan få betydelse för förståelsen av kronisk smärta. LS.

– Vår studie visar att smärtkänslighet inte bara uppstår i hudens nervtrådar, utan också från cellerna i detta nyupptäckta smärtkänsliga organ, säger Patrik Ernfors, professor vid Karolinska Institutet, och huvudansvarig för studien.

Det nya smärtorganet består av gliaceller med många långa utskott som bildar en väv under huden. Aktivering av organet leder till elektriska impulser i nervsystemet som leder till reflexreaktioner och smärtupplevelse. Cellerna i organet är mycket känsliga för mekanisk retning, som stick och slag. När forskarna lyckades stänga av organet, minskade möjligheten att känna mekanisk smärta.

– Upptäckten förändrar synen på de bakomliggande cellulära mekanismerna för kroppskänsel och kan få betydelse för förståelsen kring kronisk smärta, säger Patrik Ernfors.



Rapport bekräftar att fysioterapeuter betalar sin kompetensutveckling

Fysioterapeuter får oftast själva betala sin vidareutbildning. För sjuksköterskor är det tvärtom. Det visar en aktuell rapport.

UTBILDNING Det är Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, som tillsammans med Fysioterapeuterna och Vårdförbundet gjort en studie i fem regioner och fem kommuner för att undersöka hur det står till med kompetens- och karriärutvecklingsmodeller.

Rapporten konstaterar att fysioterapeuter och sjuksköterskor har olika möjligheter till kompetens- och karriärutveckling. Medan alla fem regioner erbjuder betald specialistutbildning för sjuksköterskor varierar det för fysioterapeuter huruvida en specialistutbildning bekostas av arbetsgivaren eller inte. Och medan flera kommuner erbjuder sjuksköterskor utbildningsanställning eller utbildningsbidrag är det ovanligt att de finansierar specialistutbildning för fysioterapeuter.

ATT FYSIOTERAPEUTER själva behöver betala sina vidareutbildningar är inte rimligt, säger Fysioterapeuternas hälso- och sjukvårdsstrateg Charlotte Chruzander.

– Rapporten bekräftar den bild vi har fått från våra medlemmar. I en kunskapsintensiv bransch är det nödvändigt att fysioterapeuter också ges goda förutsättningar till kompetensutveckling, säger hon. Ytterst handlar det om patientsäkerheten. ■

AP.



FOTO: LOIS STEEN

Det är nödvändigt att fysioterapeuter också ges goda förutsättningar till kompetensutveckling, säger Charlotte Chruzander.

Läs mer: Här kan du ladda ned SKL:s rapport https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/modeller-for-kompetens-och-karriarutveckling.html

NORDISK KONFERENCE
Vestibulær rehabilitering

Vær sikker på at få en plads – tilmeld dig i dag



Danske Fysioterapeuter har i samarbejde med førende forskere og praktikere fra ind- og udland planlagt en spændende 2-dages konference om vestibulær rehabilitering.

På konferencen lærer du bl.a at teste og tilrettelægge et træningsprogram for patienter med vestibulær dysfunktion.

Scan koden og se hele programmet på www.fysio.dk/nordiskvest

OPLÆGSHOLDERNE

Susan Whitney
Richard Clendaniel
Michael Craig Schubert
Katrine Storm Piper
Michael Smærup
Kasper Søndergaard

24.-25. oktober 2019

Radisson Blu Scandinavia Hotel
Amager Boulevard 70
2300 København S

TEMA: Diabetes

Personer med diabetes typ 1 vill ha stöd till fysisk aktivitet

Trots hälsovinsterna med fysisk aktivitet når alltför få personer med diabetes typ 1 upp till rekommenderad mängd. Brist på stöd kan vara en orsak till detta. Det pekar en ny enkätstudie på.

EXAMENSUPPSATS Via en webbaserad enkätstudie har två fysioterapeutstudenter vid Uppsala universitet kartlagt vilken information och vilket stöd till fysisk aktivitet, FA, personer med diabetes typ 1 får från vården.

I studien deltog 256 personer med diabetes typ 1 och resultatet visade att den vanligaste insatsen de fått var information om anpassning av insulindos vid FA. Samtidigt kom det fram att majoriteten av de som svarade (76,6 procent) inte hade fått något stöd till FA. De stödinsatser som deltagarna satte högst upp på sin önskelista var stöd med träningsprogram samt hjälp med motivation och målsättning vid FA. Följdfrågorna till dem som hade fått stöd kring FA visade att det främst hade kommit från en sjuksköterska (60,7 procent) och mer sällan av en fysioterapeut (16,1 procent).

STUDIEN VISADE VIDARE ett signifikant samband mellan deltagarnas aktivitetsnivå och nöjdheten med insatserna de fått kring FA.

– De som nådde upp till rekommendationerna för fysisk aktivitet var mer nöjda med informationen och stödet de fått från vården, medan de som inte var aktiva var mer missnöjda. Utifrån resultaten kan man anta att om vården blir bättre på att ge information och stöd, så kan det hjälpa personer med diabetes att bli mer fysiskt aktiva, säger Matilda Nordberg, som genomfört studien ihop med Louise Gustafsson.

– Det var också intressant att trots att den vanligaste insatsen var information om insulinanpassning vid fysisk aktivitet, ville deltagarna ändå ha mer information om det. Det visar att det är viktigt för dem, säger Louise Gustafsson.

Båda har nära anhöriga med diabetes typ 1. Med sin studie vann de utmärkelsen ”Bästa examensarbete” vid Fysioterapeutprogrammet vid Uppsala universitet, VT 2019. ■

LS.



Debattredaktör: **Lois Steen**
lois.steen@fysioterapeuterna.se

Ska vi slänga ut babyn med badvattnet eller inte?

Vad ska förkastas och vad ska behållas när vi rensar i professionens stora verktygslåda för att bli mer moderna? Ska vi slänga ut babyn med badvattnet eller bli bättre på att anpassa rehabiliteringen till den specifika individen? Det diskuterar Eva Rasmussen Barr, ordförande i Sektionen för Fysisk aktivitet och idrottsmedicin, i sin replik på Fredrik Nordins inlägg.



FOTO: LOIS STEEN

Eva Rasmussen Barr
Ordförande i Sektionen för Fysisk aktivitet och idrottsmedicin. Docent i fysioterapi, Karolinska Institutet

REPLIK **ATT LYFTA SIG** och kritiskt granska det vi gör i kliniken och det som lärs ut innebär en utveckling av vår profession. Därför välkomnar Sektionen för Fysisk aktivitet och idrottsmedicin en debatt om hur vi behandlar våra patienter och ser på de metoder vi använder och lär ut. Men vad ska vi förkasta och vad ska vi behålla? Och varför? Vår profession har under många år skaffat sig en allt större verktygslåda innehållande diverse tekniker och metoder där en del gått från att vara ”hajpade” till att inte ha något värde alls, medan andra har blivit kvar. Paradigmet har svängt från manuell och specifik behandling till mer generaliserad träning och fysisk aktivitet.

FREDRIK NORDIN MENAR i sitt debattinlägg att sektionen ger kurser i rörelseanalys som baseras på icke evidensbaserad kunskap. Vi är medvetna om att evidensen på gruppnivå för rörelseanalys inte är fullständig, vilket också framhålls på kurserna. Sektionen är också enig med Fredrik Nordin att evidensen för samband mellan hållning och smärta är svag. På kurserna lärs ut hur man observerar rörelse, testar muskler för styrka och rekrytering och på så sätt förhåller sig till rörelser som framkallar en smärta och som kan förändras genom rekrytering av muskler och korrigering av rörelse.

FYSIOTERAPEUTER ÄR DUKTIGA på att observera och analysera och den kunskapen ska vi behålla och träna oss i. I dag vet vi att det är stora individuella skillnader på hur vi rör oss och mycket av evidensen visar att det på gruppnivå inte skiljer sig mellan ”friska” och ”sjuka” vad gäller rörelsemönster. Vi vet dock att vid smärta förändras rekrytering av muskulatur, förändras muskelns morfologi och även representationen i motor cortex. Om detta har ett samband med ett förändrat rörelsemönster vet vi inte med säkerhet. Ett upprop inom forskningsvärlden är att studera subgrupper för att bättre kunna skräddarsy fysioterapeutisk rehabilitering och behandling.

DET PÅGÅR OCKSÅ DISKUSSIONER om huruvida det bästa sättet att gradera evidens verkligen är att genomföra randomiserade studier på gruppnivå med inklusion av heterogena grupper. Dessa RCT inkluderas i meta-analyser och ligger sedan till grund för evidensgradering av diverse behandlingsmetoder. Kanske är det så att pendeln kommer att svänga mer mot individbaserade studier, till exempel *Single Subject Designs*, där varje individs variation blir tydlig? Jag vill till sist lyfta begreppet evidensbaserad praktik, EBP, vilken inte endast vilar på den evidens som finns beskriven i litteraturen utan även vilar på klinikerns kunskap samt på patientens preferens.

VI BEHÖVER BLI MER MODERNA för att positionera oss inom dagens hälso- och sjukvård. Men frågan är om vi verkligen ska slänga ut babyn med badvattnet eller om ska vi bli ännu bättre på att anpassa vår rehabilitering till den specifika individen och göra det med en god kvalitet? ■

> Det pågår diskussioner om huruvida det bästa sättet att gradera evidens verkligen är att genomföra randomiserade studier på gruppnivå med inklusion av heterogena grupper.

Referenser

- Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, et al. *Toward a transdisciplinary model of evidence- based practice.* Milbank Q. Jun 2009;87(2):368-390.
- Van Dieën J. et al. *Motor control changes in low-back pain: Divergence in presentations and mechanisms.* J Orthop Sports Phys Ther. 2018 Jun 12:1-24.
- Van Dieën J. et al. *Analysis of motor control in low-back pain patients, a key to personalized care?* J Orthop Sports Phys Ther. 2018 Jun 12:1-24.
- Paul W Hodges. *Hybrid approach to treatment tailoring for low back pain: A proposed model of care.* J Orthop Sports Phys Ther. 2019 Feb 13:1-37.

Klinisk erfarenhet är långt ifrån vetenskap

Om vår kår nöjer sig med behandlingsmetoder som inte är bättre än placebo får vi mycket svårt att rättfärdiga vår existens i framtiden. Det skriver Lars Ludvigsson i sin kommentar till Fredrik Nordins debattartikel om tveksamt evidensunderlag.



Lars Ludvigsson
leg sjukgymnast, Msc, Västerås

REPLIK **JAG LÄSTE MED** stor tillfredsställelse Fredrik Nordins debattartikel *Hög tid att sluta med pseudovetenskapligt trams* i nr 3 av Fysioterapi. Jag tycker hans beskrivning är mycket träffsäker. Det är inte heller svårt att addera ytterligare tveksamma behandlingsmetoder till de punkter han tar upp. Var är exempelvis det vetenskapliga underlaget för tejpningar som används vid besvär i rörelseapparaten? Var är evidensen för nyttan av muskeltöjningsövningar?

OM VÅR KÅR ska tas på större allvar än alternativmedicinare behöver vi internt erkänna och diskutera att mycket av det som vår kår håller på med är tveksamt ur ett vetenskapligt perspektiv. Jag har många gånger hört kollegor dra sig undan denna frågeställning genom att framföra olika typer att argument eller ursäkter. Jag vill här nedan nämna några.

”Jag förlitar mig på min kliniska erfarenhet.” På detta vill jag svara att sjukgymnaster/fysioterapeuter har en klinisk erfarenhet som är precis lika bra eller dålig som homeopatens eller zonterapeutens. Klinisk erfarenhet är tyvärr långt ifrån vetenskap. Det är mycket svårt att särskilja placeboeffekter från reella effekter i den kliniska vardagen. De utvärderingar vi gör är ju ofta att enbart samtala med patienten. Patienten kan ju mycket väl, enbart för att glädja och tacka oss, säga att hen mår lite bättre utan att någon förbättring av betydelse har uppnåtts.

”Det spelar väl ingen roll om det är placebo eller inte, bara patienten blir bättre.” Nu är väl inte verkligenhet för någon sjukgymnast/fysioterapeut att alla våra patienter blir bättre av våra insatser.
Vad ska vi säga till de patienter som inte blir bättre av vår ”låtsasbehandling”? Vad ska vi svara en patient som ställer frågor kring evidensunderlaget för en viss behandling om behandlingen saknar vetenskapligt stöd? Vill vi sjukgymnaster/fysioterapeuter bara erbjudas placebo när vi blir sjuka? Varför ska vi intressera oss för forskning om vi inte har som mål att våra behandlingar ska vara bättre än placebo? Naturligtvis kan placeboeffekter utnyttjas – men då tillsammans med en verksam åtgärd!

”Att inte alla insatser är evidensbaserade gäller ju även andra vårdprofessioner. Varför ska vi sjukgymnaster/fysioterapeuter vara så självkritiska?” Det är ett ganska dåligt argument, om man vill utveckla vår kår. Dessutom ska vi nog begränsa oss till att se om vårt eget hus.

YTTERLIGARE ETT FENOMEN som jag har uppmärksammat i vår kår är den iver som uppstår när någon enstaka vetenskaplig artikel bekräftar vår övertygelse om en metods effektivitet, medan en forskningsartikel som motsäger denna övertygelse möts med totalt ointresse.

Ska vårt yrke utvecklas behöver kliniskt arbete i mycket större utsträckning baseras på vetenskap. Vi måste i större utsträckning ifrågasätta våra övertygelser och ställa oss frågan: ”Är denna behandlingsmetod verkligen bättre än placebo?”

VÅRA VERKSAMHETER behöver styras av evidens så långt detta är möjligt och inte av personliga övertygelser hos enskilda yrkesutövare. För om vår kår nöjer sig med behandlingsmetoder som inte är bättre än placebo tror jag att vi får det mycket svårt att rättfärdiga vår existens i framtiden. ■

Läs dessa och fler debattrepliker på webben! **www.fysioterapi.se/debatt**

Varför köra från det ena diket till det andra?

Självklart ska vi sluta med pseudovetenskap. Lika självklart borde det vara att sluta förkasta beprövad erfarenhet. Ingen vill väl vara under evidensens tyranni. Det skriver Sveneric Roslin i sitt debattinlägg.



Vår beprövade erfarenhet är lika viktig som forskningen

Vi ska inte sluta med metoder som fungerar i det kliniska arbetet bara för att ingen lyckats göra bra forskning på det. Vår beprövade erfarenhet är lika viktig som forskningsresultaten. Det skriver OMT-specialisten Lars Eriksson i sin replik.

Debattredaktör: **Lois Steen**
lois.steen@fysioterapeuterna.se

Rådande normer påverkar evidensgraderingen

I dagens vetenskapssamhälle hamnar fysioterapeutiska behandlingsstudier på efterkälken vid evidensgradering, då vi fokuserar på patientens egna resurser kombinerat med en svårighet att blinda våra studieupplägg. Det skriver Mathias Andersson, ordförande i Smärtsektionen, i sin replik på Fredrik Nordins debattartikel.



Mathias Andersson
ordförande i Smärtsektionen

REPLIK I SIN DEBATTARTIKEL med kritiska reflektioner sätter Fredrik Nordin fingret på något som vi fysioterapeuter behöver belysa. Den öppnar också upp för en dialog om fysioterapins framtida roll, som jag välkomnar.

I vår grundutbildning lär vi oss tidigt att basera våra interventioner på djuplodande och riktade personcentrerade analyser. Våra interventioner har ofta intentionen att sätta patientens funktion främst. Detta funktionsfokus innebär en stor möjlighet att i det kliniska arbetet dra nytta av den kanske minst utnyttjade resursen i vårdkedjan – patienten själv – och därmed också patientens kroppsliga förmågor och fysiologiska system.

NÄR REGELRÄTTA RANDOMISERADE kontrollerade studier (RCT) utförs, där vi inkluderar de patienter som vi möter i vår kliniska vardag, står sig dock resultatet ofta ganska blygsamt i evidensgraderingssammanhang. RCT-studier som utvärderingsform tycks gynna material som kan blindas och gärna dubbelblindas samt omfamna stora och gärna homogena studiepopulationer, varför resultaten av fysioterapeutiska personcentrerade behandlingsinterventioner antingen tycks förminskas eller framstå vara av ”låg kvalitet”. På grund av ovanstående aspekter har den externa validiteten från RCT-studier ibland ifrågasatts då den ska omvandlas till kliniska sammanhang. De förändringar som patienter uttalar efter en behandlings-/rehabiliteringsperiod visar sig således inte i full utsträckning när effekter utvärderas i en RCT-design.

HÄR KOMMER VI TILL NÅGOT CENTRALT: En RCT anses i dagsläget vara ”Gold standard” i kliniska sammanhang och evidens baseras i hög grad på RCT-studier. Men eftersom denna studieform förvånansvärt sällan kan belysa samtliga spektra av utfallet av fysioterapeutiska personcentrerade behandlingsinterventioner, använder vi i nuläget ofta olika typer av studiedesign för att bäst visa effekterna av våra behandlingsinterventioner – däribland exempelvis kvalitativa studier eller mixed methods-upplägg. I sin debattreplik till Fredrik Nordin hänvisar Eva Rasmussen Barr, ordförande i Sektionen för Fysisk aktivitet och idrottsmedicin, dessutom till resonemang om *single-subject experimental designs* och subgrupperingar som ett alternativt exempel. Hon lyfter också frågan om det bästa sättet att gradera evidens är att genomföra RCT-studier på gruppnivå med inklusion av heterogena grupper. Dessa infallsvinklar ställer jag mig bakom.

Vi kan konstatera att som vetenskapssamhället ser ut just nu, hamnar fysioterapeutiska behandlingsstudier på efterkälken i evidensgraderings-

Journalprogram för dig
www.rixdata.se
Gratis demoversion
WinEazy
Rix
Företaget med hjärta

sammanhang – och att de gör det just på grund av att fysioterapeuter nyttjar patientens funktion och resurser kombinerat med den svårighet vi har att blinda våra studieupplägg. Att tillsammans med verksam åtgärd kunna dra fördel av de fysiologiska responser som förknippas med placebo kan samtidigt öka patientens förutsättning att återta förmåga och funktion, och därför antingen ses som något vi behöver utveckla ytterligare eller förhålla oss distanserat till. Om vi väljer det första alternativet så borde vi kanske lyfta fram hur vi kan bli ännu bättre på att använda oss av patientens egna resurser – och om detta personcentrerade synsätt får ett större genomslag kanske det är vetenskapssamhällets nuvarande evidensgraderingssystem som måste anpassas för att inte halka efter.

ÅTER TILL DEN AKTUELLA DEBATTEN: Fredrik Nordin hänvisar i sin kritik av akupunktur som icke-evidensbaserad behandlingsform till en ledare i en tidskrift formulerad av två till synes mycket välmeriterade författare. Frågan är dock lite mer komplex om man lyfter blicken och ser lite vidare på sammanhanget. Akupunktur är en globalt spridd behandlingsmetod som i Sverige är statligt skattefinansierad. Nyligen släppte Regeringskansliet rapporten ”Komplementär och alternativ medicin och vård” (1) där det framgår att akupunktur står fast som komplementär behandlingsform, även om rapporten framhåller svårigheten att

Frågan är lite mer komplex om man lyfter blicken och ser lite vidare på sammanhanget. Akupunktur är en globalt spridd behandlingsmetod som i Sverige är statligt skattefinansierad.

dra säkra resultat av tidigare utförda akupunkturstudier kopplat till ”metodproblem och spretande resultat”. Det finns även översikter utförda av exempelvis Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2,3) och Cochrane (4) som generellt inte tar tydlig ställning för eller emot akupunktur. Även dessa referenser relaterar sina uttalanden om osäkerhet till att de studier som gjorts är små och av lägre kvalitet.

MITT SYFTE ÄR INTE att försvara fysioterapeutiska interventioner per se, och inte heller specifikt akupunktur som behandlingsform. Men jag vill lyfta frågan till att också inkludera de rådande normerna kring den vetenskapliga evidens som vi hänvisas till.

PARALLELLT VET VI att vi står inför en framtid där varken hälso- och sjukvårdens eller jordens resurser räcker till om vi fortsätter att leva som vi gör i nuläget.

För fysioterapeuter är det ofta självklart att sträva efter att engagera och dra nytta av patientens egna tillgångar, dels för att våra interventioner ofta är helt beroende av det och dels för att en stor del av vår professionella styrka är vår förmåga att stimulera patientens funktion.

Kanske är det precis detta, att i ökad grad försöka stärka patientens egna resurser tillsammans med verksam åtgärd, som hälso- och sjukvården måste bli bättre på. Här har fysioterapeuter som yrkesgrupp troligen ett försprång – om vi förvaltar vårt pund väl. ■

Referenser

1. SOU 2019:28. *Komplementär och alternativ medicin och vård.* https://www.regeringen.se/49bfe5/contentassets/c9ce60ddd06b44eab33fa8074ced9a26/komplementar-och-alternativ-medicin-och- vard-sou-2019_28.pdf
2. SBU.se https://www.sbu.se/sv/sok/?q=akupunktur hämtad 2019-05-22
3. SBU.se https://www.sbu.se/sv/sok/?q=akupunktur+evidens hämtad 2019-05-22
4. Cochrane.org https://www.cochrane.org/search/site/acupuncture hämtad 2019-05-22

Tomt i skåpet?
– Medema har det du behöver



MEDEMA® Carefully chosen
www.medema.se | 08-404 1200

Debattredaktör: **Lois Steen**
lois.steen@fysioterapeuterna.se

En enskild metod är inte starkare än sitt sammanhang

I randomiserade kontrollerade studier ser vi ofta heterogena grupper där bio-, psyko- eller sociala aspekter inte beaktats tillräckligt, vilket påverkar resultaten. Det skriver OMT-sektionen samt utbildare vid Luleå tekniska universitet i en replik på Fredrik Nordins debattartikel.



Erik Nexborn
Ordförande i Sektionen för ortopedisk manuell terapi



Peter Michaelson
Leg. sjukgymnast, biträdande professor i fysioterapi, utbildningsledare för master med OMT-inriktning, Luleå tekniska universitet



Monika Nilsson
Leg. fysioterapeut, MSc, specialist i idrottsmedicin, OMT-lärare på grundutbildning och på master med OMT-inriktning, Luleå tekniska universitet

REPLIK ATT DISKUTERA vad fysioterapi står för är lovvärt och nödvändigt för att driva en utveckling framåt. Men det är med svepande penseldrag som Fredrik Nordin vill kasta ut några väl beprövande undersöknings- och behandlingsalternativ från den mångfacetterade metodpalett som fysioterapeuten har till sitt förfogande för att hjälpa/vägleda patienter i specifika behandlingssituationer. En enskild metod är inte starkare än sitt sammanhang, varför det är viktigt att se hela bilden och inte lyfta ur enskilda delar ur sin kontext.

BEHANDLING I DAGENS hälso- och sjukvård ska präglas av evidensbaserad medicin (EBM), vars tre grundpelare är *Patientpreferenser och förväntningar, Individuell klinisk erfarenhet* och *Bästa tillgängliga bevis*. EBM möts i skärningspunkten av dessa tre och utifrån den diskuteras och bestäms vilken behandling som är mest lämplig för patienten (1).

ORTOPEDISK MANUELL TERAPI (OMT) är ett internationellt specialistområde inom fysioterapi*. En OMT-utbildad fysioterapeut undersöker, analyserar och diagnostiserar problem från det neuro-muskuloskeletala rörelsesystemet utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv med ett kliniskt resonemang och vetenskapligt förhållningssätt. Vi använder oss av specifika manuella metoder, såsom exempelvis mobilisering och manipulation i kombination med specifik rehabiliteringsträning, såsom träning av motorisk kontroll och/eller traditionell styrke- och konditionsträning. I samråd med patienten planeras rehabiliteringen utifrån varje individs förväntningar och mål. OMT är med andra ord inte ett koncept för manuell behandling, vilket det ibland tolkas som, utan ett specialistområde inom fysioterapi där terapeuten väljer metoder med bästa möjliga evidens, allt till gagn för patienten.

DET SOM KÄNNETECKNAR en OMT-behandling är att den ska vara specifik för just den enskilda patientens diagnostiserade funktionsdiagnos. Behandlingen, för vilken det ska finnas empiriskt eller evidensbaserat stöd, kan innefatta manuell behandling (2), nervmobilisering (3), myofasciell behandling (4), hållningskorrigering (5), motorisk kontroll-träning (6), rörelsekontroll-träning (7), och så vidare, allt givet i ett sammanhang. Oftast är behandlingen multimodal, det vill säga att flera olika behandlingar kombineras, exempelvis specifik manuell behandling och specifik motorisk återinlärning, vilket i litteraturen visat sig vara effektivt (8).

UNDERSÖKNING AV COLUMNA med efterföljande diagnostisering är kanske den svagaste länken inom OMT, utifrån ett vetenskapligt perspektiv. Det vore definitivt önskvärt att fysioterapeuten vid besvär från columna hade möjlighet att kliniskt diagnostisera på samma sätt som vid en meniskskada, en fotledsstukning eller en höftartros. Även om diagnostiska kriterier för mer homogena grupper av columnabesvär börjat förekomma

i forskningen, är det lång väg kvar innan hela pusslet är lagt. Men att utifrån aktuellt evidensläge påstå att såväl specifik palpation som specifik undersökning av ledrörlighet bör tas bort ur fysioterapeutens verktygslåda är magstarkt av Fredrik Nordin. Det saknar dessutom stöd i litteraturen. Vilken fysioterapeut undersöker inte rutinmässigt den passiva rörligheten i ett knä eller höft vid besvär i knä eller höft? Varför skulle vi fysioterapeuter inte göra detsamma vid besvär i ländrygg eller nacke?

EN FÖLJD AV DEN BRISTFÄLLIGA diagnostiseringen är att vi i randomiserade kontrollerade studier ofta ser behandlingsgrupperna ”idiopathic neck pain” och ”idiopathic low back pain”, det vill säga heterogena grupper där varken biologiska, psykologiska eller sociala aspekter beaktas i önskvärd omfattning. Självklart kommer en mix av besvär påverka resultatet av den i studien förutbestämda unimodala behandlingen. Även här har nya initiativ börjat tas i vetenskapliga studier, men de begränsas också av diagnostiseringssvårigheterna. För tillfället är RCT-studien den helt dominerande designen för att skapa evidens, fast den inte alltid är optimal ur ett fysioterapeutiskt perspektiv. Här kan en *single system experimental design* ibland vara ett alternativ för att i ett kontrollerat sammanhang möjliggöra genomförbarhetsstudier på framlagda hypoteser. ■

> Även om diagnostiska kriterier för mer homogena grupper av columnabesvär börjat förekomma i forskningen, är det lång väg kvar innan hela pusslet är lagt.

*** Fotnot:** Läs hela definitionen av OMT här: http://www.ifompt.org/About+IFOMPT/OMPT+Definition.html

Referenser

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ. 1996 13;312(7023):71-2.
2. Coelho M, Ela N, Garvin A, Cox C, Sloan W, Palaima M, Cleland JA. *The effectiveness of manipulation and mobilization on pain and disability in individuals with cervicogenic and tension-type headaches: a systematic review and meta-analysis*. Phys Ther Reviews. 2019 24;1-2:29-43.
3. Basson A, Olivier B, Ellis R, Coppieters M, Stewart A, Mudzi W. *The Effectiveness of Neural Mobilization for Neuromusculoskeletal Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis*. J Orthop Sports Phys Ther. 2017 47;9:593-615.
4. Ajimsha MS, Al-Mudahka NR, Al-Madzhar JA. *Effectiveness of myofascial release: systematic review of randomized controlled trials*. J Bodyw Mov Ther. 2015 19;1:102-12.
5. Sheikhhoseini R, Shahrbanian S, Sayyadi P, O'Sullivan K. *Effectiveness of Therapeutic Exercise on Forward Head Posture: A Systematic Review and Meta-analysis*. J Manipulative Physiol Ther. 2018 41;6:530-539.
6. Byström MG, Rasmussen-Barr E, Grooten WJA. *Motor Control Exercises Reduces Pain and Disability in Chronic and Recurrent Low Back Pain*. Spine. 2013 38;6:350–358.
7. Aasa B, Berglund L, Michaelson P, Aasa U. *Individualized low-load motor control exercises and education versus a high-load lifting exercise and education to improve activity, pain intensity, and physical performance in patients with low back pain: a randomized controlled trial*. J Orthop Sports Phys Ther. 2015 45;2:77-85.
8. Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D, Emberson J, Marschner I, Richardson C. *A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache*. Spine. 2002 27;17:1835-43.

En lättare stötvåg?
– Medema erbjuder nya alternativ



MEDEMA® Carefully chosen
www.medema.se | 08-404 1200

TEMA: Diabetes

Fysioterapins roll inom diabetesvården måste synliggöras



Fysioterapeuter borde ha en självklar roll i teamet kring diabetespatienten. Men att ändra på gamla arbetssätt går trögt, säger Helena Neymark B som jobbat med sjukdomen i tio år.

Text & foto: **Agneta Persson**



För tillfället jobbar Helena Neymark B heltid med kvinnors hälsa då hon tillsammans med en kollega fått projektpengar för att jobba med bäckenbotten-dysfunktion. ”Tyvärr har jag inte kommit lika långt med diabetes.”



Helena Neymark B tycker att fysioterapeutens uppdrag är att mota bort träningsrädsla genom att visa att det går att träna trots att det påverkar blodsockret.

FYSIOTERAPEUTEN HELENA NEYMARK B konstaterar krasst att fysioterapeuter är de som kan det här med fysisk aktivitet bäst, åtminstone när det handlar om fysisk aktivitet vid ett sjukdomstillstånd. Men trots att både Socialstyrelsen och FYSS understryker vikten av fysisk aktivitet vid diabetes är det mycket ovanligt att hitta fysioterapeuter med direkt koppling till diabetesvården. Dels har många inom vården uppfattningen att fysisk aktivitet är samma sak som att gå ut och gå. Dels lever det kvar någon gammal föreställning om att det enda som fysioterapeuter kan hjälpa till med vid diabetes är onda axlar, säger hon.

– Eftersom blodkärlen och bindväven försämras hos personer med diabetes drabbar det ofta axlarna. Men vi fysioterapeuter behövs till så mycket mer vid den här sjukdomen! Vi vet ju att handledd träning är det som ger bäst resultat när det handlar om motivation och följsamhet. Det räcker inte med en personlig tränare på gymmet. Vi fysioterapeuter ska vara där eftersom vi är medicinskt utbildade och kan stötta vid eventuella komplikationer.

Helena Neymark B har jobbat deltid med diabetes typ 1 på Centralsjukhuset i Karlstad i tio år. För henne handlar sjukdomen om träningsrädsla, om inaktivitet och brist på motivation, om begynnande komplikationer som fotsår eller polyneuropati. Den handlar också om en rad följdsjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, ögonsjukdomar, njursvikt och värk i leder. Här har fysioterapeuten en viktig roll att fylla, säger hon. Både vid diabetes typ 1 och typ 2. Till skillnad från typ 2 går typ 1 varken att backa eller mildra med fysisk aktivitet. Däremot är det extra viktigt även för den som har typ 1 att vara fysiskt aktiv eftersom det kan förebygga en rad framtida komplikationer som är vanliga vid den här diabetesformen, som till exempel hjärt-kärlsjukdomar.

– Där vet vi ju från forskningen att träning har en förebyggande effekt. Sen kan man också till viss del påverka långtidssockret genom fysisk aktivitet. Och det är ett för högt långtidssocker som påverkar risken för komplikationer.

Vid typ 1, som oftast uppstår hos barn och ungdomar, är det viktigt att etablera rätt vanor direkt, poängterar hon. Här bör fysioterapeuten finnas med i teamet så fort det finns en diagnos.

– Vi behöver vara med från start och stötta hela familjen i hur blodsockret påverkas av fysisk aktivitet. Hur ska barnet agera för att kunna fortsätta spela fotboll? Hoppa studsmatta? Vad händer med blodsockret när barnet leker eller spelar innebandy?

Fysioterapeuten har med hjälp av gymmet och annan träningsutrustning möjlighet att se vad som händer med blodsockret under olika former av fysisk aktivitet. Nu för tiden har många patienter en sensor på överarmen som gör det enkelt att mäta blodsockret direkt, vilket underlättar för både patienten och fysioterapeuten.

– Vi kan tillsammans med patienten se om det blir något blodsockerfall och hur snabbt det i så fall sker vid olika typer av aktivitet. Därmed kan vi hjälpa dem att hitta rätt träningsnivå och träningsform, eller se till så de kan fortsätta med det de höll på med innan de blev sjuka. Skulle patienten vilja ändra träningsform framöver kan man gå igenom den nya aktiviteten och se vad som sker med blodsockret.

ENLIGT HELENA HAR fysioterapeuten uppdraget att mota bort eventuell träningsrädsla genom att visa att det går att träna trots att det påverkar blodsockret. Det gäller att veta hur kroppen reagerar vid olika intensitet så man kan parera det med insulin, mat och dryck. Men typ 1 ställer större krav på fysioterapeuten än diabetes typ 2, säger hon.

– Vid tvåan vet man att det är fysisk aktivitet som gäller och det är bara att köra på. Vid ettan är det inte så enkelt. Patienten kan ha en ätstörning eller vara undernärd. Ska man då pusha eller bromsa?

Fysioterapins roll vid fyra vanliga patientfall

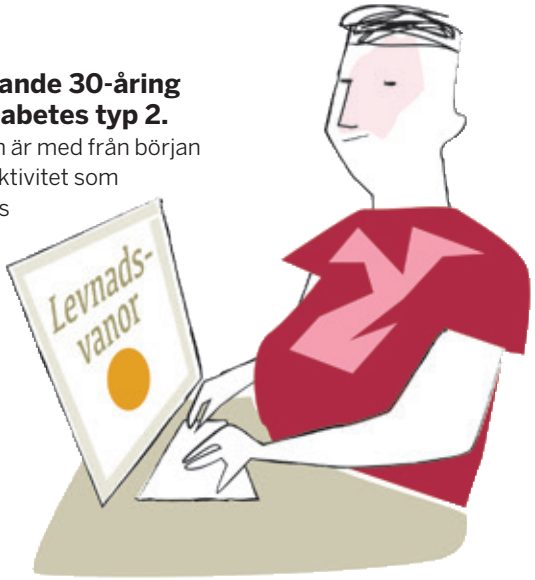
Det här kan du som fysioterapeut göra för fyra vanliga diabetespatienter, enligt Helena Neymark B.



1 Barn mellan 10 och 17 år med nydebuterad typ 1.
Här handlar det om att anpassa barnets fysiska aktivitetsnivå till sjukdomen, alternativt höja nivån. Fysioterapeutens roll är att tillsammans med barn och föräldrar – gärna med stöttning av diabetessköterska och diabetesläkare – se vad som händer med blodsockret vid olika aktivitetsnivåer. På så sätt görs både barn och föräldrar trygga i respektive aktivitetsnivå.



2 Överviktig, stillasittande 30-åring med nydebuterad diabetes typ 2.
Viktigt att fysioterapeuten är med från början för att informera om fysisk aktivitet som ska anpassas efter patientens förutsättningar. Fokus på motiverande samtal. Här finns en god chans att backa sjukdomen.



3 Graviditetsdiabetes.
Den som drabbas av denna diabetesform löper ökad risk att utveckla typ 2 senare i livet. Fysioterapeuten bör kopplas in redan via mödrahälsovården, till exempel genom att barnmorskorna skickar remiss till fysioterapeut för uppföljning och samtal om livsstilsförändring.



4 Multisjuk 75-åring som haft diabetes typ 2 sedan 40-årsåldern.
Här har en misskött diabetes i kombination med övervikt, högt blodtryck och för lite fysisk aktivitet lett till flera parallella sjukdomar. Olika specialistmottagningar kan behövas om patienten har besvär med njursvikt, hjärt-kärlproblem och ögonsjukdom. Även i detta skede är det viktigt med en bra fysisk aktivitetsnivå för en bättre livskvalitet och minskade vårdkostnader.

ILLUSTRATIONER: HELENA HALVARSSON



Vi fångade Helena Neymark B när hon angjorde en brygga i Stockholms skärgård.

PROFILEN

Ålder: 52 år **Bor:** Karlstad
Utbildning: Utbildad i Manchester, England, Examen 1995, BSc (Hon) in Physiotherapy
Yrkesbakgrund: Arbetat som fysioterapeut i England och Tyskland. Har i tio år jobbat deltid med diabetes på Centralsjukhuset i Karlstad. Suttit i Diabetesrådet i Region Värmland sedan 2013.
Nuvarande sysselsättning: Fysioterapeut på Rehabiliteringsenheten/Kvinnosjukvården, Centralsjukhuset i Karlstad

→ Vad är en lämplig nivå? Eller patienten kanske är elitidrottare och redan har koll på mycket men vill ha ytterligare rekommendationer. Då blir det plötsligt invecklat. Det går inte att bara brassa på med fysisk aktivitet, den måste anpassas efter just deras nivå och det är svårt. Här kan man behöva ta hjälp av dietisten, diabetessjuksköterskan eller diabetesläkaren.

SÅ HUR MYCKET KUNSKAP om diabetes måste en fysioterapeut ha då? Du behöver inte vara expert, säger Helena Neymark B. Men vissa grundläggande kunskaper behöver du faktiskt ha, trots att diabetes inte är det primära skälet till att patienten kommer till dig. Du måste till exempel förstå vad som händer i kroppen hos en diabetiker när den fysiska aktivitetsnivån ökar, även om patienten är hos dig för artros eller hjärtsvikt. Och du bör känna till vad som är normala kort- och långtidssockervärden.

– Om patienten haft diabetes en längre tid bör fysioterapeuten också veta att det finns en ökad risk för fotsår. Skav ska kollas upp. Jag kommunicerar ofta med fotterapeuten och stämmer av om det till exempel är okej att köra benpress eller rodd. Ibland tittar vi tillsammans på övningen.

Du bör också känna till att polyneuropati är vanligt om man haft diabetes i många år, säger hon. De permanenta skadorna går inte att göra något åt, men du behöver ha dem i åtanke när du sätter ihop ett träningsprogram.

– Här gäller det att jobba på att bibehålla balans och bygga styrka så att polyneuropatin får så lite dominans som möjligt.

TROTS FYSIOTERAPINS VIKTIGA ROLL vid diabetes är fysioterapeuten i dag långt ifrån självskriven i diabetesvården. Inte ens det matnyttiga *Nationella Diabetesregistret* lägger särskilt stor vikt vid fysisk aktivitet, säger Helena.

– Det finns bara en enda punkt i registret som heter fysisk aktivitet. Det är torftigt. Andra ämnen kan ha en rad underkategorier. Så vill jag ha det med fysisk aktivitet också.

Kanske är det av resursskäl orealistiskt att fysioterapeuter ska ingå i vartenda diabetesteam på alla vårdcentraler, men en lösning skulle kunna vara att göra fysioterapeuten till kontaktperson, funderar Helena.

– Min personliga åsikt är att fysioterapeuten alltid ska få träffa en patient som är nydiagnostiserad med diabetes typ 2 för ett informativt samtal. Gärna med någon form av testtagning för att ha något att jämföra med framöver.

FYSIOTERAPINS ROLL inom diabetesvården måste synliggöras bättre, anser Helena Neymark B. Ett sätt är att jobba regionalt för att lyfta professionens roll. Själv har hon länge suttit med i diabetesrådet i Värmland och kunnat åstadkomma förändringar. Numera bjuds till exempel även fysioterapeuter in till de årliga diabetesdagarna i regionen. Hon har också lyckats få in fysisk aktivitet i regionens terapirekommendationer.

– I rekommendationerna som läkarna följer finns det inte längre bara tio sidor om mediciner och en enda rad om ”livsstilsförändringar”. Numera står det också att man kan titta i FYSS, förskriva FAR och kontakta en fysioterapeut.

Att synas och höras i diabetesrådet har också påverkat region Värmlands arbete med att få fysioterapi att ingå i kvalitetscertifieringen av vårdcentralerna, tror Helena Neymark B.

– Minst hälften av vårdcentralerna har nu ett etablerat samarbete med fysioterapeuter, säger hon. ■

TEMA: Diabetes



Helenas råd för bättre koll på dina diabetespatienter

Ta alltid reda på om patienten har diabetes. Det ska ingå i anamnesen, oavsett varför patienten kommer för bedömning.

Har patienten diabetes behöver du ställa följdfrågor. Är den välkontrollerad? Har patienten problem med sin diabetes? Är den svajig? Har patienten full koll kan du slappna av lite. Finns det däremot en okunskap, eller om du märker att fysisk aktivitet innebär en stor omställning för patienten, måste du vara beredd på att blodsockret kan sjunka när du drar igång din träning med patienten.

Be patienten att ta med sig blodsockermätare till besöket om blodsockret inte är välkontrollerat. Be också patienten att ta med sig saft, banan eller macka för säkerhets skull.

Ha alltid Dextrosol i skåpet, både i gym och bassäng.

Du behöver inte kunna allt. Kom ihåg att ansvaret för medicineringen ligger hos läkare, sköterska och patienten själv. Jag tycker själv det är svårt med insulin och brukar inte lägga mig i det så jättemycket. Fastnar jag tar jag kontakt med diabetessköterskan eller diabetesläkaren.

Följ upp patienten! Det går att göra på en utglesande basis. Första uppföljningen kan ske efter sex månader, sen efter ett respektive tre år. Och efter det vid behov.



EFFEKTIV OCH VÄL BEVISAD GÅTERAPI!

• Motivera
• Ökad intensitet
• Få objektiv feedback
• Dokumentera
• Utmana

Fysioline *– rehabutrustningsleverantör och expertis.*

Fysioline Sweden AB
Tel. 08-760 6100
info@fysioline.se
www.fysioline.se

fysioline
live well.



Vad är diabetes?

Diabetes är en av våra största folksjukdomar. En av nio svenskar har sjukdomen eller ligger i riskzonen för att drabbas. Men vad är egentligen diabetes?

text: **Agneta Persson** illustration: **Helena Halvarsson**

DIABETES DELAS IN i två grupper: typ 1 och typ 2. Vid diabetes typ 1 har kroppens egen insulinproduktion helt upphört som en konsekvens av att kroppens immunsystem angripit och förstört bukspottkörtelns insulinproducerande celler. Ungefär 50 000 personer i Sverige har diabetes typ 1. Av dessa är 7 000 barn. Alla som har den här diabetesvarianten måste behandlas med insulin.

Vid diabetes typ 2 fungerar insulinproduktionen, men den räcker inte för att täcka behovet. Det beror dels på att kroppen inte klarar av att öka insulinproduktionen till lagom nivå när vi äter, dels på att kroppens förmåga att använda sig av insulinet rubbats. Därför behövs det mer insulin för att kunna öppna upp cellerna så att insulinet kan komma in. Här kan muskelarbete ha betydelse. *(Läs mer på nästa uppslag.)*

DIABETES TYP 2 ÄR, tvärtemot vad många tror, mer ärftlig än typ 1. Forskning på bland annat enäggstvillingar har visat att om en av dem får diabetes typ 2 så löper den andra 90 procents risk att också bli sjuk. Motsvarande risk vid typ 1 är mellan 25 och 50 procent.

Ungefär 15 procent av befolkningen i Sverige tros ha arvsanlag för typ 2. Här spelar levnadsvanorna en viktig roll för att förhindra att sjukdomen bryter ut. Normal vikt är ett bra recept för att förebygga diabetes typ 2, men den fysiska aktivitetsnivån spelar också en central roll

för att inte insjukna. Upptäcks sjukdomen i ett tidigt skede kan fysisk aktivitet dessutom backa sjukdomen.

Ungefär 90 procent av landets diabetiker har typ 2. Risken att bli sjuk ökar ju äldre man blir, och i dag har 10 procent av alla som fyllt 75 år den här diabetesformen. Sammanlagt är ungefär 5 procent av Sveriges befolkning diagnostiserad med typ 2, vilket gör det till en av våra största folksjukdomar. Dessutom räknar man med att många går odiagnostiserade.

FORSKARE VID LUNDS UNIVERSITET har nyligen upptäckt att diabetes förmodligen kan delas in i fem kategorier i stället för dagens två. Enligt den här indelningen kvarstår typ 1 som en egen kategori, medan typ 2 delas in i fyra. Forskarna hoppas att upptäckten kan leda till en bättre individanpassning av diabetesbehandlingen.

DIABETES INNEBÄR EN ÖKAD RISK för en rad komplikationer och följdsjukdomar, oavsett vilken diabetssort det handlar om. Till de största riskerna hör hjärt-kärlsjukdom. Det beror på att flera ämnen i blodet hos en diabetiker produceras i felaktiga proportioner, vilket gör att både små och stora blodkärl täpps till. Framför allt är det de stora blodkärlen som tar skada av det höga blodsockret vilket leder till åderförfettning och åderförkalkning. Av dem som drabbas av hjärtinfarkt har mer än 20 procent en sedan tidigare känd diabetes. Ungefär två tredjedelar av dem utan känd diabetes har antingen ett förstadium eller utvecklad diabetes när de får hjärtinfarkt.

Diabetiker löper också ökad risk för skador på fötterna, framför allt nervskador. Störst risk för detta löper de med dålig blodsockerkontroll och de som haft sjukdomen länge. Smärta och stelhet är också vanligt. Framför allt händer, men även axlar, nacke och höfter ligger i riskzonen och besvären orsakas av att bindväven påverkas av blodsockret. Även njurarna riskerar att ta stryk på grund av de kemiska reaktioner som uppstår vid förhöjt blodsocker.

TEMA: Diabetes

GENERELLT SETT håller diabetesvården i Sverige hög kvalitet. Men Socialstyrelsen, som med jämna mellanrum utvärderar diabetesvården, har konstaterat att det finns stora regionala skillnader. Myndigheten har också ringat in flera förbättringsområden. Till exempel vill den se ett ökat stöd till fysisk aktivitet med hjälp av kvalificerade rådgivande samtal. Socialstyrelsen efterlyser också höjd utbildningsnivå för samtlig sjukvårdspersonal som jobbar med patienter som har diabetes. ■

Källor: Diabetesförbundet, Socialstyrelsen

FAKTA: FYSS om fysisk aktivitet vid diabetes

Sammanfattande rekommendationer för fysisk aktivitet vid diabetes typ 1 och typ 2 hämtade ur den evidensbaserade handboken FYSS 2017.

typ 1 & 2

DIABETES TYP 1:

- Aerob fysisk aktivitet för att förbättra glukoskontrollen. Max två dygn mellan träningspassen för optimal glukoskontroll.
- Insulindoserna behöver reduceras och kolhydrater tillföras både före, under och efter ett träningspass för att undvika för lågt blodsocker, så kallad hypoglykemi.
- Kontinuerlig glukosövervakning är ett bra hjälpmedel för att kunna anpassa insulindoserna och kolhydratintaget, framför allt vid långa träningspass eller tävlingssituationer.
- Muskelstärkande fysisk aktivitet enligt de allmänna rekommendationerna om fysisk aktivitet.

DIABETES TYP 2:

- Aerob fysisk aktivitet för att förbättra glukoskontrollen. Max två dygn mellan träningspassen för optimal glukoskontroll.
- Effekten är sannolikt bättre vid högre intensitet och dos av aerob fysisk aktivitet liksom vid kombinerad aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet.
- Effekten av fysisk aktivitet på glukosnivån är väl jämförbar med många läkemedel som ges vid typ 2-diabetes.

Muskelaktivitet kan påverka insulinkänsligheten

– All aktivitet som innebär att man inte sitter eller ligger är bra. Men ska man få de riktigt stora effekterna på insulinkänsligheten behöver man högre intensitet under längre tid, säger Åsa Tornberg, docent i fysioterapi.

MUSKELNS VIKTIGA ROLL för insulinkänsligheten har länge varit känd. Enkelt uttryckt ligger det till så här: Blodsockret kan inte på egen hand ta sig in i cellerna. Det behövs särskilda kanaler till det. I depåer inne i muskeln ligger glukostransportproteinet GLUT 4. När muskeln rör på sig skickas signaler till GLUT 4 att ge sig upp till cellytan som små dörrar för sockret att ta sig in genom. Men för att dörrarna ska kunna öppnas måste låset vridas om. Det finns två nycklar som kan göra det jobbet: antingen muskelkontraktioner som skickar upp GLUT 4 till cellytan, eller insulin som via insulinreceptorn uppnår samma mål. Ska det här fungera effektivt behövs det många insulinreceptorer. Mindre muskelmassa innebär att det finns färre receptorer som kan öppna sockerdörrarna.



FOTO: COLOURBOX

PÅ SENARE ÅR har forskarna även upptäckt att musklerna skapar myokiner, en form av proteinmolekyler som motverkar den låggradiga inflammation som uppstår vid fysisk inaktivitet och kan leda till diabetes typ 2. Inflammationen påverkar hjärta och kärl, nerver och celler. Följdsjukdomar är därför vanliga hos diabetiker.

– Träning handlar därmed inte bara om ämnesomsättning utan också om musklernas förmåga att kommunicera med resten av kroppen och motverka den inflammation som man kan ha även om man är smal. Så det är bättre att vara överviktig och vältränad än smal och otränad, säger Åsa Tornberg.

Stor muskelyta är alltså ett effektivt sätt att hålla diabetes typ 2 borta. Hotar sjukdomen att bryta ut är träning därför en effektiv metod för att få upp insulinkänsligheten, enligt Åsa Tornberg. Men här är doseringen avgörande för att uppnå önskad effekt.

– Tio till tolv repetitioner stimulerar muskeltillväxt, vilket är det vi är ute efter i det här fallet. Belastningen ska vara så pass hög att personen verkligen inte orkar mer än tolv, för i så fall är doseringen för låg. Fokusera på de stora muskelgrupperna som ben, mage, rygg och rumpa. Ur ett glukosperspektiv är armarna inte lika viktiga.

VID BEHANDLING MED fysisk aktivitet av diabetes typ 2 ingår även konditionsträning, som till och med är ännu bättre för insulinkänsligheten än styrketräning. Enligt FYSS-riktlinjerna, som Åsa Tornberg är medförfattare till, är det HIIT (högintensiv intervallträning) i kombination med styrketräning som utgör den effektivaste behandlingsmetoden.

Nu är många med diabetes typ 2 träningsovana, och de höga träningsrekommendationerna har därför fått flera att lyfta på ögonbrynen. Men här gäller det att hålla ordning på begreppen och veta vad man gör. Som exempel nämner Åsa Tornberg *FITT-konceptet* (Frekvens, Intensitet, Tid och Typ av träning).

– Intensitet och typ av träning blandas ofta ihop, säger hon. Man snubblar på intensitets-begreppet och glömmer bort att tänka på individens kapacitet.

INTENSITETEN ÄR ETT MÅTT på hur mycket energi en aktivitet kräver. Absolut intensitet kan beskrivas så här: Om man cyklar i en hastighet av tre kilometer i timmen så gör man av med en viss mängd syre. Det är ganska konstant, oavsett om man är vältränad eller inte. Skulle du nu trampa en jättetungt bromsad cykel så kräver det en massa energi, medan en lätt bromsad cykel inte kräver lika mycket. Har du dålig kondition kommer den lätta cyklingen i förhållande till din förmåga att kräva mycket mer än om du var i bättre form. Den relativa intensiteten kommer därmed att bli högre.

– Alla kan alltså träna HIIT för att komma upp i intensitet. Men det man gör, alltså typen av träning, kommer att se väldigt olika ut. En ung och stark elitidrottare kanske måste springa i en backe med däck släpandes efter sig, medan det för en äldre otränad person kan räcka med att gå upp och ner i trappan.

Konsekvensen av att inte hålla isär absolut och relativ intensitet blir att nivån på träningen ofta blir för låg, säger Åsa Tornberg. Då uteblir den önskade effekten och man riskerar att motivationen försvinner.

– All aktivitet som innebär att man inte sitter eller ligger är bra. Men ska man nu få de riktigt stora effekterna på insulin-

känsligheten behöver man högre intensitet under längre tid. Man måste bli ordentligt andfådd. Var den gränsen går är olika, därför måste träningen som rekommenderas i FYSS individanpassas.

Kroppen är expert på att anpassa sig efter nya förhållanden, och därför måste intensiteten regelbundet anpassas för att nå optimal glukostolerans. De fysiologiska tillvänjningsprocesserna tar ungefär sex till tolv veckor. Uppföljningar var tredje månad är därmed lagom, säger Åsa Tornberg.



Åsa Tornberg, Lunds universitet, forskar och undervisar kring träningens medicinska effekter.

FYSIOTERAPEUTER SOM TRÄFFAR patienter med diabetes måste ha koll på att sockerupptaget ökar av att träna. Tränar man och samtidigt tar samma dos insulin som vanligt finns det en risk att man blir hypoglykemisk, alltså att blodsockernivån faller. Det kan leda till medvetslöshet och tillståndet kan bli livshotande. Risker som dessa kan göra att många känner sig osäkra för att jobba med diabetiker.

– Som forskare kan jag känna en frustration över att man faktiskt inte vågar ute i klinik. Det jag mest har stött på genom åren är rädsla för att det ska hända något med hjärtat. Personer med diabetes typ 2 är ofta multisjuka, så ja man måste säkra upp med läkare först. Men man ska också komma ihåg att det är ännu hårdare intensitet och dos som gäller för hjärtpatienter än vid diabetes enligt FYSS.

ÅSA TORNBERGS BUDSKAP till den som känner sig osäker med diabetespatienter är därför att våga ta hjälp. Samarbeta med diabetesteamets sköterska och läkare som är experter på det rent medicinska. Identifiera vad det är för kunskap du saknar och efterfråga den utbildningen från arbetsgivaren.

– Jag vill understryka att det är farligare att låta bli att hjälpa till med fysisk aktivitet och träning, evidensen för de positiva effekterna är överväldigande. Så våga! ■

AP.

CROSS™
Knäortos som hindrar översträckning!

CROSS™ är en helt unik knäortos som hindrar hyperextension i knäleden.
- Kan tas på med endast en hand.
- Kan användas med en Allard AFO.
- Inställbara leder.

Se CROSS™ instruktionsvideo på YouTube/Camp Scandinavia.





Mer information om CROSS™ finns på camp.se

Personligt besök?
Mer information?
Kontakta kundsupport
042-25 27 01
info@camp.se

CAMP® SCANDINAVIA
camp.se

TEMA: Diabetes

Mycket att vinna med både träning och medicin

Fysisk aktivitet är grunden för behandlingen av diabetes typ 2. Men den som fått sjukdomen bör ändå medicinera. Det säger Årets diabetolog Margareta Hellgren, som är både sjukgymnast och läkare.



FOTO: COLOURBOX

SEDAN MARGARETA HELLGREN blev ansvarig diabetesläkare för mer än 20 år sedan på Hentorps vårdcentral i Skövde har hon sett en ny patientgrupp växa fram: ungdomar. Övervikt har blivit vanligare bland yngre, och därmed kryper också diabetes typ 2 ner i åldrarna.

– De senaste åren har jag fått in två tonåringar med den här diabetesformen, säger hon. Det hände aldrig förr.

Unga diabetespatienter är extra utsatta, säger hon. De dör tidigare än genomsnittsbefolkningen. Å andra sidan, en nydebuterad diabetiker som får korrekt behandling och håller alla värden under kontroll kan leva lika länge som vem som helst, säger hon.

DET FINNS ALLTSÅ allt att vinna på att behandla diabetes rätt och adekvat, påpekar Margareta Hellgren. Och en viktig del i behandlingen är, och har länge varit, fysisk aktivitet. När Margareta Hellgren började jobba med diabetes i mitten av 90-talet ordinerades patienter med nydiagnostiserad typ 2 både träning och kostomläggning i första hand. Om det ett halvår senare inte gett någon effekt fick de börja medicinera. I dag ska patienterna enligt riktlinjerna ta mediciner direkt. Bakvänt kan tyckas, särskilt som dagens FYSS slår fast att fysisk aktivitet till och med kan vara lika effektivt som farmakologiska preparat. Som gammal sjukgymnast var Margareta Hellgren till en början mycket skeptisk till de nya riktlinjerna.

– Jag tyckte att man hade för bråttom med medicinerna, men så har det visat sig att de även har en förebyggande effekt för olika komplikationer som är vanliga vid diabetes. Som till exempel hjärt-kärlsjukdom och vissa cancerformer. Så okej, jag köper det då.

DIABETES TYP 2 handlar inte enbart om blodsocker, understryker Margareta Hellgren. Det är nästan alltid en kombination av höga blodfetter, högt blodtryck och högt blodsocker.

– Vi måste alltså behandla alla de här delarna. Det gör vi med medicin, men kost och motion kvarstår som basen i behandlingen.

Har sjukdomen inte hunnit bryta ut finns det goda chanser att med fysisk aktivitet förhindra att den någonsin gör det. Flera studier har visat på en mer än halverad risk för diabetes typ 2 med hjälp av kost och motion. Att fysisk aktivitet kan mota bort en hotande diabetes har hon själv kunnat konstatera genom sin egen forskning.

I sin avhandling *Diabetes Prevention in Primary Care – Implications for Physical Activity* från 2014 konstaterar hon att även mycket låga doser av fysisk aktivitet har effekt på begynnande insulinresistens.

– Jag studerade bland annat äldre pre-diabetiker som började röra på sig.



Trots att det oftast handlade om promenader så ökade insulinkänsligheten.

Det här är något att komma ihåg för den som skräms av texterna i FYSS, menar Margareta Hellgren. Man kan bli svettig bara av att läsa om intervallträning på hög nivå i kombination med muskelbyggande, säger hon *(Läs mer om träning på sid 24)*.

Evidensen säger visserligen att det är det optimala, men för en person som aldrig tar sig utanför dörren finns det mycket att vinna redan vid första klivet över tröskeln.

– En bra början kan vara att ställa bilen längst bort på parkeringen så man får lite längre att gå. Huvudsaken är att man blir lite varm och småsvettig, helst i tio minuter. För den som är van att röra på sig gör inte det här någon skillnad för insulinresistensen, men för den som bara sitter still har det en påtaglig effekt.

FÖR ATT SYNLIGGÖRA diabetes typ 2 och sprida kunskap bland kollegor inom vården föreläser Margareta Hellgren över hela landet om folksjukdomen. Hon håller också på att bygga upp ett kunskapscentrum för diabetes med syfte att skapa en mer jämlik diabetesvård. För sitt arbete fick hon tidigare i år titeln *Årets diabetolog.*

Hon vill också få till ett samarbete med folkhälsoenheter och frivilligorganisationer för att hjälpa dem som ligger i riskzonen för diabetes typ 2 att bli fysiskt aktiva genom till exempel promenadgrupper eller liknande.

– Om vi identifierar personer med högt blodtryck och övervikt, och där det även finns en ärftlighet för diabetes, så skulle vi också kunna bjuda in dem till ett program för fysisk aktivitet för att minska risken att sjukdomen bryter ut.

Och var kommer fysioterapeuterna in?



FOTO: MARIE ULLNERT

Margareta Hellgren utnämndes till Årets diabetolog 2019.

– De kommer tyvärr inte in så mycket hos oss. Vi har bara en fysioterapeut på plats en dag varannan vecka, så det är diabetessköterskorna och jag som pratar med patienterna om fysisk aktivitet. Jag skulle gärna ha fysioterapeuter med i diabetesteamet! Även om vi kan prata om vikten av att röra på sig, saknar vi en profession som kan peppa patienterna och göra regelbundna uppföljningar. ■

AP.



5 snabba



FOTO: PRIVAT

Kunskap kan avdramatisera skammen

LISA BREITHOLTZ

En enkät av Diabetesförbundet som besvarades av 645 personer med diabetes visar att det är väldigt vanligt med känslor av skam och skuld kopplat till sjukdomen. Varannan svarande hade någon gång känt skam. För var tredje var skammen högst närvarande i vardagen. KBT-psykologen Lisa Breitholtz har mött många patienter som brottas med detta.

1. Varför är det så vanligt med skam och skuld vid diabetes?

– Personer med diabetes kan uppleva att de sticker ut och avviker från andra i skolan, på jobbet och i andra sociala situationer. Många är besvärade av uppmärksamheten de får när de måste ta sin spruta eller om de plötsligt får lågt blodsocker och börjar bete sig konstigt. Diabetes är också en sjukdom med låg samhällsstatus, vilket gör att vissa döljer att de fått den. Många kämpar också med att få ihop tillvaron, och känner skuld när de köper skräpmat fast de vet att de borde äta nyttigt – att de inte lyckas att hantera sin hälsa.

2. Vad kan skam och skuld vid diabetes leda till?

– Att man börjar undvika olika sociala sammanhang, för man vill inte utsätta sig för risken att vara avvikande eller att det ska hända något som känns pinsamt. För personer som haft riktigt djupa dippar och hamnat i koma offentligt, kan det ha varit så traumatisk att det leder till ett långvarigt undvikandebeteende. De känner sig väldigt sårbara ute bland människor. Andra försöker leva som om de inte har diabetes, vilket ofta leder till att man inte sköter sin sjukdom och måste ljuga för omgivningen.

3. Varför är det viktigt att ta itu med skamkänslor vid diabetes?

– För att kunna gå vidare och få vara den man är, trots sin diabetes. Annars sitter man fast i skammen. Den blir ett hinder för att göra det man vill. Jag har mött människor som har undvikit så mycket att de missade att leva sitt liv. Dessutom hör skam ihop med ångest och rädslor vilket påverkar den psykiska hälsan. Kämpar man med sin identitet på grund av sin diabetes lever man också med en hög inre spänningsnivå, vilket kan leda till stressrelaterade problem.

4. Hur kan individen själv arbeta med sin skam?

– Ett sätt är att söka mer fakta om diabetes. När man förstår hur andra lever med diabetes och att det är vanligt att känna skam kan det göra att man inte känner sig så annorlunda. Att våga öppna sig och berätta för sin omgivning hur man mår är också en väg ut från skammen. Det är även avgörande att försöka uppnå en acceptans, att känslorna kan få finnas där men att livet inte behöver kretsa kring dem. Acceptansen behöver inte innebära att man gillar sin diabetes, men att man slutar kriga mot den. Det är viktigt i all psykologisk behandling, just att släppa kriget.

5. Hur kan fysioterapeuter lindra skamkänslor hos patienter med diabetes?

– Fysioterapeuter behöver vara medvetna om hur skam kan påverka personer med diabetes så att ens eget bemötande inte triggar ännu mer skam. Om en fysioterapeut bara säger ”du måste gå ned i vikt och börja motionera” och saknar ett helhetsperspektiv på människan upplevs råden alltid dömande. Man behöver förstå att stress kring sjukdomen kan ha byggts upp och befäst beteenden som exempelvis fysisk inaktivitet och osunda ätvanor. Här kan du som fysioterapeut komma in bakvägen genom att ge patienterna stöd till stärkande rörelse utan att lägga så stort fokus på ”dåliga” beteenden. Det är lättare att konkurrera ut en dålig vana när vi lägger till en ny som är bättre! Att jobba med avslappning kan också hjälpa diabetespatienter som befinner sig på en väldigt hög anspänningsnivå. Sjunker stressnivån, brukar upplevelsen av sårbarhet också minska.

– Jag har utbildat fysioterapeuter i tillämpad avslappning och vet att de sitter på mycket kunskap och är duktiga på gruppaktiviteter. De skulle också kunna utveckla diabetesskolor, precis som man har smärtskolor, särskilt i primärvården där en hög andel av patienterna har diabetes. Det skulle kunna avdramatisera skammen, att deltagarna får mer kunskap och får möta andra i samma situation. ■

LS.

Från honungsurin till Nobelpris

HISTORIA **Redan 600 år före år noll** var indiska läkare diabetes på spåren. De hade upptäckt symtom som svaghet, viktförlust, törst och stora urinmängder och kallade sjukdomen för ”honungsurin”. Några hundra år senare gav greken Aretaios sjukdomen namnet diabetes, som betyder ungefär ”rinna igenom”.



FOTO: COLOURBOX

I mitten av 1800-talet började man misstänka att diabetes hade med bukspottkörteln att göra och forskarna började experimentera med den ena behandlingsmetoden efter den andra. Vad sägs om åderlåtning, koppning och laxering? Eller en kräk-, diarré- och dregelkur? Patienterna fick stå ut med medicinering, operationer och dieter, varav de mest extrema gjorde så att patienten svalt ihjäl.

1921 upptäcktes insulinet. Första patienten, en svårt diabetessjuk 14-åring, blev först ut att få en injektion. Insulinbehandlingens upphovsmän Frederick Banting och James Macleod fick Nobelpriset 1923.

Källa: Diabetesförbundet

TEMA: Diabetes

Kan pausgympa påverka kontorsanställda?

PILOT **Vid Umeå universitet** pågår ett forskningsprojekt som ska titta på om avbrott i stillasittande har någon effekt på blodsockret med mera. I denna pilotstudie deltar 20 personer med diabetes typ 2 som regelbundet ska ta en bensträckare och göra pausgympa. Aktiviteterna kan vara så enkla som att gå en runda på tre minuter i korridoren några gånger om dagen.

matnyttiga länktips

e-FYSS är en ett digitalt kunskapsstöd baserat på den evidensbaserade handboken FYSS 2017 som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd, däribland diabetes. Sök på diagnos eller diagnoskod!

Läs mer: fyssweb.azurewebsites.net/

Nationella Diabetesregistret (NDR) är ett nationellt kvalitetsregister dit sjukvården rapporterar in uppgifter om bland annat blodsocker- och blodtrycksvärden och behandling. Syftet är att följa upp och förbättra den svenska diabetesvården för att göra den jämlik över landet.

Läs mer: ndr.nu

Diabetesförbundet företräder personer med diabetes och deras närstående. På deras webb finns material om hur det är att leva med diabetes, om diabetesvården i Sverige, om att vara ung med diabetes med mera. Där finns också en möjlighet att testa sin risk att drabbas av typ 2-diabetes.

Läs mer: diabetes.se



FOTO: COLOURBOX

Vad kan du göra för en person med insulinkänning?

MEDMÄNNISKA **Ibland kan personer** med diabetes drabbas av lågt blodsocker *(insulinkänning, hypoglykemi)* i offentliga miljöer och behöva hjälp. Vanliga symtom är blekhet, skakningar, svettningar, hunger, irritation samt svårighet att koncentrera sig.

Det bästa är om du kan mäta blodsockret, men är det inte möjligt kan du ge personen något sött att dricka eller äta. Ge aldrig insulin! Kan personen inte svälja – ge inte mat eller dryck. Ring 112 för att få råd om hur du ska göra.

Källa: diabetes.se

NEURO

Ansök om anslag för neurologisk forskning

Vår forskningsfond, Neurofonden, utannonserar härmed årets anslag. Fonden ska stödja medicinskt forsknings- och utvecklingsarbete om neurologiska sjukdomar och/eller funktionsnedsättningar. Fonden ska också stödja socialt och beteendevetenskapligt forsknings- och utvecklingsarbete inom området. Klinisk anpassad forskning som direkt kommer våra medlemmar till gagn prioriteras.

Anslag ska i första hand utgå till projekt som ej kan få stöd genom forskningsråden eller specialdestinerade fonder. Beviljade anslag utgår i regel för ett år i taget och högst två gånger för samma projekt. Redovisning av tidigare anslag är ett krav för beviljande av nytt anslag.

Ansökan ska ske i formulär som finns på hemsidan neuro.se/forskningsansokan från 15 augusti. Formuläret ska skickas elektroniskt till oss senast den 30 september 2019.

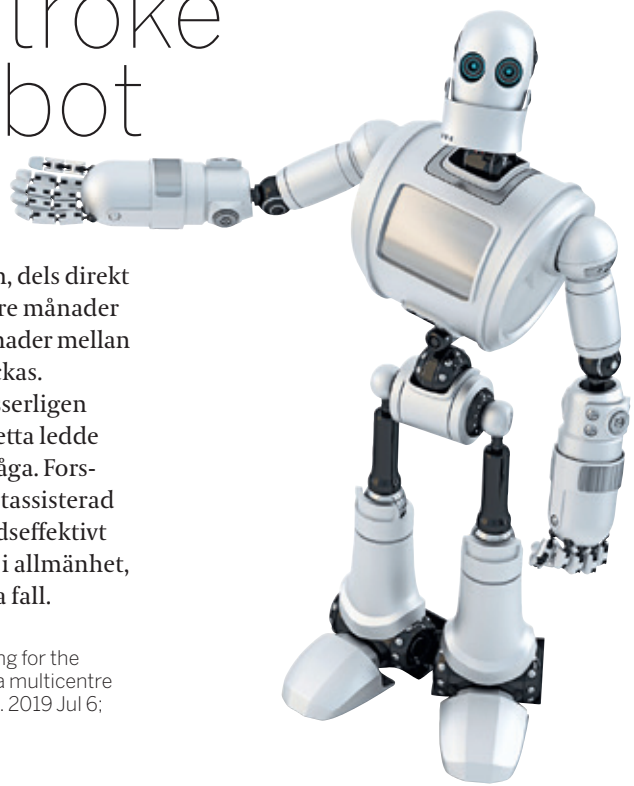
Information om utdelning av medel ur Neurofonden, finns på neuro.se/forskningsansokan.

FORSKNING

Neuro • www.neuro.se • 08 677 70 10
Box 4023, Vegagatan 5 • 172 34 Sundbyberg

Armträning efter stroke går lika bra utan robot

Robotassisterad träning ger inte strokepatienter bättre armfunktion än vanlig rehabilitering, enligt en studie publicerad i tidskriften *Lancet*.



NEUROLOGI I studien ingick 770 patienter. De var över 18 år och hade haft en enda stroke som inträffat mellan en vecka och fem år innan studien inleddes. En tredjedel fick träna med en gymrobot med moduler för axel/armbåge, handled samt hand. En tredjedel fick träna med fysioterapeut med inriktning på funktionella rörelser som patienten själv valde. Båda grupperna tränade tre 45-minuterspass i veckan i tolv veckor. Resten var kontrollgrupp och fick sedvanlig vård.

Funktionen bedömdes med flera utvärderingsinstrument, såsom *Action Research Arm Test* (ARAT), *Barthel-index* och numerisk bedömning av smärta i armen, dels direkt efter träningsperioden, dels tre månader senare. Men några större skillnader mellan grupperna kunde inte upptäckas. Robotträningen minskade visserligen rörelsenedsättningen, men detta ledde inte till bättre funktionsförmåga. Forskarna drar slutsatsen att robotassisterad armträning inte är ett kostnadseffektivt alternativ för strokepatienter i allmänhet, men kan vara motiverat i vissa fall.

Rodgers et al. Robot assisted training for the upper limb after stroke (RATULS): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2019 Jul 6; 394(10192): 51–62.

Qigong gav mer djupsömn vid sömnapné

Tai-chi och qigong är en verksam behandling vid obstruktiv sömnapné (OSA), visar en turkisk studie där 50 patienter med mild till måttlig OSA ingick.

SÖMN Hälften av patienterna tränade tai-chi och qigong med en fysioterapeut under tre entimmespass i veckan samt följde ett hemträningsprogram två gånger i veckan. Kontrollgruppen följde hemträningsprogrammet fem dagar i veckan. Hemträningsprogrammet bestod av andnings- och hållningsövningar. Efter tolv veckor mättes resultatet genom sömnregistrering och flera subjektiva utfallsmått. Tai-chi/qigong-gruppen visade sig ha signifikant mer djupsömn och signifikanta förbättringar av subjektiva mått enligt *Epworth Sleepiness Scale* och *Pittsburgh Sleep Quality Index*.



Yilmaz Gokmen et al. The Effect of T'ai Chi and Qigong Training on Patients with Obstructive Sleep Apnea: A Randomized Controlled Study. J Altern Complement Med. 2019 Mar;25(3):317-325.





Texter: Annika Olsson Illustrationer: Colourbox

Samband mellan löphastighet och rörelsemönster

Framåtlutad överkropp och alltför sträckt vrist vid fotisättningen gör att löpningen går långsammare. Det visar en studie av elva vältränade manliga medeldistanslöpare.

BIOMEKANIK Löparna sprang på en inomhusbana och deras löpstil mättes och analyserades med 3D-teknik. Forskarna kunde sedan konstatera ett samband mellan löptider och rörelsemönster: Kraftig plantarflexion vid fotisättning, liten höftrörelse i sagittalplanet under svingfasen och framåtlutande bål när foten lyfter från marken var tre faktorer som alla bidrog till långsammare löpning. Forskarna rekommenderar tränare och löpare att fokusera på dessa moment för att förbättra löptekniken.

Trowell et al. The relationship between performance and biomechanics in middle-distance runners. Sports Biomech. 2019 Jul 31:1-11.

Oklar effekt av manipulation för migränpatienter

Lindrar manipulation av ryggraden migrän? Det kan göra det, visar en systematisk översikt och metaanalys. Men de studier som gjorts är små, få och av varierande kvalitet, så resultaten bör ses som preliminära. Forskarna fann sex randomiserade kontrollerade studier med totalt 677 deltagare. Behandlingen pågick mellan två och sex månader. Utfallsmåtten var bland annat antal migrändagar, smärtintensitet och funktionsnedsättning relaterad till migrän. När det gällde de två förstnämnda måtten syntes en viss förbättring efter behandling. Men forskarna efterlyser större studier av hög metodologisk kvalitet för säkrare resultat.



Rist et al. The Impact of Spinal Manipulation on Migraine Pain and Disability: A Systematic Review and Meta-Analysis. Headache. 2019 Apr;59(4):532-542.

Styrketräning effektivt för bensköra ryggar

Ledarledd ryggträning minskar smärtan och ökar styrka och rörlighet hos bensköra kvinnor med kotfrakturer, enligt ny forskning.

OSTEOPOROS I studien ingick 60 kvinnor som genomgått klimakteriet och hade osteoporosrelaterade kotfrakturer. En tredjedel av dem styrketränade under ledning tre gånger i veckan. En tredjedel utförde samma träning hemma på egen hand. Resten var kontrollgrupp. Träningen var inriktad på ryggextensorerna och stegrades under träningsperioden. Den ledarledda styrketräningen gav signifikanta förbättringar av muskelstyrka och muskulär uthållighet, smärta, funktionell rörlighet och livskvalitet. De som tränade hemma förbättrade sin rörelserelaterade livskvalitet signifikant, men man såg inga förbättringar i övrigt.

Çergel et al. The effects of short-term back extensor strength training in postmenopausal osteoporotic women with vertebral fractures: comparison of supervised and home exercise program. Arch Osteoporos. 2019 Jul 27;14(1):82.



Extrajobba med digital artrosbehandling

Via appen Joint Academy sammanför vi fysioterapeuter med patienter i behov av artrosbehandling. På så vis kan vi tillsammans göra artrosvård tillgängligt för alla!
Läs mer och anmäl dig på www.jointacademy.com

"Jag tycker att man kan följa upp patienten enklare"
Emelie, fysioterapeut
Joint Academy

joint academy®

Tipsa om nya avhandlingar via fysioterapi@fysioterapeuterna.se Text: Agneta Persson

Kliniskt resonemang är komplext men går att mäta

Nu finns det ett mätinstrument som undersöker fysioterapeuters kliniska resonemang. Det är framtaget av Maria Elvén som en del av hennes doktorsavhandling.



FOTO: JOHANNES OLLSON

Maria Elvén undervisar blivande fysioterapeuter vid Mälardalens högskola.

DET KLINISKA RESONEMANGET är helt avgörande för vad som sker i mötet med en patient, men vi vet ganska lite om hur studenter och fysioterapeuter tänker och fattar beslut i sitt kliniska resonemang. Det säger Maria Elvén som sedan 14 år undervisar på fysioterapeututbildningen vid Mälardalens högskola. Hon har även varit programansvarig för utbildningen.

– Särskilt viktigt är det kliniska resonemanget när det gäller att integrera ett biopsykosocialt perspektiv och hur man kan stödja patienter i beteendeförändring, säger hon.

Avhandlingen består av fyra delstudier. I den första har Maria Elvén utvecklat en teoretisk modell som beskriver vilka delar som ingår i ett kliniskt resonemang, inklusive beteendeförändringsstrategier.

– Modellen kan vara användbar i forskning, utbildning och undervisning för att tydliggöra just komplexiteten i det kliniska resonemanget i fysioterapi, säger hon.

I DEN ANDRA STUDIEN har hon utvecklat bedömningsinstrumentet som fått namnet *Reasoning 4 Change*, R4C. Här har hon gjort intervjuer med fysioterapeutstudenter samt en Delfistudie med kliniskt verksamma experter och forskare inom fysioterapi.

I den tredje studien reliabilitets- och validitetstestades instrumentet, och i den fjärde fick samtliga fysioterapeutstudenter i Sverige under sin sista termin besvara frågorna i R4C. Utifrån resultaten gjordes en analys för att se vad som har betydelse för studenternas förmåga att föra ett kliniskt resonemang som stödjer patienters beteendeförändring.

– Det som var mest utmärkande var att studenterna behöver god förmåga i analytiskt tänkande och reflektion, säger Maria Elvén. Deras attityder till att använda sig av ett biopsykosocialt perspektiv i det kliniska resonemanget hade också betydelse. Vidare spelade programmens utbildningsplaner också roll. Studenter på utbildningar med mer inslag av beteendemedicinska kompetenser hade en bättre förmåga att föra ett sådant kliniskt resonemang.

I SIN FORSKNING ser Maria Elvén att studenterna kan behärska undersökningsdelen i det kliniska resonemanget, medan delarna som berör analys och behandling tycks vara en större utmaning.

– Här behövs insatser om vi vill förbättra studenternas förmågor. Sen kan man fråga sig vad som är tillräcklig kompetens för en grundutbildad fysioterapeut? Erfarenhet har en väldigt stor betydelse för utvecklingen av det kliniska resonemanget, studenterna är inte färdiga när de går ut, konstaterar Maria Elvén.

Kliniskt resonemang inom fysioterapi är oväntat komplext, säger hon. Det är ett begrepp man använder mycket till vardags, men skrapar vi på ytan och tittar på vad det faktiskt omfattar visar det sig vara multidimensionellt.

– Det tycker jag betonar vikten av att vi inom fysioterapi behöver ha tydliga modeller för vad ett kliniskt resonemang är, och att det är viktigt att utbildningen prioriterar den kompetensen, både i teoretisk och praktisk undervisning. ■



SYFTE

Att utveckla och utvärdera ett instrument för att undersöka fysioterapeutstudenters kliniska resonemang med fokus på klienters aktivitetsrelaterade beteende och beteendeförändring.

RESULTAT I URVAL

För att utveckla studenters kliniska resonemang bör insatser fokusera på studenters analytiska och reflekterande förmågor, positiva attityder samt utbildningsplaners innehåll av beteendemedicinska kompetenser.

TITEL

Clinical reasoning focused on clients' behavior change in physiotherapy. Development and evaluation of the Reasoning 4 Change instrument. Mälardalens högskola, 2019.

Länk: http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1297040/FULLTEXT02.pdf

Info: Det webbaserade R4C-instrumentet kan också användas av kliniker. Är du intresserad? Kontakta Maria Elvén: maria.elven@mdh.se

mobility research - vi gör en skillnad i praktiken!

Mobility Research har några spännande evenemang på gång till hösten 2019:

Partial Weight-Bearing Gait Therapy Workshop - 9:e Oktober
US-Linköping – mer information / anmälan: info@mobilityresearch.dk

Äldreomsorgsdagarna 2019 - 17-18 Oktober
Stockholmsmässan - Monter B05:19

Fysioterapi 2019 - 23-25 Oktober
Stockholms Waterfront - Monter D4







LiteGait
The Original Partial Weight Bearing Gait Therapy Device

Boka en spännande kostnadsfri demonstration av LiteGait för din verksamhet - ring eller mejla oss idag



”LiteGait underlättar mitt kliniska beslutsfattande eftersom det minskar de praktiska problemen.”
Amad S, leg. Fysioterapeut

mobility research sweden - mail: wmu@mobilityresearch.se - tlf: +46 76 311 9331 - www.mobilityresearch.se



Redaktör: **Cecilia Fridén**
cecilia.friden@fysioterapeuterna.se

SAMMANFATTNING

I dag används styrketräning som ett komplement i prestationshöjande syfte i stort sett inom alla idrotter. Styrketräning spelar dessutom en stor roll inom idrotten när det gäller att förebygga och rehabilitera idrottsskador. Målsättningen med denna artikel är att ge exempel på hur styrketräning kan användas i förebyggande och rehabiliterande syfte, men även hur skador kan uppstå vid styrketräning.



Denna artikel är ett sammandrag av kapitel 9 i den nya upplagan av boken *Styrketräning för idrott, motion och rehabilitering* utgiven av SISU idrottsböcker.

Förebyggande och rehabiliterande styrketräning



FOTO: HÅKAN FLANK/SISU

JESPER AUGUSTSSON
Docent i idrottsvetenskap, specialistsjukgymnast inriktning idrottsmedicin, institutionen för idrottsvetenskap, Linnéuniversitetet



FOTO: HÅKAN FLANK/SISU

SOFIA RYMAN AUGUSTSSON
Specialistfysioterapeut inriktning fysisk aktivitet och idrottsmedicin, med.dr, institutionen för idrottsvetenskap, Linnéuniversitetet

STYRKETRÄNING KAN BETRAKTAS som en medicin, som rätt doserad har mycket positiva effekter på de flesta av kroppens olika funktioner. Trots att styrketräning är en av de säkraste motionsformerna (1), kan skador tyvärr uppstå ändå. Plötsliga skador på grund av en olyckshändelse är ovanliga; de skador som förekommer oftast är av överbelastningskaraktär. Den vanligaste förklaringen till skada anses vara alltför tung styrketräning och för stor träningsvolym. Även bristande teknik och ett dåligt genomtänkt övningsval samt ensidig styrketräning anses vara vanliga orsaker. Vidare kan individens olika förutsättningar, som obalans i styrka med till exempel svaghet i stabiliserande muskler, stelhet (nedsatt rörlighet) samt dålig allmänkondition vara bidragande orsaker till skada. De övningar som oftast orsakar besvär är sannolikt övningar med fria vikter, vilka ställer högre krav på god teknik och kroppshållning jämfört med övningar i fasta maskiner.

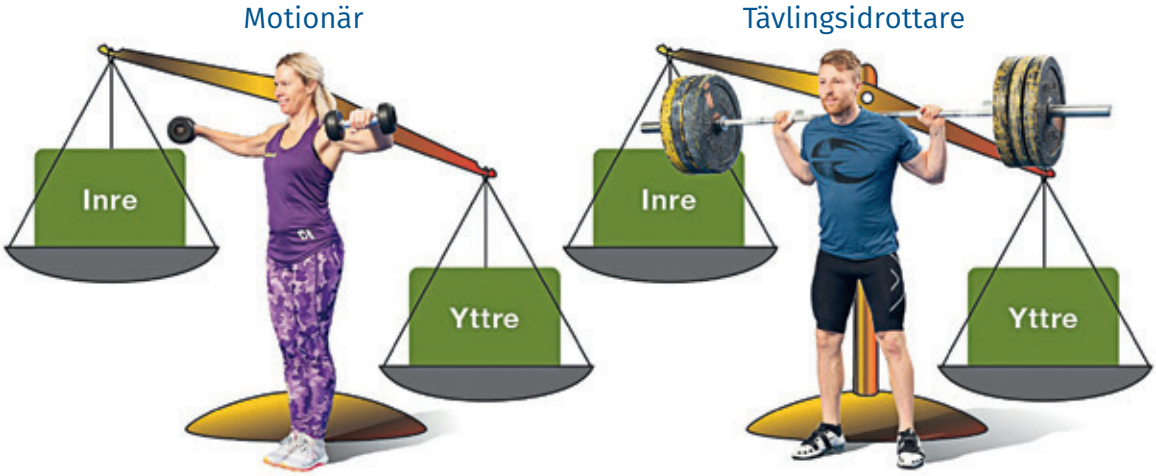
Riskfaktorer för skada vid styrketräning

Riskfaktorer för skada brukar delas in i *inre och yttre riskfaktorer*. Inre riskfaktorer anses vara till exempel ålder, nedsatt rörlighet och/eller styrka samt anatomiska felställningar. Yttre riskfaktorer kan vara till exempel för tung belastning, dålig eller felaktig utrustning och för lite återhämtning. Ett känt uttryck vad gäller yttre riskfaktorer lyder ”The terrible too’s: too much, too soon, too often, too fast, with too little rest”. Oftast beror en skada på en kombination av flera inre och yttre riskfaktorer. Om riskfaktorerna skulle läggas i två vågskålar anses det att yttre riskfaktorer – relaterade till miljö och omgivning – väger tyngst, för motionären såväl som för tävlingsidrottaren (2), se figur 1. Detta beror i sin tur på att inre riskfaktorer ensamma sällan är tillräckliga för att utlösa en skada (3).

Skadeförebyggande styrketräning

Skador inom idrotten anses till stor del bero på att utövare, generellt eller i vissa muskler, är för svaga, har för dålig muskeluthållighet eller har brister i koordination/teknik. Dessa faktorer hänger ihop på så sätt att svaghet och trötthet ofta bidrar till sämre koordination/teknik, vilket således innebär att styrka och muskeluthållighet bör förbättras. Därför ingår styrketräning vanligtvis i skadeförebyggande program inom idrotten. Syftet med förebyggande styrketräning är att förbättra styrka och funktion av muskler, senor, ledband, skelett och ledbrosk för att skapa skydd mot skador. I en nyligen publicerad systematisk litteraturöversikt och meta-analys noterades att styrketräningsbaserade interventioner kan förebygga såväl akuta skador som skador av överansträngningskaraktär på ett säkert sätt och med hög följsamhet hos idrottare (4). Styrketräning anses även påskynda återhämtning efter skada och begränsa en skadas omfattning.

I en nyligen publicerad studie visades att oddsen att ådra sig en traumatisk knäskada var nio gånger högre hos unga (17 år) idrottande



Figur 1.
Riskfaktorer för skada brukar delas in i inre och yttre riskfaktorer. Vilken faktor som väger tyngst kan diskuteras.

kvinnor med svaga benmuskler jämfört med starka kvinnor (5). Den svaga gruppen kvinnor hade också en sju gånger högre risk att ådra sig en främre korsbandsskada. Hos de unga idrottsaktiva männen fanns ingen sådan skillnad i den starka jämfört med den svaga gruppen. Denna studie visar att styrka verkar ha betydelse för skaderisken hos kvinnor, medan andra faktorer troligtvis har större betydelse hos män (5).

Styrketräning vid rehabilitering av skador

Idrotts- och motionsskador kan kategoriseras som akuta skador eller överbelastningsskador. Denna indelning baseras främst på hur skadan uppstod, det vill säga plötsligt eller över tid. Idrotts- och motionsskador kan också delas in i mjukdelsskador (muskel-, sen-, brosk- och ledbandsskador) respektive skelettskador (frakturer). Oavsett skadetyp (akut eller överbelastning) och typ av vävnad kan styrketräning användas, under samtliga rehabiliteringsfaser (inledande-, uppbyggande- och återgångsfas). Styrketräningen måste dock anpassas och utföras progressivt genom rehabiliteringens olika faser. Detta åstadkoms genom träning inom olika repetitions maximum-zoner, (RM-zoner), där 1 RM är den tyngsta vikt som kan lyftas en gång men inte två gånger, 2 RM den tyngsta vikt som kan lyftas två gånger men inte tre gånger och så vidare, så att vävnaderna hela tiden tolererar belastningen och inte överansträngs eller skadas (2), *se figur 2 på nästa sida*.

Styrketräning vid rehabilitering av muskelskada

Muskeln är den vävnad som svarar snabbast på träning. Både volym och styrka kan öka avsevärt efter bara en kort tids träning. Muskeln är också den vävnad som är känsligast för immobilisering och inaktivitet, vilket omedelbart leder till att muskelfibrerna börjar brytas ner. Förtvining, det vill säga minskad muskelvolym, kan vara synlig redan efter ett par dygn. Idrottare som skadar till exempel ett ledband drabbas därför även av muskelförtvining av kringliggande muskler. Nedsatt funktion och styrka beror alltså inte enbart på skadan, utan minst lika mycket på efterföljande muskelförtvining.

Akut muskelskada uppstår antingen genom kompressionsvåld (kontusionsskada, till exempel att få en motspelares knä mot låret) eller utdragningsvåld (distensionsskada, till exempel att halka så att muskeln plötsligt sträcks ut). Båda skadetyperna kan orsaka bristningar i muskelvävnaderna. Vid kontusionsskada sker skadan djupt inne i muskeln mot underliggande ben. Vid distensionsskada brister muskeln oftast vid övergången mellan muskel och sena, vilket brukar kallas muskel/sen-komplexets svaga länk. Kraftig blödning uppstår ofta vid muskelskada, eftersom muskler är rikligt kärlförsörjda.

Muskler kan också drabbas av överansträngning vid långvarigt arbete. Inom idrotter som gymnastik, konståkning, tennis, brottning och volleyboll, där till exempel ryggen utsätts för hög och långvarig belastning med rotationskrafter, är det vanligt

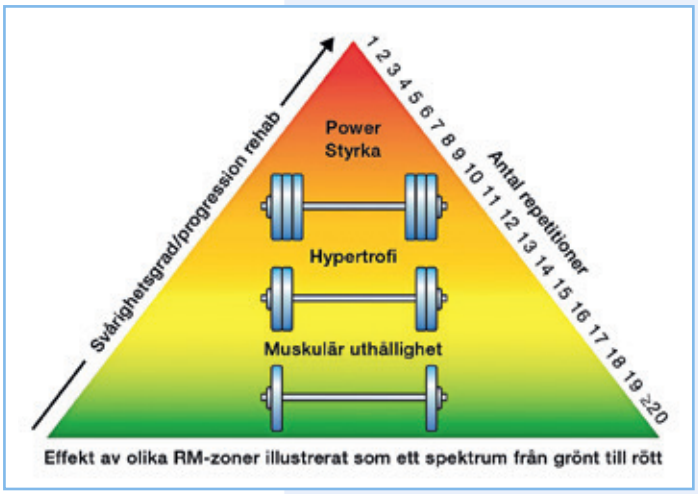
→


FOTO: CHRISTOFFER THOMEÉ

ROLAND THOMEÉ
Professor i fysioterapi vid Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet


FOTO: HÅKAN FLANK/SISU

JON KARLSSON
Professor i ortopedi och idrottstraumatologi vid Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet



Figur 2.
Styrketräningspyramiden, eller den hierarkiska triangeln för styrketräning, där olika styrkekvalitéer tränas inom olika repetitioner maximum (RM)-zoner illustreras som ett spektrum från grönt till rött (2). Träning av de skilda egenskaperna överlappar dock varandra till viss del.

Teknisk svårighetsgrad, och påfrestning på skadad vävnad, vid muskulär uthållighetsträning är låg. Därför är denna RM-zon lämplig under den inledande rehabfasen. Därefter sker progression till hypertrofiträning där svårighetsgraden och påfrestning på skadad vävnad är måttlig. Denna RM-zon är därför lämplig under rehabens uppbyggnadsfas.

Slutligen är teknisk svårighetsgrad och påfrestning på skadad vävnad hög vid maximal styrke- och powerträning. Denna RM-zon är därför lämpad för rehabens återgångsfas.

→ med ryggbesvär av överbelastningskaraktär. Neuromuskulär obalans och nedsatt styrka hos erector spinae (ryggsträckarna) har föreslagits som bidragande orsaker (6–9).

Efter akut omhändertagande och korrekt diagnos består behandling efter muskelbristning inledningsvis av träning som ökar blodcirkulationen, samt töjning inom smärtgränsen. Det är vanligt med kvarstående besvär och svaghet, vilket kan förklaras av att symtom, såsom smärta och svullnad, försvinner mycket fortare än det går att återställa full muskelfunktion. Det är därför viktigt att också inkludera successivt stegrad styrketräning i rehabiliteringen, med regelbunden utvärdering av muskelfunktionen, för att säkerställa att muskeln återfår full styrka och funktion.

Excentrisk styrketräning används ofta med goda resultat för att förebygga en muskelskada (10–13). Muskelbristning vid distensionsskada uppstår huvudsakligen vid maximalt excentriskt arbete (muskeln arbetar under samtidig förlängning), eftersom muskeln då kan utveckla upp till 50 procent mer kraft jämfört med om muskelarbetet är koncentriskt (muskeln arbetar under samtidig förkortning). Vid muskelbristning i baksidan av låret gäller att ju längre upp mot höften, där musklerna på lårets baksida har sitt ursprung, som bristningen sitter desto längre tid tar läkningen. Till exempel får sprinters bristningar i lårets baksida i samband med maximal löpning, medan dansare skadar sig i samband med stretchning med långsam rörelsehastighet (14). Hos sprinters brister muskeln mitt på låret, och återgång till maximal idrottsbelastning kan ofta ske efter 3–5 månader. Hos dansare däremot brister muskeln vid infästningen mot bäckenet, och återgång till full kapacitet sker ofta först efter cirka ett år. Ordentlig uppvärmning, god rörlighet, god muskelfunktion, och god neuromuskulär kontroll anses vara viktiga faktorer för att undvika distensionsskador. För att förebygga och behandla överansträngning av till exempel ländryggen anses det viktigt att träna stabilitets- och uthållighetsstyrka av rygg- och bålstabiliserande muskler, vilket under senare år har kommit att benämnas ”core-träning” eller ”core stability”. Det är viktigt att träningen är idrottsspecifik och att hänsyn tas till de rörelsemönster och hastigheter som ska klaras av i idrotten (15). Det är också viktigt att träningen har stort inslag av koordination/neuromuskulär kontroll men att den inte är för lågbelastad, utan att även övningar som ökar styrka och muskelvolym finns med i programmet.

Styrketräning vid rehabilitering av ledbandsskada

Ledband förbinder ben med ben och kan sitta både inuti en led (till exempel korsbanden i knäleden) eller utanpå leden (till exempel ledbanden kring fotleden). Ledbanden är uppbyggda av parallella (och/eller tvärgående eller spiralformade), starka, draghållfasta och böjliga bindvävsfibrer. Ledbandsskador sker oftast i samband med kraftigt våld mot leden, som vid en alltför våldsam tackling eller genom att idrottaren ramlar, fastnar eller vrider leden (stukning). Den totala läkningstiden för en ledbandsskada är cirka 6–12 månader. En liten till måttlig ledbandsskada behöver dock inte ge uttalade besvär mer än 1–2 veckor. Även

om idrottaren är relativt besvärsfri, kvarstår en lång tid av läkning. Stora skador kan ge besvär (smärta, svullnad, instabilitet) i flera år. Detta gäller speciellt om den primära skadan medför skada på andra ledstrukturer, till exempel om ledens brosk skadas. Alltför kort och otillräcklig rehabilitering, där idrottaren inte tränat upp full muskelstyrka, muskeluthållighet, balans och koordination, spänst-, hopp- och löpförmåga samt idrottsfunktion, kan också medföra mycket långvariga besvär efter en större ledbandsskada. Det ställs därför stora krav på tålamod när en ledbandsskada rehabiliteras. Möjligheten att lyckas återställa ledfunktionen anses däremot vara mycket stor, även om det kan ta mycket lång tid (12–24 månader). De flesta ledbandsskador läker ut med rehabilitering, exempelvis ledband på utsidan av fotleden som kan skadas vid en vanlig fotledsstukning.

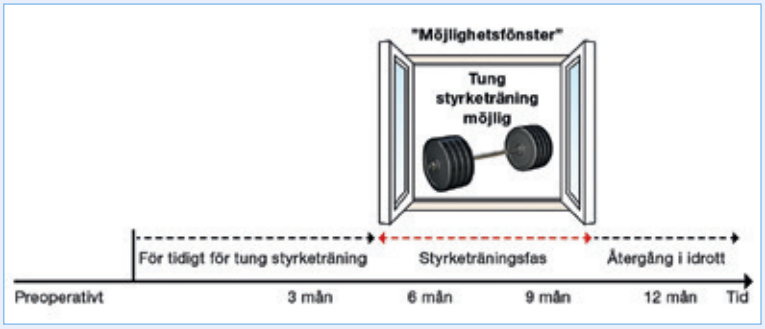
Främre korsbandet i knäleden läker däremot inte ihop av sig själv eftersom ledbandsändarna faller isär när korsbandet går av. För att återställa det främre korsbandet måste därför en operation genomföras där korsbandet rekonstrueras, till exempel med en del av knäskålssenan eller med hamstringssenor. Det går dock att klara sig bra inom vardagliga aktiviteter och inom många idrotter utan ett främre korsband, men i kontaktidrotter som fotboll, handboll eller idrotter med snabba riktningsförändringar kan det vara svårt att klara sig utan ett fungerande främre korsband (16). I en avhandling har det visat sig att den årliga förekomsten av främre korsbandsskada i Sverige är nära tre gånger högre än tidigare ansetts, det vill säga cirka åtta per 10 000 individer i åldrarna 10–64 år (17). Ökningen beror sannolikt delvis på att det noterats att varannan patient med främre korsbandsruptur inte upptäcks vid klinisk undersökning på akutmottagningen.

Främre korsbandsskada hos kontaktidrottande kvinnor är 2–5 gånger vanligare jämfört med hos män (18). I en studie noterades att det under en säsong inträffade totalt 16 främre korsbandsskador i Damallsvenskan i fotboll (12 lag), vilket motsvarar 1,3 skador per lag (19). Efter några säsonger blir det ackumulerade antalet spelare med korsbandsskador alltså högt. I en annan studie noterades att prevalensen (antal skador per spelare) av främre korsbandsskador var mer än dubbelt så många för elitfotbollsspelande kvinnor jämfört med för män (20). Lägre muskelstyrka hos flickor och kvinnor kan vara en förklaring (av flera) till att de löper högre risk att drabbas av en idrottsrelaterad knäskada (som exempelvis en främre korsbandsskada) jämfört med pojkar och män (5). Ledband svarar långsamt på träning jämfört med muskler, men styrketräning medför att ledbanden blir starkare och tåligare. Vid immobilisering och inaktivitet försvagas också ledbanden långsamt på grund av låg blodförsörjning och låg hastighet i ämnesomsättningen jämfört med muskler. Eftersom ledbandsskador nästan uteslutande sker i samband med en olycka (kollision, fall, vridvåld) är det viktigt att identifiera riskfaktorer. Neuromuskulär träning med många övningar som kräver balans och koordination har blivit populär och visat sig vara effektiv (21) tillsammans med rejäl styrketräning för att förebygga ledbandsskador (22, 23). Exempelvis minskade förekomsten av främre korsbandsskada med 50 procent när handbollsspelande norska flickor (15–17 år) genomgick ett program med förebyggande träning med speciellt utvald löp- och landningsteknikträning, samt balans- och styrketräning (24). I en annan studie av 2 200 norska flickor som spelade fotboll visade det sig dock att förebyggande träning inte minskade antalet skador, sannolikt beroende på att spelarna inte genomförde den förebyggande träningen i tillräcklig omfattning (25). Detta visar hur svårt det kan vara att föra ut nya kunskaper. Då så många av spelarna och tränarna avstod från träningen kan en orsak helt sonika vara att den förebyggande träningen inte upplevdes som tillräckligt stimulerande. Slutsatsen är att många korsbandsskador går att undvika med enkla medel (information och förebyggande träning) och att svårigheten består i att nå ut med kunskapen och att motivera tränare, föräldrar och idrottarna själva.

Ledband svarar långsamt på träning jämfört med muskler, men styrketräning medför att ledbanden blir starkare och tåligare.

Styrketräning efter främre korsbandsruptur

Främre korsbandsskada, som förekommer framför allt inom kontaktidrotter som fotboll och handboll men även inom alpina idrotter, kräver lång rehabilitering oavsett om en operation utförs eller inte. Den vanligaste orsaken till att främre korsbandet skadas är att leden utsätts för ett rotationsvåld eller att knäleden översträcks. En bristning av bakre korsbandet är däremot relativt ovanlig. Rehabilitering efter främre korsbandsskada består inledningsvis av träning för ökad blodcirkulation i muskler och andra ledstrukturer, vilket tillsammans bidrar till ökad ledrörlighet. Redan efter någon dag sätts övningar in för att förebygga att muskelstyrkan minskar och att muskler runt knäleden förtvinar. Rehabiliteringen fortsätter med successivt stegrad belastning och svårighetsgrad av övningarna för →



Figur 3.
"Möjlighetsfönstret" för styrketräning med hög belastning efter främre korsbandsrekonstruktion är begränsat till några månader vid rehabilitering, framför allt vid elitidrott där återgång till idrott ofta sker (för) skyndsamt efter rekonstruktion (32).

→ att återställa rörlighet, styrka, spänst, balans, koordination och idrottsfunktion. I en norsk studie noterades att en viktig prediktor (förutsägande faktor) för ett lyckat slutresultat efter främre korsbandsrekonstruktion var hur starka patienterna var i quadriceps innan operation i det skadade benet. Forskarna föreslog att de patienter som inte hade åtminstone 80 procents preoperativ styrka jämfört med det friska benet skulle vänta med operation till denna styrkenivå var uppnådd (26).

Återgång till idrott efter främre korsbandsrekonstruktion

Det har visat sig svårt att återställa full muskelfunktion och full knäfunktion på sex månader efter en främre korsbandsskada, oavsett om skadan opereras eller inte (27). Trots detta finns det en allmän uppfattning inom både sjukvården och idrotten att återgång till idrott kan ske efter cirka sex månader. Endast 29 procent av unga idrottare som återgår till tuffare idrott har återfått fullgod muskelfunktion vid åtta månader (28). Långtidsuppföljning visar att endast en minoritet av idrottarna har full muskelfunktion två år efter skadan eller operationen (29, 30). Om detta beror på otillräcklig rehabilitering på grund av okunskap, bristande motivation eller på att skador på andra ledstrukturer inte möjliggör fullständig återhämtning av muskelfunktion är dock oklart (31). All erfarenhet pekar på att det är den flitiga, envisa och tålmodiga idrottaren som i stor omfattning återfår full muskelfunktion och klarar att återgå till krävande idrotter med liten risk för återfallskada. När det gäller återgång till idrott efter främre korsbandsrekonstruktion är "möjlighetsfönstret" för styrketräning med hög intensitet kort (32), åtminstone inom elitidrott där det ofta är bråttom för den aktive att börja spela igen *(se figur 3)*. Att detta är ett problem kan exemplifieras med Zlatan Ibrahimovic som gjorde comeback mindre än sju månader efter rekonstruktion när han år 2017 spelade för Manchester United. Glädjen blev dock kortvarig eftersom han redan efter ett par matcher återigen fick problem med sitt knä och tvingades till ett nytt långt uppehåll. Risken att aktiva återvänder för tidigt till idrott, utan tillräcklig rehabilitering och innan det nya korsbandet återfått full hållfasthet, är ett fortsatt problem inom idrotten.

Styrketräning vid rehabilitering av ländryggsbesvär

År 2016 disputerade leg. sjukgymnast Lars Berglund med en avhandling om högbelastande marklyftsträning som behandling av ländryggsbesvär (33). En träningsform som dock inte fungerade bättre än mer konventionell lågbelastande träningsterapi. Avhandlingen innebar ändå ett svenskt fysioterapeutiskt paradigmskifte vad gäller vilka träningsformer som patienter med ländryggsbesvär *de facto* kan rehabiliteras med. Under hela rehabiliteringsperioden (även inledningsvis) utförde patienterna konventionella marklyft där lyftet initierades med skivstången på golvet. Vi förordar i stället en progression i fyra steg vad gäller sättet som patienterna utför marklyftsträningen på, som vi kliniskt upplever har fungerat under många års patient-

I en norsk studie noterades att en viktig prediktor för ett lyckat slutresultat efter främre korsbandsrekonstruktion var hur starka patienterna var i quadriceps innan operation i det skadade benet.

Figur 4.
Föreslagen progression vad gäller teknisk svårighetsgrad och påfrestning på ländryggen, som ett spektrum från grönt till rött, vid marklyftsträning som behandling av ländryggsbesvär.

1. Halva marklyft i Smith-maskin
2. Halva marklyft från ställning,
3. Hexbar-marklyft
4. Konventionella marklyft



FOTO: JESPER AUGUSTSSON

arbete *(figur 4)*. Förslagsvis inleds träningen med halva marklyft (från upprätt ställning ned till att stången är strax ovan knälederna) i en så kallad Smith-maskin. Stången i en Smith-maskin löper i gejdrar vilket styr rörelsen som därmed förenklas. Nästa steg är att patienten utför halva marklyft med fri skivstång från ställning. Marklyftet kan då initieras från upprätt ställning vilket förenklar övningen. I nästa steg i progressionen genomför patienten marklyft från golvet med en så kallad Hexbar-skivstång, som är specialformad för att underlätta utförandet och minska belastningen på ryggen vid marklyft. Sist i progressionen utförs konventionella marklyft med rak stång från golvet.

Konklusion

Sammanfattningsvis kan sägas att styrketräning spelar en stor roll inom idrotten när det gäller att förebygga och rehabilitera idrottsskador. Det kan vara extra viktigt för flickor att styrketräna, eftersom de löper högre risk för till exempel knäskador än pojkar. För fysioterapeuten är styrketräning ett kraftfullt redskap att använda för att förebygga och rehabilitera idrottsskador, dock krävs både teoretisk och praktisk kunskap. För att blivande fysioterapeuter ska kunna fördjupa sitt kunnande måste styrketräning som ämne stärkas på grundutbildningen vid fysioterapeutprogrammen i Sverige, anser vi. ■

REFERENSER

• 1. Aman M, Forssblad M, Henriksson-Larsen K. Incidence and severity of reported acute sports injuries in 35 sports using insurance registry data. Scand J Med Sci Sports. 2016 Apr;26(4):451-62
• 2. Augustsson J, Ryman Augustsson S, Thomeé R, Karlsson J. Styrketräning - för idrott, motion och rehabilitering. 2 ed. Stockholm: SISU Idrottsböcker; 2019.
• 4. Lauersen JB, Andersen TE, Andersen LB. Strength training as superior, dose-dependent and safe prevention of acute and overuse sports injuries: a systematic review, qualitative analysis and meta-analysis. Br J Sports Med. 2018 Dec;52(24):1557-63.
• 5. Ryman Augustsson S, Ageberg E. Weaker lower extremity muscle strength predicts traumatic knee injury in youth female but not male athletes. BMJ Open Sport Exerc Med. 2017;3(1):e000222.
• 13. Shield AJ, Bourne MN. Hamstring Injury Prevention Practices in Elite Sport: Evidence for Eccentric Strength vs. Lumbo-Pelvic Training. Sports Med. 2018 Mar;48(3):513-24.
• 21. Walden M, Atroshi I, Magnusson H, Wagner P, Hagglund M. Prevention of acute knee injuries in adolescent female football players: cluster randomised controlled trial. BMJ. 2012 May 3;344:e3042.
• 23. Silvers-Granelli HJ, Bizzini M, Arundale A, Mandelbaum BR, Snyder-Mackler L. Does the FIFA 11+ Injury Prevention Program Reduce the Incidence of ACL Injury in Male Soccer Players? Clin Orthop Relat Res. 2017 Oct;475(10):2447-55.
• 28. Beischer S. Patience you must have, my young athlete – Rehabilitation specific outcomes after anterior cruciate ligament reconstruction [Doctoral thesis]: Gothenburg University; 2019.
• 32. Augustsson J. Documentation of strength training for research purposes after ACL reconstruction. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2013 Aug;21(8):1849-55.
• 33. Berglund L. Deadlift training for patients with mechanical low back pain: a comparison of the effects of a high-load lifting exercise and individualized low-load motor control exercises [Doctoral thesis]: Umeå University; 2016.

Denna artikel med fullständig referenslista finns att ladda ned som pdf-fil på www.fysioterapi.se Forskning pågår-arkivet hittar du under fliken Forskning.

Fler förbundsledare finns på:
www.fysioterapeuterna.se/politik

Förbundsledare:

Vi vill vara en del av lösningen

VÅRT FACK- OCH PROFESSIONSFÖRBUND grundades för drygt 75 år sedan av entusiastiska och drivande sjukgymnaster, som ville främja yrkets utveckling på bästa sätt. Redan då var övertygelsen stark att sjukgymnastik kunde vara en viktig del i lösningen av människors olika hälsoproblem. Såväl undersöknings- som behandlingsmetoder har under åren förbättrats. I dag är fysioterapin, som är den officiella benämningen sedan 2014 då yrket bytte titel, en av samhället erkänd behandling av både människors och djurs ohälsotillstånd. Den är dessutom fast grundad i ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt.

Samhället har under dessa år genomgått mycket stora förändringar. Inte minst industrialiseringen och digitaliseringen har medfört både ökad fysisk inaktivitet och mer stress i samhället, som i sin tur har lett till en helt annan typ av ohälsa, av både fysisk och psykisk art. Exempelvis beräknas smärtor i nacke, rygg och leder i dag kosta samhället mer än 100 miljarder per år, och psykisk ohälsa är det vanligaste skälet till sjukskrivning.

TILL DETTA KOMMER de problem och stora utmaningar som svensk välfärd står inför. Finansdepartementet säger i en ny rapport att det år 2026 kommer att saknas 90 miljarder kronor för att bibehålla nuvarande standard. Dessutom åskådliggör Finansdepartementet resursbristen i form av hus. Det behöver enligt departementet byggas 560 nya äldreboenden och 75 vårdcentraler, och dessutom behöver det anställas 80 000 nya medarbetare.

Det förvånar mig att Finansdepartementet väljer att fokusera på hus och byggnader; för mig är det uppenbart att det som framför allt behövs är en omställning av hälso- och sjukvården. Det behövs bland annat ett nytt personcentrerat och hälsofrämjande ledarskap och ett nytt förhållningssätt till medarbetarna och behovet av livslångt lärande.

Hälsa, förebyggande och rehabiliterande åtgärder behöver prioriteras kraftigt och offensivt om hälso- och sjukvården ska lyckas med omställningen till en nära vård, där relationer och förhållningssätt är avgörande och kampen mot de drastiskt ökande levnadsvanesjukdomarna lyckas. Detta är ju något som också tydligt lyfts fram i olika betänkanden från utredningen God och nära vård.

INOM MÅNGA AV fysioterapins områden finns i dag övertygande forskning som visar på att insatserna ger förbättrad hälsa och är kostnadseffektiva. Men många av de hälsofrämjande insatser som fysioterapeuter kan bidra med används ännu inte alls i tillräcklig omfattning. Det vill vi ändra på! Fysioterapeuterna har därför tagit fram material som på ett tydligt och lättillgängligt sätt visar på vinsterna av fysioterapeutiska insatser. *(Se länken nedan!)*

Både när vi lyfter blicken och ser befolkningens och patienternas behov och när vi tittar på oss själva i vår yrkesutövning, så ser vi att vår resa bara har börjat. Vi har förstås åstadkommit mycket redan, men det finns väldigt mycket viktigt arbete som väntar. För detta krävs ett nytt modigt, personcentrerat och hälsofrämjande ledarskap från alla delar i samhället. Folkhälsoarbetet exempelvis behöver prioriteras av alla departement i regeringen och i alla kommuner och regioner.

FYSIOTERAPEUTERNA VILL gärna bidra. Vi vill fortsätta vara en del av lösningen på hälso- och sjukvårdens problem och utmaningar.

www.fysioterapigerresultat.se

Följ mig på sociala medier:
www.stefanjutterdal.se



FOTO: EVA DALIN

FÖRBUNDSSTYRELSEN 2017–2020

Stefan Jutterdal, ordförande
070–624 98 95
stefan.jutterdal@fysioterapeuterna.se

Cecilia Winberg, vice ordförande
0705–59 60 01
cecilia.winberg@fysioterapeuterna.se

Monica Berg, ledamot
063–15 36 14
monica.berg@fysioterapeuterna.se

Daniel Brandon, ledamot
070–346 44 45
daniel.brandon@fysioterapeuterna.se

Marie Granberg, ledamot
08–89 30 75, 0708–89 83 00
marie.granberg@fysioterapeuterna.se

Mikael Hjerne, ledamot
010–103 34 57, 0703–99 70 48
mikael.hjerne@fysioterapeuterna.se

Marita Lindqvist, ledamot
090–785 65 98
marita.lindqvist@fysioterapeuterna.se

Pia Nilsson, ledamot
0340–48 20 36, 0708–24 73 70
pia.nilsson@fysioterapeuterna.se

Charlotte Wåhlin, ledamot
010–103 62 67, 072–239 66 40
charlotte.wahlin@fysioterapeuterna.se

Fysioterapeuterna | *Kongress 2020*



FOTO: PETER KARLSSON

Kongressen 2016.

Nominera vem som ska bestämma på kongressen 2020

Senast den 15 september kan du nominera den person du tycker ska vara ombud på kongressen 2020 och ta beslut om förbundets framtida inriktning.

VART FJÄRDE ÅR har Fysioterapeuterna kongress, vilket är förbundets högsta beslutande organ. Under nästa kongress, den 14–15 november 2020 på Quality Hotel Friends i Solna, ska 85 valda ombud ta beslut om förbundets politik och inriktning för åren 2021–2024 samt välja förbundsstyrelse.

Enligt Fysioterapeuternas stadgar väljs ombuden av förbundets distrikt, sektioner och studentsektion och är fördelade enligt följande: förbundets 16 sektioner har var sitt ombud, Studentsektionen har ett ombud per utbildningsort (totalt åtta) och övriga 61 ombudsplatser fördelas proportionerligt utifrån medlemsantalet i förbundets 21 distrikt.

DU KAN PÅVERKA vem som ska företräda dig. Under sista kvartalet i år fattar distrikten beslut på sina respektive årsmöten om vilka ombud de ska skicka till kongressen, inklusive suppleanter. Inför årsmötet i ditt distrikt kan du nominera den person du vill ska företräda dig. En nominering innebär att du föreslår en medlem att bli kongressombud och därmed företräda ditt distrikt. Alla medlemmar i ditt distrikt kan nomineras och du kan också nominera dig själv.

Efter att nomineringsförfarandet har stängt kommer resultatet att överlämnas till respektive distriktsstyrelse som ett underlag inför att årsmötet ska ta beslut om vilka ombud som ska åka på kongressen. Du kan nominera ditt kongressombud på vår webbplats senast den 15 september.

www.fysioterapeuterna.se/kongress2020



FOTO: PETER KARLSSON

Viktiga datum inför kongressen

2019

15 september: Sista dag att nominera kongressombud.
Sista kvartalet: Alla distrikt och Studentsektionen beslutar om kongressombud på sina årsmöten.

2020

Första kvartalet: Alla sektioner beslutar om kongressombud på sina årsmöten.
2 maj: Deadline för att skicka in motioner och förslag på hedersmedlemmar.
31 augusti: Senast detta datum kallar förbundsstyrelsen till kongress via tidningen Fysioterapi och webben.
1 oktober: Sista dag för valda ombud att få tillgång till kongresshandlingarna, inklusive propositioner och motioner.
14–15 november: Kongress på Quality Hotel Friends i Solna.

Marie Granberg, vikarierande ombudsman för företagare på förbundets kansli och ordförande i Fysioterapeuterna Service AB.



FOTO: EVA DALIN

Förbundet kritiskt till nya momsregler

Sedan den 1 juli tillämpar Skatteverket ett nytt synsätt på mervärdesskatt gällande uthyrning av personal inom hälso- och sjukvården. Det innebär att fler företagande fysioterapeuter nu tvingas att betala moms.

BAKGRUNDEN ÄR en dom från Högsta förvaltningsdomstolen som slår fast att när ett bemanningsföretag inte självt bedriver vård är uthyrningen av personal inte undantaget från mervärdesskatt. Förbundet anser att Skatteverket borde skjutit upp genomförandet till dess att rättsläget är klarlagt.

– Beslutet är olyckligt därför att det riskerar att drastiskt minska intäkterna för en del av våra företagande medlemmar som kan bli tvungna att betala moms på sin ersättning för fysioterapeutisk behandling, trots att fysioterapi egentligen är att betrakta som en momsbefriad tjänst, säger Marie Granberg, vikarierande ombudsman för företagare på förbundets kansli och ordförande i Fysioterapeuterna Service AB.

De senaste månaderna har Fysioterapeuternas kansli arbetet hårt för att få till stånd en förändring.

– Tillsammans med Vårdföretagarna Almega, andra fack- och professionsförbund och enskilda privata större aktörer har vi både haft uppvaktningar och debattartiklar publicerade för att påverka regeringen, säger Marie Granberg.

ETT STEG I RÄTT RIKTNING är att regeringen efter den starka kritiken uppmanats av riksdagen att ta fram en risk- och konsekvensanalys av Skatteverkets ställningstagande. Det finns därför en förhoppning att regeringen ska komma med eventuella förslag som kan mildra konsekvenserna för företagande fysioterapeuter.

– Är du som företagande medlem orolig över hur din egen verksamhet påverkas rekommenderar vi att du ställer en skriftlig fråga till ditt lokala skattekontor och beskriver hur du jobbar och argumenterar för din sak. Vi på förbundets kansli kan vara behjälpliga med att läsa igenom och kommentera den typen av dokument, avslutar Marie Granberg.

På förbundets webbplats finns mer information kring momsfrågan.

www.fysioterapeuterna.se/foretagare

Läs mer om de nya momsreglerna i nyhetsartikel på sidan 6.

Vår ordförande på plats 16 på maktlistan

Fysioterapeuternas ordförande Stefan Jutterdal hamnar i år på plats 16 på *Dagens Medicins* maktlista. På plats ett hamnar socialminister Lena Hallengren. Varje sommar listar Dagens Medicin de 100 personer som har mest makt över svensk hälso- och sjukvård. Förra året hamnade Stefan Jutterdal på plats 14 och året före det på plats 16, det vill säga samma placering som i år.

www.fysioterapeuterna.se/maktlistan

Har du sett våra frukosthubbar?

I våras arrangerades två webbsända frukostseminarier, med olika teman utifrån förbundets tre rörelselyft, dit politiker var inbjudna. Det ena seminariet hade temat psykisk ohälsa och lyfte frågan om hur hälso- och sjukvården kan fånga upp och hjälpa unga människor som mår dåligt. Det andra seminariet handlade om fallolyckor bland äldre och lanserade förbundets satsning på faktabladen ”Fysioterapi ger resultat”. Du kan se seminarierna i efterhand på webben.

www.fysioterapeuterna.se/play

Kolla in firandet av Fysioterapins Dag!

Söndagen den 8 september var det dags igen för Internationella Fysioterapins Dag som även firades under måndagen. Bland annat arrangerade Distrikt Örebro en halvdagskonferens i samarbete med Region Örebro. Syftet var att ge medlemmarna möjlighet att träffas för att inspireras, sprida kunskap och nätverka, samt synliggöra kollegors engagemang och kompetens lokalt i Örebro. På webben kan du ta del av hur dagen firades runt om i landet.

www.fysioterapeuterna.se/fysioterapinsdag

Reflekterat

”Gå som Beyoncé”

”OCH DU! När du går upp på scenen. Gå som Beyoncé.” Mobilens täckning är dålig i bilen men min systers röst hörs ändå tydligt. Jag skrattar till. Kan inte ens svara. Jag är på väg till Stockholm för att ta emot pris som ”Årets förnyare inom svensk sjukvård” och det känns overkligt. Bara det att priset heter Guldskalpellen talar sitt tydliga språk. Dagens Medicin delar vanligtvis ut det till en verksamhet med koppling till kirurgi. Nu kommer det stå Dans för Hälsa på diplomet och jag kommer få ta emot det. Jag lutar mig tillbaka i baksätet i bilen och sluter ögonen. Lite yr. Overkligt. Men samtidigt, en smygande känsla av att verkligare än så här kan det inte bli. Det här har vi skapat tillsammans. Hela forskarteamet, alla tonårstjejer som deltagit, alla Dans för Hälsa-instruktörer som jobbat på, alla beslutsfattare som har vågat satsa – och även alla fysioterapeuter som är med och bygger förtroende för vår unika kompetens. Jag öppnar ögonen igen. Det är klart att det ska bli en ära att få ta emot priset!

DET KÄNNS SOM ett stort kliv fram när en icke-farmakologisk kroppsbaserad insats får ett erkännande i ett så här tungt medicinskt sammanhang. Fantastiskt. Verkligt. Och stort – eftersom det ger fokus till varenda tonårstjej som varit med på dansgolvet, både i forskningsstudien och när insatsen implementeras över Sverige. Det ger fokus på att även små insatser såsom dans kan göra stor skillnad för att stärka hälsa och lyfta fram det friska. Det ger fokus till den stund när Sandra, Malin, Jenny, Nadine, Moa och alla de andra tog sig över både mentala och fysiska trösklar, in i danssalen. När dansen och rörelsen till slut fick bli en del av vardagen, när de lyfte blicken till nya vänner, kände golvet under sina stampande barfotafötter och sakta släppte in tilliten i kroppen igen. Den sorts tillit som minskar oro, bjuder in till lek och spiller över till livsglädje. Den sorts tillit som stärker egenmakt och stolt rörelsemönster.

VI ÄR REDO NU. Synen på hur vi kan bemöta psykisk ohälsa har breddats; kroppsbaserade, kreativa, hälsoekonomiskt effektiva insatser behövs som komplement till samtal och medicinering. Kropp och rörelse är verktyg för att dämpa stress och öka välbefinnande. De vetenskapligt bevisade effekterna har funnits där länge. Äntligen börjar vi skapa plats, tillsammans. I både vård och skola.

Mina steg fram mot scenen var först förargligt skakiga. Men när musikvolymen höjdes kom en kraftfull känsla som är svår att förklara i ord. Som om alla jag mött i dansen var med mig, i varenda steg. Och när jag gick upp på scenen så lovar jag att jag gick stolt. Kanske lite som Beyoncé. Men mest lika stolt som Sandra, Malin, Jenny, Nadine och Moa.



FOTO: KJELL DUBERG

Anna Duberg
Medicine doktor, institutionen för hälsovetenskaper, Örebro universitet

HALLÅ DÄR!



FOTO: PETER KARLSSON

I juli var förbundsdirektör Helena Pepa i Genève som Fysioterapeuternas representant vid världshälsoorganisationen WHO:s möte kring rehabiliteringsfrågor.

Vad handlade mötet om?

Det handlade om rehabilitering utifrån Agenda 2030 – FN:s globala mål – och samlade politiker, professions- och patientföreträdare samt forskare från hela världen. Det tredje globala målet lyder ”Att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”. Världshälsoarbetet har tidigare varit inriktat på minskad dödlighet och minskad sjuklighet, vilket varit lyckosamt. Nu inriktas arbetet på ökad funktionsförmåga och kallas ”Rehabilitation 2030”. De största globala utmaningarna är fler äldre personer med funktionsnedsättningar och en snabbt ökad förekomst av levnadsvanesjukdomar. Därför behöver hälso- och sjukvården arbeta med promotion, prevention, behandling och rehabilitering. Fysioterapeuter är en viktig profession för att detta ska ske.

Fysioterapeuter lärde sig ultraljudsdiagnostik

UTBILDAT I juni arrangerades en introduktionskurs i muskuloskeletal ultraljudsdiagnostik i samarbete med Sektionen för OMT. Ett 20-tal personer från hela landet kom till kurslokalen i Flemingsberg. Kursen hölls av fysioterapeut Niklas Norlén (huvudlärare) och sjukgymnast Lars Ankarberg (extralärare).





FOTON: PETER KARLSSON

Andning & cirkulation

På Fysioterapi 2019 arrangerar sektionen en utbildningsdag för dig som jobbar med trauma. Vi fortsätter med kurser och utbildningsdagar inom sektionens olika områden. Se vår hemsida för info.

Arbetshälsa & Ergonomi

I samband med Fysioterapi 2019 anordnas en utbildningsdag om dialogmodellen ADA, som syftar till att möjliggöra en arbetsplatsnära dialog för att kunna vara kvar i eller återgå i arbete. Mer info på vår hemsida och www.fysioterapigerresultat.se

Fysisk aktivitet & idrottsmedicin

Anmäl dig till heldagsutbildning om foten under Fysioterapi 2019. I oktober finns en ny chans att bli CSPT-certifierad. Håll dig uppdaterad via Facebook, Twitter @FYIMsve och vår hemsida.

Habilitering & pediatrik

På Fysioterapi 2019 anordnas en kortversion av kursen «Hur använder vi GMFM och hur kan bedömningen vara ett stöd när vi planerar och utvärderar vår fysioterapeutiska behandling». Sista ansökningsdag för resestipendiet är 30/10.

Kvinnors hälsa

Kompetenskartan växer vilket gläder oss! Vi har som mål att under hösten ändra kartan så det tydligare framgår kompetens och grad av specialisering. Vi tittar på hur vi kan göra detta men under tiden listar vi inga nya. Håll utkik på hemsidan för när det är dags.

Mekanisk Diagnostik & Terapi (MDT)

Missa inte vår nya kurs avancerat kliniskt resonemang-manuella tekniker 22–23/11 i Gbg med vår mest erfarna lärare G. Norgren. För info och anmälan till kurser och examen; www.mckenzie.se. Boka in nästa års MDT-konferens 24–25/4 i Norrköping. Håll utkik på hemsidan.

Neurologi

Välkomna till vår utbildningsdag på Fysioterapi 2019 om hjärnans plasticitet och arm- och handfunktion efter stroke. Hör av dig med önskemål om föreläsning i samband med årsmötet 2020, om du vill vara vår kontaktperson eller om du är handledare för blivande specialister.

Onkologisk & palliativ fysioterapi

Under Fysioterapi 2019 arrangerar vi en intressant utbildningsdag om cancer i bäckenområdet hos män och kvinnor ihop med Sektionen för kvinnors hälsa. Styrelsen finns även på plats alla dagar under Fysioterapi 2019. Vi ses där! Anmälan via fysioterapi 2019.se

Ortopedisk Manuell Terapi (OMT)

Se vårt kursutbud inom OMT, kinetic control, ultraljud, kliniskt resonemang och klinisk neurodynamik m.m. på hemsidan, sociala medier eller i vår medlemstidning Manualen. Anmäl dig på vår hemsida till OMT-dagen 17/10 med Diane Lee.

Primärvård

Välkomna till vårt symposium på Fysioterapi 2019 om yrsel hos primärvårdspatienten. Du får aktuell kunskap om de vanligaste yrseldiagnoserna och behandling – allt för att förbättra ditt omhändertagande av denna patientgrupp.

Reumatologi

Läs sammanfattningar av olika föredrag från Reumadagarna i Falun på vår hemsida under rapporter. Där finns även rapporter från bland annat Eular.

Smärtsektionen

Läs sektionens tidning SENS på vår hemsida. På gång: Svenskt smärtforum i Malmö 17–18/10 samt Smärtsektionens utbildningsdag 25/10 på Fysioterapi 2019. Se programmet på hemsidan.

Veterinärmedicin

Fysioterapi 2019 drar snart igång. Hoppas vi möts på sektionens utbildningsdag. Anmäl er omgående!

Äldres hälsa

Sektionen anordnar utbildningsdag under Fysioterapi 2019 den 25/10: "Mer än bara minne – Rörelseförmåga vid demens". Mer info på fysioterapi2019.se. Jobbar du med personer med demenssjukdom anmäl dig till sektionens demensnätverk via vår hemsida.

Studentsektionen

Under hösten får våra nya programstudenter besök och hälsas välkomna till en lovande framtid. Vi kommer även bjuda in till lokala arrangemang. Hoppas vi ses på Fysioterapi 2019!

Har du en fråga du vill få publicerad tillsammans med svar i tidningen? Kontakta Peter Karlsson!

KONTAKTA MIG!
Jag är är kommunikationsansvarig på Fysioterapeuterna och ansvarig för informationen på Medlemsnytt.



Kontakt:
08–567 06 117
peter.karlsson@fysioterapeuterna.se

Fråga om jobbet

Jag arbetar på ett äldreboende och upplever att vi har väldigt dålig arbetsmiljö. Bland annat har en medarbetare fått sexistiska kommentarer från en annan kollega och säger att kollegan även har tafsat på henne. Själv har jag blivit utsatt för samma sak, fast av en brukare. Vi har berättat för chefen, men hon gör ingenting åt situationen då det enligt henne saknas bevis. Vad vi förstår så har hon inte ens pratat med den berörda kollegan. Vad kan vi göra?

SVAR Vad tråkigt att höra! Din kollegas situation aktualiserar bestämmelser i Diskrimineringslagen, DL. Enligt DL har din chef skyldighet att utreda och åtgärda trakasserierna, det vill säga förhindra fortsatta trakasserier. Om din kollega har blivit utsatt för trakasserier av en medarbetare i arbetsledande ställning kan arbetsgivaren dessutom komma att hållas ansvarig för den trakasserande kollegans agerande. Din arbetsgivare är också skyldig att ha skriftliga riktlinjer och rutiner mot sexuella trakasserier, där det tydligt ska framgå vilka rättigheter som de anställda har i sådana situationer. Om inte arbetsgivaren uppfyller sina åtaganden, kan din kollega vända sig till sitt fackförbund eller, om hon inte är fackligt ansluten, till Diskrimineringsombudsmannen.

DU SKRIVER ATT du själv har blivit utsatt för sexuella trakasserier, men av en brukare. I dessa fall gäller inte DL, men då det är en arbetsmiljöfråga har din arbetsgivare ansvar enligt arbetsmiljölagstiftningen. Arbetsgivaren har skyldighet att motverka förhållanden i arbetsmiljön som kan ge upphov till kränkande särbehandling, ett begrepp som även inbegriper sexuella trakasserier. Mitt tips är att tydligt säga ifrån att trakasserierna inte är okej och att anteckna alla incidenter med datum och klockslag.

Tänk på att sexuella trakasserier, i vissa fall, även kan utgöra brott, som kan polisanmälas. Jag rekommenderar att du vänder dig direkt till vår medlemsjour (se telefonnummer nedan) om chefen inte tar sitt ansvar.



FOTO: LOIS STEEN

Dominika Borg Jansson, Chefsjurist.

FÖRBUNDET TIPSAR



FOTO: AGNETA PERSSON

Se seminarier från världskongressen

Den 10–13 maj samlades tusentals fysioterapeuter från jordens alla hörn i Genève till den vetenskapliga världskongressen WCPT Congress 2019. Du som inte var på plats kan nu i efterhand ta del av de elva olika fokus-seminarium som webbsändes, bland annat ett symposium om ledarskap (FS-22) där ordförande Stefan Jutterdal medverkade.

www.wcpt.org/wcpt2019/programme/livestream

Postadress: Box 3196, 103 63 Stockholm
Besöksadress: Vasagatan 48
Tel (växel): 08–567 06 100
mån–fre 8.30–17.00
(lunchstängt 12.00–13.00)
E-post: kansli@fysioterapeuterna.se
Webbplats: www.fysioterapeuterna.se

Medlemsjour och chefsjour
Telefon: 08–567 06 100
Telefonjour: månd–fred kl. 09–12

Företagarjour
Telefon: 08–567 061 00
Telefonjour: Måndagar och torsdagar kl. 09–12

Medlemsregistret, prenumeration och ekonomi
Telefon: 08–567 06 150
medlemsregistret@fysioterapeuterna.se

Lokala ombud
www.fysioterapeuterna.se/ombud

Mer kontaktuppgifter hittar du på:
www.fysioterapeuterna.se/kontakt

KURSER



NY 2-DAGARSKURS!
Avancerat Kliniskt Resonemang
manuella tekniker
22-23 november
Göteborg

500 kr rabatt per person om ni går fler från samma klinik!

Fram till ett år efter din fysioterapeutexamen får du **2 000 kr i rabatt** på din första kurs i McKenzieinstitutets regi!
(gäller endast A-C-kurserna)

Fördjupa dina kunskaper
Utvecklas
Få nytändning

Svenska McKenzieinstitutet erbjuder ett kursutbud från grundläggande kunskap om MDT till certifierad examen på en hög nivå. Våra kursledare har internationell lärarexamen och är aktivt verksamma inom MDT.
Anmäl dig idag och hitta inspirationen och glädjen i ökad kunskap!

Save the date!
Konferens i Norrköping
24-25 april, 2020

Kurser hösten 2019

A-kurs, Lumbalryggen
Gbg 11-14 september
Sthlm 6-9 november
Malmö 4-7 december

B-kurs, Cervikal- och Thorakalryggen
Gbg 9-12 oktober
Sthlm 19-22 november

C-kurs, Avancerad problemlösning lumbalrygg + nedre extremitet
Gbg 2-5 oktober

D-kurs, Avancerad problemlösning cervical- och thoracalrygg + övre extremitet
Sthlm 26-29 november

Examen
Göteborg 23 november

mckenzie.se

Sektionen för Ortopedisk Manuell Terapi
inom Fysioterapeuterna

EVENEMANG/KONGRESSER	Datum	Ort
OMT Dagen Diane Lee	17-okt-19	Stockholm
Shoulder rehabilitation med Ann Cools	17-18 januari 2020	Stockholm

OMT-UTBILDNING (OMT 1-kurser för leg. fysioterapeuter och fysioterapistudenter termin 6)	Datum	Ort
OMT 1 Övre	28-30 aug, 19-20 sep 10-11 okt 2019	Västerås
OMT 1 Övre	18-20 sep, 17-18 okt, 14-15 nov 2019	Lund
OMT 1 Övre	25-27 okt, 22-23 nov, 6-7 dec 2019	Stockholm
OMT 1 Nedre	6-8 sept, 12-13 okt och 9-10 nov 2019	Umeå
OMT 1 Nedre	7-9 okt, 4-5 nov, 2-3 dec 2019	Göteborg
OMT 1 Nedre och Övre	21 sep - dec 2019	Haninge
OMT 2	Start 29 aug 2019	Lund
OMT 3	Start jan 2020	Göteborg

Info samt anmälan av ovan OMT-kurser till aktuell lärare, se www.OMTsweden.se!

ÖVRIGA KURSER
Klinisk resonemang - Praktisk inriktad kurs om smärta, funktion och motorisk kontroll

Kinesiologi		
Hands-onsweden(www.hands-onsweden.se)		
Hands-on A introduktion nedre och övre extremitet	19-20 september	Göteborg
Hands-on Sweden grundkurs inom MSK injektioner med genomlysning med ultraljud	25-sep-19	Stockholm
Hands-on B fördjupningskurs nedre extremitet	26-27 september 2019	Stockholm
MSKUL Kongress/Workshop	18-19 oktober	Stockholm
Hands-on B fördjupningskurs övre extremitet	12-13 november 2019	Stockholm
Hands-on A introduktion nedre och övre extremitet	5-6 december	Stockholm
Hands-on Msk kurs scanning av barn	07-dec-19	Stockholm
Muskuloskeletal Ultraljudsdiagnostik(www.ultraljudsdiagnostik.info)		
Ultraljudskurser		
Repetition och examenskurs	5-6 september 2019	Linköping
Klinisk Neurodynamik		
Klinisk Neurodynamik - Nedre	10-11 oktober 2019	Stockholm
Manipulationskurs		
Manipulationskurs (High Velocity Thrust Technics)	3-4 oktober & 25-26 november	Stockholm
Kinetic Control		
Kurs i rörelskontroll & koordination rund ländrygg & höft	30-31 augusti 2019	Stockholm
Kurs i rörelsekontroll & koordination runt nacke & skuldra	11-12 oktober 2019	Haninge

Smärtskola
Handledarutbildning

Välkommen till en evidensbaserad och praktisk ledarutbildning för fysioterapeuter och arbetsterapeuter om att hålla patientskola i primärvården.

11-12 november
Stockholm

egen kurs
valfri tid och plats

Reumatiker-
förbundets smärtskola
ger patienten kunskap om
smärta, vardagsbalans, fysisk
aktivitet och motivation samt
redskap för förändring.

Utbildningen ges av Reumatikerförbundet i samarbete med Smärtcentrum Högspecialiserad Smärtrehabilitering, Danderyds sjukhus.

Anmäl dig på:
reumautveckling.se

För frågor och mer information:
lena.tholsson@reumatiker.se

Reumatiker
förbundet

SVENSKA KNÄDAGARNA

Utbildningen för dig som vill vara en del av frontlinjen inom knärehabilitering

Projekt Korsband bjuder in till Svenska Knädagarna med teori, praktik samt utvärderingar för modern knärehabilitering baserat på uppdaterad forskning.

Utbildningen ger möjlighet till certifiering i knärehabilitering.

Föreläsare:
Prof. Roland Thomeé
Prof. Jón Karlsson
Dr. Hege Grindem (Norge)
Dr. Eric Hamrin Senorski
Dr. Susanne Beischer

Pris:
3900 kr
Exkl moms.

Priset inkluderar fika, luncher samt middag.

18-19 Oktober, 2019 | Idrottshögskolan i Göteborg

Anmälan: projektkorsband@gmail.com
Info & preliminärt program: projektkorsband.se/kurs2019

PROJEKT KORSBAND

Boka Säker Seniors kurser!

✓ **Otago Exercise Programme**
För dig som arbetar med patienter med fallrisk och vill lära dig en evidensbaserad metod för att minska risken för en fallolycka med 35%.

✓ **Vardagsförflyttningar**
För dig som håller utbildningar i Ergonomi och Förflyttningsteknik på din arbetsplats och behöver ökade kunskaper eller ny inspiration.

Kurserna vänder sig till Leg. Sjukgymnast/Fysioterapeut och Leg. Arbetsterapeut.

Aktuella kursdatum och anmälan se www.sakersenior.se

Kontakta oss för offert gällande uppdragsutbildning på er arbetsplats.

Kunniga och engagerade föreläsare!

Säker Senior AB
Tel: 0762-49 32 00
E-post: info@sakersenior.se

KURSER

ALLA ÄR VÄLKOMNA TILL
Stor heldagskonferens fre 29 nov med nya rön sammanställda 2019 om
FYSISK AKTIVITET SOM BEHANDLING OCH PREVENTION AV OLIKA SJUKDOMAR

Var: i aulan på Gymnastik- och idrottshögskolan (GIH) i Stockholm (Lidingövägen 1, T-bana Stadion)
i regi av SFAIM = Svensk Förening för Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin
Dagen riktar sig till all personal inom sjukvård och olika hälsoområden samt övriga intresserade.

Program:

08.30-09.15 **Fysisk aktivitet är lika bra som samtalsterapi eller läkemedel vid mild till måttlig Depression, samt fysisk aktivitet vid Ångestsyndrom.** *Docent, läkare, idrottslärare, lektor Eva Andersson, GIH och Institutionen för neurovetenskap, KI.*

09.15-10.30 **Sömn, fysisk aktivitet och hälsa. John Axelssons forskning berör hur sömn och sjukdom i det moderna samhället påverkar vår biologi, kognition, hjärna och hälsa.** *Professor John Axelsson, Institutionen för klinisk neurovetenskap, KI, och Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet.*

11.00-11.45 **Bedöma och utvärdera fysisk aktivitet.** *Docent, sjukgymnast, lektor Maria Hagströmer, Inst. för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI och KS samt Sophiahemmet högskola, Stockholm.*

11.45-12.30 **A) Uppdatering av FYSS, engelsk version för EU, i regi av YFA (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet), samt B) Starkt samband mellan objektivt mätt fysisk aktivitet på måttlig intensitet och hjärtkärlsjukdom efter 15 år.** *Med dr, sjukgymnast, YFA-ordförande Ing-Mari Dohrn, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, and Aging Research Center, KI.*

13.30-14.15 **Fysisk aktivitet - effekter och mekanismer i olika vävnader.** *Professor Carl Johan Sundberg, Institutionen för fysiologi och farmakologi, KI.*

14.15-15.00 **Fysisk aktivitet vid migrän.** *Med dr, fysioterapeut Emma Varkey, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, sektionen för hälsa och rehabilitering, Göteborgs universitet.*

15.15-16.15 **Fysisk aktivitet och fysisk träning vid kranskärlssjukdom, kronisk hjärtsvikt och rytmrubbningar.** *Med dr, fysioterapeut Åsa Cider, Inst. för neurovetenskap & fysiologi, Göteborgs universitet.*

16.15-16.55 **Slutbantat: Hur man kan hjälpa överviktiga individer till en bättre hälsa.** *Docent, hälsopedaog och överviktsforskare, Erik Hemmingsson, GIH, författare till den nyutkomna boken dec 2018 "Slutbantat: förstå din kropp och få en vikt som håller livet ut".*

ANMÄL ER PÅ: www.svenskidrottsmedicin.se Kostnad (inkl.lunch): 1300:-, och 1200:- för medlemmar i SFAIM. De flesta föreläsarna är författare till nyframtagna FYSS-kapitel under 2019 (www.fyss.se). Vid frågor kontakta Eva Andersson, vetenskaplig sekreterare i SFAIM (eva.andersson@gih.se 0739 – 46 00 34).

MEDIYOGA®

Utbildning till instruktör
- Yogaformen som används i den svenska sjukvården -

Det råder idag ingen tvekan om att meditation och yoga ger flertalet positiva medicinska effekter!

Sedan 1997 har MediYoga medverkat i 90% av den vetenskapliga forskningen på yoga i Sverige.

Vi har utbildat fler än 2.500 instruktörer och patienter erbjuds idag MediYoga på mer än 254 sjukhus och vårdcentraler i Sverige.

Följ med in i framtidens vård!

MediYoga Instruktörsutbildning - Steg 1
1 termin - 6 heldagar - 120 timmar

Stockholm - Göteborg - Malmö

www.mediyoga.se

IBK
Institutet för Basal Kroppskännedom

Basal Kroppskännedom ger:
- Bättre stabilitet och rörelsekvalitet
- Friare andning och bättre spänningsreglering
- Ökad kroppsmedvetenhet och medveten närvaro
- Ökad tilltro till egen förmåga och resurser

SE VÅRT KURSPROGRAM: www.ibk.nu

akab utbildning

AKAB Utbildning bedriver utbildning inom akupunktur för behandling av smärta enligt västerländsk modell.
Grundutbildning startar varje termin.
Akupunktur vid Kvinnohälsa kommer till Göteborg och Triggerpunkter samt AKU III kommer till Stockhom i höst
Se vårt kursprogam på www.akabutbildning.com
Gilla oss på Facebook.

Information om kurser, datum och anmälan: ***www. akabutbildning.com***
Kontakt: akab.utbildning@telia.com tel 070 - 304 87 96

Intensivkurs inom smärtfysiologi för Fysioterapeuter

Du har nu möjlighet att delta i en 2 dagars specialistutbildning på SmärtHjälpen i Göteborg för att kunna fördjupa dina kunskaper och bidra till ett professionellt bemötande av patienter med smärta/långvarig smärta.

För mer info: www.smarthjalpen.se
Kontakt: info.goteborg@smarthjalpen.se

SMÄRTHJÄLPEN
EN DEL AV ATLEVA

Axelleden, funktionsdiagnostik och rehabilitering
8–9 november 2019
Barn och ungdomars skador och rehabilitering
22–23 november 2019

SPORT & REHAB KLINIKEN

KURSANSVARIG/FÖRELÄSARE: Ewa Heidvall, Leg sjukgymnast Sport & Rehabkliniken.

ÖVRIGA FÖRELÄSARE, KURSAVGIFT: www.sportorehabkliniken.se

ANMÄLAN/PLATS: Sport & Rehabkliniken, Torsgatan 19, Stockholm alternativt vasastan@sportorehabkliniken.se eller 08-34 55 67.

INFORMATION: Ewa Heidvall, 08-34 55 67 eller 0709-60 60 18.
Du kan anmäla dig till framtida kurstillfällen så kallar vi dig om dessa datum inte fungerar nu.

Fysioterapi vid yrsel och balansrubbningar

Originalet –yrselkurser sedan 1996

Grundkurs yrsel i Linköping 27-28 november 2019
Fortsättningskurs yrsel i Linköping 30-31 jan 2020
Du kan även anordna kurs på valfri ort

Läs mer på vår hemsida
www.teamvertigo.se

Team Vertigo

RGRM® – Nu evidensbaserat!

Kursinfo: Magnus Liljeroos, leg. sjukgymnast
0707-38 71 14, magnus@rgrm.se, www.rgrm.se

MEDICINSK LYMFTERAPEUTUTBILDNING 2020
vecka 2 och 3 samt vecka 12 och 13
Lymfologi En guide i teori och praktik. Boken trycks under hösten. Info på www.lymfhalsan.se

lymf HÄLSAN

MISSA INTE MÄSSNUMRET

Syns inför Fysioterapi 2019
Är du utställare? Missa inte att boka en annons i nr 5–19 som är mässnummer för den största yrkeskonferensen Fysioterapi 2019.



Kontakta vår annonssäljare
Gabrielle Hagman, Mediakraft AB.
Tel: 0736–27 79 84
gabrielle.hagman@mediakraft.se

Tidnings-nummer	Sista bokning annonser	Lämning annonsmaterial	Leverans bilagor	Utgivnings-datum
5	16 sep	19 sep	4 okt	17 okt

FYSIOTERAPI 2019
STOCKHOLM WATERFRONT
23-25 OKTOBER

PLATS & ETABLERING

Sjukgymnastetablering i Västerås säljes.

Mycket väl inarbetad mottagning med stor efterfrågan. Finns möjlighet att fortsätta i befintlig lokal, tre behandlingsrum och extremt välutrustad träningshall för funktionell träning.

Information: pentti@ppfysioterapi.se och 0709-66 30 12.

Se mera under rubriken ”Inköp och upphandling” på Region Västmanlands hemsida.

ASPUDDENS SPORT+ REHABKLINIK

Sjukgymnast/fysioterapeut kollegor med etablering eller auktorisation sökes till

Aspuddens Sport och Rehabklinik

Gärna OMT, Idrottsmed. eller annan kompletterande inriktning. Gott patientunderlag, lågt arrende.
Tel. 070-918 14 84

Fysioterapeut med specialistkompetens sökes till Ersta diakoni

Aktiv Fysioterapi Södra inom Ersta diakoni är en öppenvårdsmottagning inom vårdval för specialiserad fysioterapi. Nu söker vi ännu en leg fysioterapeut med specialistkompetens.

ANSÖKAN
Sista ansökan: 2019-10-07
Referensnummer: A895444
Ansök via webben: https://www.erstadiakoni.se/sv/sjukhus/Om-Ersta-sjukhus/Att-arbeta-har/Lediga-tjanster/
Kontaktperson: Lena Orbert Jonsson, verksamhetschef, 070-4843552

Privatpraktikeretablering.

Ersättningsetablering i Sundsvall, region Västernorrland.

Unik möjlighet att arbeta som privatpraktiker i ett område med stor efterfrågan på fysioterapeutisk behandling och rehabilitering.

I upptagningsområdet är det stor efterfrågan på behandling och åtgärder inom ramen för den nationella taxan.

Upplysningar: Pär-Gunnar Porshage, Nybrogatan 48, 852 35 Sundsvall, 0738206091

Ersättningsetablering i Blekinge säljes

Info: Kajsa Blomgren 070-811 22 60, kajsa@r-byfysioterapi.se
Anbud:
https://upphandling.ltblekinge.se/avantra/Customer/Blekinge/Modules/Purchase/Published/
Sista anbudsdag: 20191014

PRODUKT



Annonsera i Fysioterapis populära nyhetsbrev.
NYHETSBREV
Kontakta Gabrielle Hagman för mer info 0736–27 79 84

Alla barn vill bli vuxna.

Bli Barnrättskämpe och arbeta för att miljontals barn får en bättre morgondag. Besök oss på www.räddabarnen.se och bli månadsgivare idag.

VÅR VERKSAMHET KONTROLLERAS AV SVENSK INSAMLINGSKONTROLL. VÅRT 90-KONTO GARANTERAR ATT DINA PENGAR ANVÄNDS SÅ EFFEKTIVT OCH BRA SOM MÖJLIGT.

Rädda Barnen

Vi bryter isoleringen, förändrar attityder och minskar fattigdomen

Stöd MyRights arbete för att personer med funktionsnedsättningar runt om i världen ska få tillgång till sina rättigheter.

www.myright.se/stod-oss
Swish: 123 900 11 08 PG: 90 01 10-8

MYRIGHT
90 KONTO SVENSK INSAMLINGS KONTROLL



Allt fler hälsocentraler / kliniker nu ca 70 st väljer vår MPHI laser!



LÅNA EN LASER!
Johan kommer och pratar om laser. Genomgång av praktisk användning för olika diagnoser
www.optilaser.se
info@optilaser.se
0650-18609

NÄSTA LASERKURS
Fredag 4:e oktober
I ÄNGELHOLM

Fredag 22:a november
I STOCKHOLM

FÖR MER INFO
www.optilaser.se

NY TEKNIK
- MLS = TVÅ VÅGLÄNGDER I SAMMA PROB
- FÖRINSTÄLLDA PROGRAM FÖR OLIKA DIAGNOSER
- UPPLADDNINGSBAR
- TVÅ ÅRS GARANTI
- LLLT 3B LASER

OPTILASER.SE

Välkommen till vår nya hemsida
www.refit.se

Hos oss hittar du tränings- och rehabprodukter som gummiband, skiexpander, exertube, slang, minibands, expander, gymboll och mycket mer.



REFIT
Varumärket Refit ägs av Hammarsborg Life AB

Urval av övriga varumärken hos oss: Vulkan, TheraPearl, Os1st, Sorbothane m.fl.

FYSIOTERAPI
2019
STOCKHOLM
WATERFRONT
23-25 OKTOBER



Vi ses om en månad!

Tre dagar fyllda med ny kunskap,
nätverkande och glädje.
Skapa ditt eget schema utifrån
det välfyllda programmet.

fysioterapi2019.se

Vinn boken!

I samarbete med förlaget lottar vi ut ett exemplar av styrketräningsboken. Delta genom att senast 19/9 maila ditt namn och din postadress till fysioterapi@fysioterapeuterna.se

Skriv Boklotteriet i ämnesraden.

Pedagogiskt & uppdaterat om styrketräning



I DEN NYA UPPLAGAN av *Styrketräning för idrott, motion och rehabilitering* har innehållet uppdaterats och utökats med nya forskningsrön, aktuella referenser med mera. Bokens praktiska del har fördjupats med pedagogiska bilder där de viktigaste övningarna demonstreras. Nytt innehåll finns även i kapitlen om styrketräning för unga, gravida och äldre, förebyggande och rehabiliterande styrketräning samt kostens betydelse vid styrketräning. Vidare har ett helt nytt kapitel lagts till som berör träningsplanering och tester. ■

Titel: Styrketräning för idrott, motion och rehabilitering
Författare: J Augustsson, S Ryman Augustsson, R Thomeé, J Karlsson
Förlag: Sisu idrottböcker, 2a upplagan

LS.



LS.

Bli bättre på att motivera

EN NY BOK vänder sig till den som arbetar med att ge stöd via telefon, chatt, mail, skype, sms och möten. I den finns dialoger och konkreta tips för att stärka färdigheter i att lyssna och ställa frågor som lockar fram individens egna resurser och förmågor. Innehållet bygger på metoden motiverande samtal (MI) och är skriven av en av landets mest erfarna MI-utbildare. ■

Titel: Motiverande, medmänskliga samtal. Att möta och motivera människor i kris
Författare: Liria Ortiz
Förlag: Natur & Kultur

BEHANDLA DIN EGEN
RYGG
Robin McKenzie
the ORIGINAL McKENZIE
Nyhet
– Knäboken nu på svenska
NACKE
KNÄ
AXEL
Egenbehandlingsböcker
av Robin McKenzie
▶ Böcker som ger patienter kunskap och insikter i hur besvär uppstår och hur man på egen hand kan utföra sin rehabilitering.
Egenbehandlingsböckerna innehåller bl a extensionsövningar som gjort McKenzie-metoden till en framgångsrik behandlingsmetod. Patienten får en förståelse för hur kroppen fungerar och blir bättre motiverad till att vara delaktig i sin egen rehabilitering och vad som kan göras för att förhindra att besvären återkommer. Böckerna är tänkta att säljas på kliniker till patient.

1991–2019
28 år
Som leverantör av McKenzie hjälpmedel & litteratur

Egenbehandling av rygg och nacke
Vi har hela sortimentet med McKenzie-stöd för hållningskorrigering. De finns olika varianter för anpassning efter kroppsstorlek och stolstyp. Vi hjälper gärna till med råd och vägledning om produktval.

Uniband
LATEX FREE
Töjbara träningsband i fem olika nivåer av motstånd för att ge en optimalt och individuellt anpassad träning.
Finns i följande fem färger och motstånd.
Samtliga nivåer säljs i rullar med längd på 5,5m och 50m

Vi söker fler kliniker med intresse av vidareförsäljning till patienter. Kontakta oss om mer info om produktval och återförsäljarpriser.

Scanergo
Ergonomisk utrustning för rehabträning och rätt hållning
08-770 25 00 • info@scanergo.se
www.scanergo.se

KRÖNIKA

Agneta Persson
reporter

Att sluta skämmas räddar liv

Jag hade en kompis med diabetes typ 1. Han käkade skräpmat, drack för mycket – och sket högaktningsfullt i vad folk tyckte om det. Insulinsprutorna tog han på stående fot, rätt in i låret med jeansen på. Omgivningen förfärades. Kunde han inte vara lite mer ... diskret? Men han njöt av att inte inordna sig i det rumsrena och tänkte inte skämmas.

Visst vevade han ovanligt högt med sprutorna. Men att smussla med sin sjukdom, som många visat sig göra, är inte heller något bra alternativ. Enligt KBT-psykologen Lisa Breitholtz *(se intervju på s. 29)* finns det diabetiker som skäms så mycket över sin sjukdom att de hindras från att leva sina liv fullt ut.

MEN SKAM PÅVERKAR inte bara livskvaliteten. Den kan vara dödlig. För tretton år sedan var jag i Sydafrika för att skriva om aids. Där träffade jag Geddes. Han hade, precis som många andra smittade, inte velat kännas vid att han hade den skamfyllda sjukdomen vars namn man inte uttalade högt. Då dog han hellre av ”lunginflammation”, eller något annat mera klädsamt. Först när han låg för döden på sjukhuset och såg hur fult och plågsamt slutet var för de andra aids-patienterna bestämde han sig för att börja ta bromsmediciner. Det räddade inte bara hans liv, utan även många andras. För när han väl var på benen la han skammen åt sidan och gick öppet ut med sin sjukdom. Från den dagen blev han en provokation för en omgivning som hellre blundade, men hans öppenhet gjorde honom också till en livs levande förebild som fick andra att acceptera sin sjukdom och våga sig på bromsmedicinerna.

MAN KAN JU INTE anklaga min kompis för att vara ett föredöme när det gällde att rent fysiskt ta hand om sin diabetes, men samtidigt fanns det något uppfriskande i hans revolt mot trivsamhetsnormen. Mitt i allt det knäppa han gjorde mot sig själv var hans vägran att vara diskret på sätt och vis sund.

Och kanske visade hans öppenhet, precis som Geddes, att det är okej att ta plats med sin sjukdom – även när det blir obekvämt för omgivningen. Allt behöver ju faktiskt inte vara så förbannat trevligt hela tiden.



FOTO: GUSTAV GRÅLL

FYSIOTERAPI

Postadress:
Box 3196, 103 63 Stockholm

Besöksadress:
Vasagatan 48
Tel (vx): 08–567 06 100
fysioterapi@fysioterapeuterna.se

Tidningen Fysioterapi ägs och ges ut av Fysioterapeuterna.
Redaktionen har en journalistiskt självständig roll.

Chefredaktör & ansvarig utgivare
Lois Steen
Tel: 08–567 06 104, 0709–286 104
lois.steen@fysioterapeuterna.se

Reporter
Agneta Persson
Tel: 08–567 06 103, 0709–286 103
agneta.persson@fysioterapeuterna.se

Grafisk form
Malcolm Grace AB
Göran Hagberg
Tel: 0704–95 74 54
goran@malcolmgrace.com

Tryck
Lenanders Grafiska AB, Kalmar
ISSN 1653-5804
TS-kontrollerad upplaga: 12 900 (2017)

Prenumeration 2019
Helår 6 nr: 720 kronor inklusive moms
Lösnummer: 100 kronor (+ porto)
Utlandet: 1 080 kronor

Adressändring, utebliven tidning, prenumerationsärenden:
Tel: 08–567 06 150
medlemsregistret@fysioterapeuterna.se
Fysioterapi finns på CD för Daisyspelare

Annonser
Mediakraft
Gabrielle Hagman
Tel: 0736–27 79 84
gabrielle.hagman@mediakraft.se

Bokningsstopp för annonser:
Se utgivningsplan www.fysioterapi.se/annonsera

Fysioterapi nr 5, 2019 kommer 17 oktober

Kommande nyhetsbrev
8 oktober, 7 november, 28 november

Fysioterapi på internet
Tidningen publiceras även som pdf på vår hemsida www.fysioterapi.se Där finns även mer nyheter, debatt, aktuell forskning och platsannonser

Följ oss på facebook!
Sök på Tidningen Fysioterapi

Omslagsbild: Helena Neymark B
Foto: Agneta Persson



Högkvalitativa förflyttningsprodukter för en enklare vardag.

I mer än ett kvarts sekel har vi helhjärtat ägnat oss åt utveckling av smarta hjälpmedel för enkla förflyttningar samt åt att göra livet och arbetet enklare för både brukare och personal inom vård och omsorg. För sittande och liggande positionering och stående, sittande eller liggande förflyttningar finns en hel arsenal av lösningar.
Nedan ser du ett litet urval av några produktkategorier samt lite info om våra populära hjälpmedelsutbildningar.

MANUELLA FÖRFLYTTNINGSHJÄLPMEDEL
Lösningar för alla förflyttningssituationer - för aktiva eller något aktiva brukare. Uppresningshjälpmedel, glidskivor, glidmattor, vårdbälten, gånghjälpmedel m.m.

LYFTSELAR
I Handicares sortiment finns ett brett urval av kvalitetslyftselar anpassade för olika typer av lyft och för brukare med olika behov. Lyftselarna finns i flera olika material och i storlekar från XXS till XXL.

MOBILA LYFTAR
Handicares sortiment erbjuder många olika modeller och varianter med olika lyftkapacitet och med många olika funktioner.

GLIDLAKAN
Glidlakan för manuell positionering (lägesförändring) av brukare inom samma enhet, till exempel för vändning i säng och för förflyttning högre upp i säng.

TAKLYFTSMOTORER
Vi erbjuder kompletta taklyftslösningar för alla typer av utrymmen och sortimentet inkluderar allt från motorer, taklyftar och tillbehör.

UTBILDNINGAR
Tusentals förskrivare har deltagit i våra populära hjälpmedelsutbildningar genom åren. Nu vill vi även nå ut till övrig vårdpersonal och sprida mer kunskap kring förflyttningar. Vi kommer till er - kostnadsfritt!

Besök gärna www.handicare.se för fler produkter och mer information.

Kundtjänst/Beställning:
Telefon: 08-557 62 200
E-mail: customerservice@handicare.se
Order: order@handicare.se
Öppettider: Måndag-Fredag 08.00-16.30

handicare
Making everyday life easier

POSTTIDNING B / Economique
Returer till "Fysioterapi"
Box 3196, 103 63 Stockholm

Aktiv med Förmaksflimmer
– din patientutbildning



Aktiv med Hjärtsvikt
– din patientutbildning



Aktiv med KOL
– din patientutbildning



Till dig som träffar patienter med **förmaksflimmer**

Till dig som träffar patienter med **hjärtsvikt**

Och till dig som träffar patienter med **KOL**

Tre färdiga patientutbildningar – gratis för vården att använda!

Aktiv med Förmaksflimmer, Aktiv med Hjärtsvikt och **Aktiv med KOL** är framtagna av Riksförbundet HjärtLung.

Utbildningarnas upplägg

- Gruppträffar med en till två handledare
- Fokus på livsstil och livskvalitet
- Modern pedagogik som ökar motivationen och vägleder till förändringar i vardagen

Utbildningspaketen är färdiga att använda till dina patienter och deras närstående. Du behöver inte ta fram eget material, utan kan istället lägga din tid på patienterna.

Detta ingår i utbildningarna

- Handledarmanual
- PowerPoint-bilder
- Uppgifter
- Faktablad
- Filmer

Kom igång!

För att komma igång som handledare krävs ett lösenord. Kontakta Marie Ekelund på marie.ekelund@hjart-lung.se. Du kan också läsa mer på www.hjart-lung.se.

Aktiv med KOL har producerats i samarbete med Umeå universitet. Socialstyrelsen har bidragit med ekonomiskt stöd.

Riksförbundet HjärtLung