

Nr. 8/april/2002  
84. årgang



**Den kommunikerende krop**  
En case med en kvinde, der gennemgår et forløb med Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.  
Side 4

# Fysioterapeuten [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)



## Ingen skjult behandling

■ Børn, der er lettere motorisk handicappede danser klassisk ballet. Og de elsker det.  
Side 28

### Artikler

#### Den kommunikerende krop

En kvinde udvikler andre og mere hensigtsmæssige være- og handlemåder efter et længerevarende behandlingsforløb med Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.

4

#### Rehabiliteringen væk fra briksen

Fysioterapeut John Verner kommenterer Philadelphia panelets guidelines vedrørende knæ.

16

#### Det svære samarbejde

Sygehus- og distriktsfysioterapeuterne på Bornholm får fra næste år fælles arbejdsgiver. Men der er allerede skår i samarbejdet.

18

#### Børnefysioterapeuter betaler sig

Børnefamilierne strømmer til Hørning kommune, der er en af de alt for få kommuner, der har fysioterapeuter med i det forebyggende arbejde for børn og unge.

23

#### Formand i krydsild

100 tillidsrepræsentanter forsamlet til landsmøde benyttede lejligheden til at spørge formanden blandt andet om hans holdning til en sammenlægning med Ergoterapeutforeningen.

26

#### Resultat af repræsentantskabsvalget

30

#### Ældre er glade og føler sig sunde

FOTO: LINDA HENRIKSEN/SCANPIX



En ny stor undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at ældre her i landet føler sig mere raske, friske og ustressede end tidligere. På trods af, at sygeligheden blandt ældre danskere er stigende, føler folk i denne gruppe sig sundere end for syv år siden, hvor en tilsvarende undersøgelse blev lavet. Undersøgelsen viser en stærk social slagside i sundhedstilstanden. Jo rigere man er - jo bedre er ens chance for at have et godt helbred.

#### Det faste

Opslagstavlen	7
Anmeldelse	15
Fysnyt	23
Debat	31



**FORSIDE:**  
MIKE KOLLÖFFEL

**Udgiver:**

Danske Fysioterapeuter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon 33 13 82 11  
Redaktionens fax:  
33 13 01 77

**E-mail:**

Redaktionen@fysio.dk  
www.fysio.dk

**Redaktion:**

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

**Webredaktør:**

Martin Goldbach Olsen  
e-mail: mgo@fysio.dk

**Forretnings- og stillingsannoncer:**

Stibo Media  
33 14 16 77  
www.stibomedia.dk  
fysioterapeuten@stibomedia.dk

84. årgang.  
Kontrolleret oplag 8.834



Abonnement: 750 kr.  
Løssalg: 50 kr. pr. nummer

**Layout, repro og tryk:**  
elbo grafiske hus a/s

**Redaktionspanel:**

Jytte Falmår  
Birte Carstensen  
Sine Secher Marcussen  
Lene Løchte  
Susanne Sternberg  
Iben Baadsgaard  
Susanne Petersen-Testrup  
Bodil Vassard  
Hanne Albert  
Hanne Morthorst  
John Verner  
Hans Henrik Kleinert  
Janne Mørch  
Christian Couppe  
Ulla Mulbjerg  
Minna Neagh  
Poul Henriksen

## TR i øjenhøjde

DF har netop afholdt tillidsrepræsentantlandsmøde med mere end 100 deltagere. Det var en glæde for mig at møde så mange dygtige og engagerede fysioterapeuter, der har sagt ja til at arbejde for medlemmernes behov og trivsel på arbejdspladserne.

Rollen som tillidsrepræsentant (TR) udvikler sig hele tiden, og det kan synes, som om der kommer flere og flere opgaver til, og at kompleksiteten i opgaverne vokser. Derfor er det i dag en stor udfordring at være tillidsvalgt, ligesom opgaven med ny løn kan fylde så meget, at nogle finder det svært at få tid til de mange andre opgaver, der ligger i TR-rollen.

En ny undersøgelse fra Socialrådgiverforeningen siger, at tillidsrepræsentanterne føler, at det er blevet sværere at få den nødvendige tid til TR-arbejdet. Der er ikke noget, der tyder på, at det bliver lettere i fremtiden.



**Af Johnny Kuhr**  
formand for  
Danske  
Fysioterapeuter

Det er tankevækkende også for DF. Tillidsrepræsentanter er på mange områder en af DF's krumtapper. De er helt uundværlige i foreningens arbejde med udmøntningen af overenskomsten og nødvendige, hvis vi skal spille en rolle i det lokale udviklingsarbejde. TR er på den måde DF's forlængede arm på arbejdspladserne og skal være med til at skabe udvikling for faget og for de vilkår, fysioterapeuter arbejder under.

"DF - Din Forening" projektet peger bl.a. meget entydigt på, at medlemmerne ønsker faglig udvikling og anerkendelse, og herunder bliver der fokuseret på ledelse. Tillidsrepræsentanter er måske ikke en del af ledelsen i formel forstand, men de er i en række forhold i øjenhøjde med ledelsen og den vigtigste sparringspartner, når det gælder at skabe afsæt og vilkår for udvikling af faglige og personlige ønsker. Det er vigtigt her, at det måske ofte sure arbejde med ny løn, bliver en integreret del af denne indsats, hvor personlige, udviklings- og personalepolitiske mål bliver inddraget i arbejdet. Når vi som forening skal tage den inspiration til os, som "DF - Din Forening" har givet, må vi også indtænke den i TR-rollen. Jeg tror, at vi - også af hensyn til tillidsrepræsentanterne selv og den voksende arbejdsbelastning - skal definere nye mål for TR-rollen. Mål, der for en stor del vil ligge inden for de nuværende mål, men som også skal give ny inspiration med nyt fokus og nye vinkler.

Den nye overenskomst indeholder flere gode muligheder for at udvikle TR-rollen, og dermed grundlaget for arbejdet med kollegernes og fagets udvikling. Opgaven bliver ikke lettere, men måske lidt sjovere. Der skal løbende uddannelse til, også for erfarne tillidsrepræsentanter, og foreningen arbejder løbende bl.a. gennem TR-rådet på at sikre opdaterede relevante kursustilbud. Helt afgørende er det dog også, at TR får den personlige opbakning og støtte fra både kolleger og ledelse, som er nødvendigt for, at også tillidsrepræsentanten får daglig inspiration og en positiv udvikling i jobbet.



# Den kommunikerende krop

**(CASE)** En kvinde udvikler andre og mere hensigtsmæssige være- og handlemåder efter et længerevarende behandlingsforløb med Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

AF SUSANNE STERNBERG, OVERFYSIOTERAPEUT, PSYKIATRIEN I NORDJYLLANDS AMT  
**FOTO** GEIR HAUKURSSON

■ Denne artikel beskriver et behandlingsforløb med en kvinde, som har en depressiv lidelse. Den kunne i princippet være skrevet i forhold til et hvilket som helst menneske uanset baggrund for henvisning til fysioterapi, idet artiklen primært har fokus på forståelse af kroppen som bærer af livshistorien frem for en diagnostisk forståelse af en lidelse.

Det belyses, hvordan en bevidst og meningsbærende dialog ud fra denne forståelse af kroppen væves ind i en konkrete psykomotorisk fysioterapi-

behandling (NPMF) og dermed bidrager til udvikelse og nuancering af reaktions- og handlingsrepertoire.

## BENTE

Bente indlægges på psykiatrisk sygehus i 1987 i svært deprimeret tilstand. Bente er 25 år. Af henvisningen fremgår det, at hun er udtalt trist og selvbebrejdende, har stor skyldfølelse og oplever sig uden værdi. Bente henvises til fysioterapi som led i udredning og med henblik på en vurdering af, om fysioterapi kan hjælpe hende.

Bente er i udgangspunktet lidt uforstående over for at blive tilbudt fysioterapi, som hun forbinder med massage og ultralyd, rygsmertter og idrætsskader. Ved samtalen umiddelbart forud for undersøgelsen opfordres Bente til at beskrive, hvordan hun har det, og om hun har gjort sig nogle tanker om, hvad der kan have gjort hende så trist.

I artiklen beskriver fysioterapeut Susanne Sternberg, der har en videreuddannelse i norsk psykomotorisk fysioterapi, sine overvejelser i forbindelse med behandling af en kvinde med depressiv lidelse. Kvinden er igennem et længerevarende behandlingsforløb med norsk psykomotorisk fysioterapi. Behandlingen starter en kropslig omstillingsproces bort fra det triste og opgivende mønster.



Mens vi taler sammen, sidder Bente helt sammensunken med hænderne i skødet. Hun er bleg, øjnene er triste og ansigtet dirrer.

Hun fortæller bl.a., at hun, så langt hun husker tilbage, altid har haft en oplevelse af ikke at kunne slå til, og at det kulminerede, da hun blev tilbudt at skifte til nyt arbejdsområde med større ansvar og kompetence. Samtidig har Bente og hendes kæreste besluttet sig for at købe hus, hvilket hun er glad for. Men hun gør sig samtidig også mange bekymringer, om hun kan leve op til kærestens forventninger om, at de etablerer sig, og hvad med børn etc. Hun fortæller endvidere, at hun føler sig tung og træt, at hun på den ene side er desperat og frygtelig rastløs, på den anden side føler sig handlingslammet, idet hun ikke aner, hvad hun skal stille op med sig selv og fremtiden.

I beskrivelsen af sin situation bruger Bente en del udtryk, som er kropslige metaforer for hendes situation, bl.a. at benene er slået væk under hende. Jeg fortæller Bente om min forståelse af kroppen, at vi oplever via kroppen, at kroppen bærer vores individuelle livshistorie og er udtryksfeltet for vores erfaringer, både det levede og det aktuelle levende liv – livssituationen.

Bente bliver meget eftertænksom, græder lidt og siger stille, at det giver mening for hende at prøve at forstå sig selv i dette perspektiv. Bente vil gerne medvirke til en kropsundersøgelse, hvor formålet er at få et tydeligere billede af de kropslige forhold, reaktionsmåder og –mønstre.

## KROPSUNDERSØGELSE

*Hovedtræk fra og konklusion på kropsundersøgelsen:*

Kropsligt fremstår Bente meget ustabil. Hun står sammensunken med vægten på hælene og med bækkenet trukket ind under sig; brystkassen er flad, skuldrene er trukket frem og op, og hovedet er bøjet. Vejtrækningen er overfladisk, næsten ikke synlig. I samme øjeblik hun lægger sig, slipper hun kropsholdningsmønstreret, og det synes, som om hun synker dybt ned i briksen.

Hun er endvidere alt for bevægelig over de store led, og muskulaturen er langt overvejende slap fraset enkelte områder med meget stram og spændt muskulatur.

Disse fund sammenholdt med Bentes livssituation kan betragtes som et udtryk for, at hun har opgivet sig selv/sin krop og er sunket sammen i opgivende handlingslammelse, er henfaldet til en passiv dødhed ved bl.a. at være så eftergivelig, at man i bogstavelig forstand kan modellere hende i alle retninger.

Bente genkender sig selv i beskrivelsen og udbyr med at fortælle yderligere om sit syn på og

oplevelse af sig selv og om sine relationer gennem livet.

## BENTES LIVSHISTORIE

For at kunne begribe Bentes reaktionsmåder og væremåde, må livshistorien nødvendigvis inddrages. Bente er efternøler, opvokset i en familie med to større søskende, en hjemmearbejdende mor og en far, som er ufaglært arbejder. Hun har en gennemgribende oplevelse af helt systematisk aldrig at være taget alvorligt, hendes meninger blev bagatelliseret.

Hun fortæller, at der ikke var tale om noget koldt hjem, men blot et hjem, hvor man ikke forholdt sig særlig meget til hinanden. Hun havde et skoleskift i 2. klasse og faldt aldrig rigtigt til i den nye skoles kultur. I puberteten blev hun tidligt udviklet og oplevede det meget ensomt.

Hun beskriver sig selv som et ængsteligt barn. Hun var bange for skoleudflugter og koloniturer, længtes hjem og husker, hvordan hun lå om aftenen og græd sig i søvn.

Hun har nogle gode, nære veninder, er glad for at dyrke sport og fortæller, at hun har en god kæreste.

## DE FØRSTE BEHANDLINGSFORLØB

Bente tilbydes et behandlingsforløb af støttende og stimulerende karakter med det overordnede formål at stabilisere og stimulere samt kropsligt afgrænse og samle kroppen med henblik på at gøre den mere levende samt mindre modellerbar. Kort og godt at vække kroppen og gøre den mere spændstig og handlekraftig.

Bente begynder individuel behandling under indlæggelsen og fortsætter efter udskrivelse med et ambulans gruppetilbud. Gruppedeltagerne beslutter i fællesskab af afslutte efter ni måneder. Bente giver ved den afsluttende evaluering udtryk for at have fået mere selvtillid, men hun er samtidig usikker på, om hun er i stand til at stå på egne ben. Herefter ophører kontakten til psykiatrien.

## GENINDLÆGGELSE

Fem år senere, i 1993, genindlægges Bente med det samme symptombillede. Hun ønsker at genoptage fysioterapi og begynder et forløb med samme formål som det forrige, dog individuelt denne gang.

Den individuelle behandling indebærer, at den konkrete kropslige behandling bliver specifikt tilpasset Bentes behov. Dialogen retter sig primært mod Bentes oplevelser og reaktioner under behandlingerne, for eksempel om der sker ændringer i kropsoplevelsen, og hvordan hun oplever det. Dialogen knytter sig således overvejende til



Susanne Sternberg er uddannet i '79. Siden '81 beskæftiget i psykiatrien, de seneste 19 år på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Har i en årrække undervist både fysioterapeut-, sygeplejerske- og jordemoderstuderende. Har afholdt kurser for fysioterapeuter i helhedstænkning og -forståelse, kropsundersøgelse og behandling. Vejleder for kolleger i psykiatrien. Gæstelærer på Videreuddannelsen i Psykisk Helsearbejde i Oslo og Tromsø.

blå bog

- ▶ de forskellige former for kropslig stimulering.  
Ved udskrivelse ønsker Bente af fortsætte i et ambulant forløb, hvilket drøftes og besluttet på et behandlingsmøde. I det ambulante forløb er det tværfaglige bagland i princippet helt analogt til et indlæggelsesforløb. Det betyder, at jeg som behandler har mulighed for at kunne henvende mig og drøfte med psykolog eller læge, hvis jeg skønner, at Bente enten har det så vanskeligt, at en indlæggelse måske kunne komme på tale, eller hvis hun evt. har behov for et samtaleforløb i et omfang, som ville ligge uden for en fysioterapeuts kompetence.

Bente får det langsomt bedre, bliver mere stabil, men forfalder nemt til sin opgivende væremåde.

I 1995, efter ca. 1½ års behandling, gør vi sammen status over forløbet; hvad var formålet og hvad skal der ske fremover, hvis behandlingen evt. skulle fortsætte.

Bente fortæller, at hun oplever sig stærkere, mere stabil og knapt så bevægelig. Hun er blevet bedre til at mærke sine grænser, men har fortsat uhyre vanskeligt ved at sætte dem uden at få skyldfølelse. Hun kan endvidere fortsat have perioder, hvor hun isolerer sig og kæmper mod tristheden. Hun får hurtigt en oplevelse af ikke at slå til, at være uden værdi og blive handlingslammet.

Bentes oplevelser er i og for sig i overensstemmelse med de kropslige ændringer og det kropslige udtryk: Kropsholdningen er stort set uændret, men hun er blevet mere stabil og knap så bevægelig. Vejtrækningen er blevet lidt dybere og flyder mere frit.

Bente har med andre ord fortsat sin depressive væremåde, uagtet at hun er blevet mere stabil. Hun er mere i kontakt med sine følelser og behov, uden dog at kunne udtrykke dem. Hun har fået større indsigt, men ikke ændrede handlemåder. Det synes, som om hun er blevet stabiliseret i et opgivende kropsholdningsmønster, og tanken om, at dette mønster kan være medvirkende til at fastholde Bente i sin depressive væremåde, er nærliggende.

### REFLEKSIONER

Behandlingen har næsten antaget karakter af at være en symptombevarende helkropsbehandling, frem for at være en udfordring af Bentes udviklingsmuligheder.

I et kritisk tilbageblik kunne jeg se, at jeg havde været alt for mekanisk rettet mod symptomerne, alt for optaget af oplevelser af og reaktioner, - respons - på stimuli og for lidt optaget af kropslig omstilling. Behandlingen har overvejende bestået af sensorisk stimulering frem for forståelse af kropslige udtryk og væremåder og eksperimentering med disse, og dialogen har overvejende taget

udgangspunkt i reaktioner og oplevelser, der udspringer af de anvendte stimulerende metoder.

Jeg har forstået Bentes kropslige udtryk som kommunikation, men ikke i et omfang, hvor jeg tager det som udtryk for helt konkrete og håndgribelige være- og reaktionsmåder. Det bliver således klart for mig, at skulle der ske ændringer med Bentes måde at møde bl.a. modgang på, måtte det ske gennem en helt konkret ændring af den kropslig væremåde.

Der skulle rettes langt større opmærksomhed på reaktionsmønstrene, så hun kunne blive opmærksom på disse og på den baggrund kunne begynde at udforske alternativer og dermed udvide og nuancere sit reaktions- og handlingsrepertoire. Dialogen skulle i langt større grad knyttes til de oplevelser og reaktioner, som kunne forventes i forbindelse med en ændring af væremåde.

### BEHANDLING I ET EMOTIONELT PERSPEKTIV

Ud fra en forståelse af, at vi erfarer gennem kroppen, at kroppen er bærer af livshistorien og er udtryksfeltet for denne samt det aktuelle levende liv, kan man betragte den depressive lidelses kropslige spor som selve det konkrete, håndgribelige udtryksfelt for lidelsen. I denne forståelse betragtes vejtrækning og følelser som uløseligt forbundne, hvilket vil sige, at en kontrolleret vejtrækning forstås som udtryk for kontrol af følelser, forsvar mod kontakt med følelser.

Ud fra den forståelse må behandlingen således ændre karakter til at blive mere omstillende; ikke i retning af holdningskorrigerende øvelser eller kropsdisciplinerende kopier af mine bevægelsesmønstre, som hører mig og mit levede liv til, men en behandling som kunne fremme og stimulere Bentes egne iboende bevægepotentialer i forhold til at bevæge sig bort fra de uhensigtsmæssige og fastlåsende mønstre i kroppen, som knytter sig til Bentes erindring og erfaring.

Behandlingen blev herefter et længerevarende forløb i norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), som netop kan varetage ovennævnte problemstillinger.

### NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

NPMF har udspring i klinisk erfaring og er udviklet i fyrreerne af den norske fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen i samarbejde med psykiater Trygve Braatøy.

Et af nøglepunkterne i NPMF er, at respiration og følelser er uløseligt forbundet, og at en kontrolleret respiration forstås som et udtryk for kontrol af eller forsvar mod kontakt med følelser.

Der er imidlertid andre kropslige mønstre end blot den habituelt kontrollerede respiration, som kan være udtryk for livserfaringer, nemlig reaktionsmønstrene generelt. For eksempel er det aldrig

# opslags ■ tavlen

uden grund, at en patient trækker sig eller stivner ved berøring, bliver blank i øjnene, holder vejret etc. Kroppen er således kommunikerende, idet den er udtryksfeltet for emotioner.

I NPMF samarbejder patient og fysioterapeut ud fra en fælles opmærksomhed, nemlig kroppen. Emotioner udtrykkes kropsligt, anerkendes, bekræftes og udtrykkes sprogligt. Man ser dermed den anden i et emotionelt perspektiv.

Berøring er et vigtigt aspekt i NPMF og forekommer naturligvis i massage, men også i vid udstrækning i alle øvelser. Støttende og bekræftende berøring virker bekræftende på selv-oplevelsen, idet man, når man berører et andet menneske, berører det levede liv og den levende krop. Man berører og aktiverer de emotionelle erfaringer, som bæres i kroppen. NPMF er således en jeg-støttende behandling.

Dialogen er som nævnt vigtig i forhold til at anerkende, bekræfte og uddybe emotioner. Dialogen knytter sig til, hvad der sker kropsligt. Den kan tage udgangspunkt i de reaktioner, som måtte komme undervejs, eller i mangel på reaktioner. Dialogen har betydning ved i nogle situationer at ►

## Golfmatch

■ Golfmatch for fysioterapeuter med ledsagere bliver afholdt lørdag den 25. maj kl. 11 på Golfbanen Lillebælt i Middelfart. Tilmelding med angivelse af navn, adresse, tlf.nr. samt handicapindeks senest 10. maj til: Dorthe Jensen, Helgolandsgade 37B, 2.tv., 6400 Sønderborg tlf.: 7443 7630 eller email: dj\_fys@hotmail.com

## Klinik til salg

■ Mindre klinik i gode, lejede lokaler i Frederiksborg Amt. Ydernr. under 30 timer. Tlf.: 4975 8942

## Hydraulisk eller elektrisk

■ Bobath-briks eller lign. købes. Henvendelse: Jeanette Elbek, fax: 75337147 eller tlf. 75337100

## Hjælp til selvangivelsen

■ På [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk) er der hjælp at hente til udfyldelse af selvangivelsen (se nyhed fra den 16/4).

# Mini Crosser®

## MINI CROSSER

### »JAZZY«

Centerdrevet. Full affjedring. Kan klare kantsten op til 10 cm. Kan tilpasses for individuelt behov.

## MC • SCOOP ►

En nem og skånsom måde at befordre personer på. Lad »Scoop« gøre arbejdet!

## MINI CROSSER »S-SERIEN«

3- eller 4-hjulet. Stærkt, stabilt og sikkert el-køretøj. Specielt udviklet til helårsbrug i det danske klima. Bremselys. Affjedret på alle hjul. Miljørigtigere produktion.

## MC • VIC-XL

3-hjulet byscooter til meget fordelagtig pris. Kørestækning op til 40 km pr. opladning. Let adskillelig for transport i bil.

Stort sortiment af **CE-mærket** standardtilbehør til alle modeller, som kan tilpasses den enkeltes behov.

# Mini Crosser®

Modeller fra 3-99 år

## MINI CROSSER A/S

Produktion/salg:  
Enggårdvej 7 · 7400 Herning  
Telefon 70 10 17 55  
Telefax 97 16 85 82

E-mail: [heisteel@minicrosser.com](mailto:heisteel@minicrosser.com)

ISO 9001 kvalitetsgodkendt!

AFDELINGER:

JYLLAND: Tlf. 70 10 17 55

FYN: Tlf. 65 91 40 95  
Tlf. 70 10 17 55

SJÆLLAND: Tlf. 36 70 00 16  
Tlf. 70 10 17 55

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





► være selv-regulerende, i andre at kunne være medvirkende til at sætte en reflekterende proces i gang.

Holder patienten eksempelvis vejret, kniber øjnene i eller bider tænderne sammen, kan det være hjælpsomt at henlede opmærksomheden på dette. Man kan dele sine iagttagelser med patienten, spørge om hun var opmærksom på det, hvad hun tænker om det, hvordan hun forstår det, og hvad det evt. kunne være et udtryk for, hvad der kunne ligge til grund for reaktionen, og om reaktionen er kendt for hende, om der kunne tænkes at være andre reaktionsmuligheder og handlemåder, som måske kunne udtrykke emotionerne mere tydeligt og hensigtsmæssigt.

Behandlingen sigter mod i samhandling at støtte og stimulere patienten til opmærksomhed på reaktionsmåder og -mønstre samt til ændring af disse ud fra patientens egne iboende udviklingspotentialer. Heri ligger mulighederne for måske et lettelsens suk, måske gråd over indsigt i og kontakt med tilbageholdte reaktioner på besværlige situationer, men under alle omstændigheder ligger der en mulighed for at slippe lidt af kontrollen i en fælles forståelse af kroppen som emotionelt udtryksfelt.

Forståelsen af kroppen og den sideløbende dialog, som knytter sig til de kropslige reaktioner, er således bærende for den konkrete praksis. Det skal atter understreges, at praksis ikke er et koncept efter den gængse kropsdisciplinerende gymnastiktradition, men sigter mod, på baggrund af erfaret, erkendt og ikke hensigtsmæssig kropslig kommunikation, at udforske nye mere meningsbærende bevægelsesmønstre og -måder.

### PERSPEKTIVER

Der er en del genkendelige træk mellem NPMF, filosofi og objektrelationsteori, som kan bidrage til at kaste lys over den forståelse, som danner grundlag for min måde at forstå og arbejde med NPMF på, bl.a. betragtninger over menneskers oplevelsesverden, relationernes betydning og de grundlæggende livsværdier og -betingelser for vækst.

Fælles er, at kroppen har en central plads, og de fælles begreber og nøgleord er tillidsfulde relationer og samhandling, forståelse, bekræftelse og anerkendelse.

Ifølge Merleau-Ponty erfarer vi med vores sanser, dvs. med kroppen. Kroppen er levende, har levet et liv og har således gjort erfaringer. Merleau-Ponty mener, at erfaringer er præ-objektive, dvs. at vores krop erfarer, inden vi er bevidste om det. Disse erfaringer danner grundlag for senere refleksion over



erfaringer. At erfare sker gennem kroppen og at sætte ord på, giver erfaringen mening.

Kroppen er således bærer af livshistorien, vores erfaringer, er udtryksfeltet for levet og levende liv.

Løgstrup var optaget af begrebet tillid, hvilket knytter sig til relationer. Ifølge Løgstrup fødes vi alle fulde af tillid. Barnet strækker sig tillidsfuldt mod verden i forventning om, at den viste tillid modtages af omverdenen. Sker det ikke, udvikles mistillid, som kan blive så omfattende, at barnet opgiver sin grundlæggende tillid og opgiver at strække sig mod verden.

Stern hævder, at det er via kroppen, bevidstheden dannes. Gode berøringer og gode/korrekte tolkninger af barnets kropslige udtryk virker bekræftende og udviklende på oplevelsen af at være forstået, hvilket har stor betydning for udvikling af selvet.

Endvidere hævder Stern, at differentieringen er undervejs fra før fødslen, hvorfor barnets (livs)opgave er at danne relationer/samhørighedsbånd til andre mennesker.

#### FORSTÅELSE AF DEPRESSIV LIDELSE

Med afsæt i ovenstående tænkning fravælges dermed den biologiske forståelse af depressiv lidelse

som værende en hjernekemisk ubalance, en ubalance i noradrenalin og serotoninproduktionen, som forårsager depression.

En humanistisk forståelse af depressiv lidelse synes derimod langt mere i overensstemmelse med førnævnte kropsforståelse. Her betragtes depressiv lidelse som en integration af hjernekemiske og psykologiske faktorer, idet såvel kemiske som psykologiske faktorer påvirker det limbiske system, som antages at have stor indflydelse på menneskets følelsesliv og dermed også på depressive følelser.

Undersøgelser har endvidere vist, at langvarig stress påvirker hjernestammens regulering af det limbiske system, hvilket er de nervebaner, der har noradrenalin og serotonin som signalstoffer.

En amerikansk undersøgelse i tidsskriftet Lancet (2001;358:881-887) understøtter ovenstående forståelse af depressiv lidelse, idet den sandsynliggør, at der er sammenhæng mellem forekomsten af depression hos voksne kvinder og fysiske overgreb og seksuelt misbrug i barndommen.

Ud fra psykologisk forståelse af depression og fænomenologisk forståelse af kroppen tegner der sig således sammenhæng mellem Bentes negative, triste og opgivende selvbillede og hendes

## Den nye generations AFO

## Se mere på CD-rom

NYHED



### Se, hør og tag del i ToeOFF®

Den nyeste digitale teknologi gør det muligt, at præsentere ortosen, som har erobret verden, på en enkel og smidig måde. Her kan du se forskellige patienter, høre deres egne kommentarer, se ganganalyse, tage del i tilpasning og afprøvning, som er en vigtig del for ortosens funktion. Desuden indeholder CD-romskiven dokumentation, brochure og manual.

#### Dennis, 44 år, med discusprolaps:

”Den betyder alt for mig.

Uden ortosen kan jeg ikke gå særligt langt, uden at det gør ondt i fod og ben. Jeg kan helt enkelt ikke tænke mig at undvære ortosen.”



#### Kerstin, 49 år, post-polio:

Ganganalyse med animering af Kerstins gangmønstre.

”Efter 45 års halten kan jeg nu gå normalt”.



#### Torvald, 65 år, med stroke:

”Nu kan jeg klare mig selv. Tidligere var jeg afhængig af min kørestol. Dette betyder frihed for både mig selv og min kone - hun behøver ikke længere bekymre sig når jeg er alene.”



## Bestil dit gratis eksemplar

af ToeOFF® CD-ROM på [www.campscandinavia.se/toeoff.htm](http://www.campscandinavia.se/toeoff.htm)  
fax til 43 43 22 66 eller via mail [toeoff@campscandinavia.se](mailto:toeoff@campscandinavia.se)

**CAMP**<sup>®</sup>  
SCANDINAVIA

- sammensunkne handlingslammede krop. Der skulle så implicit i dette være muligheder for ændring af disse væremåder ved at fremme bevægepotentialerne/løsne på de fastlåste og fastlåsende bevægelsesmønstre, som er medvirkende til at hæmme vejtrækningen samt sideløbende at søge en meningsbærende forståelse.

Umiddelbart forud for de to indlæggelser har Bente været i situationer, hvor hun skulle træffe store beslutninger og manifestere sig, eksempelvis køb af fælles hus sammen med kæresten samt et jobskifte. Sammenholdt med Bentes livshistorie og hendes selv billede er det situationer, som hun har erfaret er meget vanskelige for hende. Bentes depressive væremåde kan forstås som en integration af medfødt konstitution, hendes livshistorie, aktuelle situation og psykologiske hændelser, hvor kroppen bliver udtryksfeltet for lidelsen.

### HYPOTESER OG FORMÅL MED BEHANDLING

Mine hypoteser var ved status efter gruppeforløbet og det første individuelle forløb,

- at hun var blevet stabiliseret i et opgivende kropsholdningsmønster.
- at hun grundet denne fastholdelse/stabilisering blev fastholdt i sin selvbebrejdede væremåde, uagtet hun var blevet mere stabil og bedre kropsligt forankret.
- at Bentes enorme ustabilitet – evne til næsten at lade sig modellere samt det slappe kropsholdningsmønster var hendes individuelle grundlæggende og primære kropslige væremåde.

Det overordnede formål med behandling blev på den baggrund at stimulere til ændring af fastlåste og vejtrækningshæmmende bevægelsesmønstre og -vaner med henblik på at genetablere kontakt med egne følelser, behov og handlekraft, og målene blev

- at arbejde med øvelser og massage for at stimulere til ændring af det depressive kropsholdningsmønster samt stabilisere og forankre kroppen i nye stillinger.
- at stimulere til opmærksomhed på være- og reaktionsmåder/-mønstre, eksempelvis ubehag.
- at stimulere til respirationssvar, det vil bl.a. sige dybe spontane inspirationer, suk, gab samt lyst til/behov for at strække sig.
- at støtte Bente i retten til at udtrykke sig og handle ud fra egne behov.

### PSYKOMOTORISK BEHANDLINGSFORLØB

Det viste sig allerede i den første behandling, at Bente havde en næsten for stor omstillingsevne,

hvilket var forventeligt, idet hun var meget modelbar, alt for bevægelig og generelt var kropsligt sårbar. Ved tilsyneladende kun ganske små stimuli, eksempelvis at sidde på en taburet og arbejde med ventralfleksion og oprulning, fik Bente dybe og spontane inspirationer. Det kropslige udtryk ændrede sig synligt under behandlingen. Tyngden blev mere jævnt fordelt på fødderne, og der kom mere fylde i den ellers flade brystkasse. Bente registrerede selv disse ændringer og oplevede en varme i kroppen.

Afslutningsvis i den første behandling oplever Bente, at kroppen også er blevet tydeligere, men at hun svæver. Hun bliver samtidig ængstelig og urolig. Denne reaktion kunne være et udtryk for den førnævnte kropslige "villighed" til ændring og være et udtryk for, at stimuleringen til ændring har været for voldsom. Behandlingen skal tilpasses Bente med langt større forsigtighed og årvågenhed fra min side.

Efter kun et par behandlinger begynder hun at kunne bære de ændringer, som sker under hver behandling, med sig fra gang til gang. Der er tilsyneladende sat en blivende omstillingsproces i gang. Oplevelsen af at svæve var kun et engangsfænomen, sandsynligvis grundet større opmærksomhed på Bentes reaktioner.

Bente bliver gravid og føder en søn i foråret 96. Graviditeten er en vanskelig periode for Bente, fordi den aktiverer tidlige barndomserindringer, men er også samtidig en hjælp til Bentes selvforståelse. Hun gør sig også mange tanker, om hun er eller vil blive i stand til at tage vare på et barn, og bliver meget bevidst om, hvad hun selv har manglet, og hvad hun mener er et barns primære behov; at give det en oplevelse af at blive set og forstået.

Efter fødslen er hun glad og oplever, at hun mestrer sin nye rolle som mor. Om sommeren bliver hun imidlertid igen tiltagende trist med selvbebrejdede depressive tanker, synes ikke hun slår til over for drengen, uagtet at han stortrives og er et nemt og meget glad barn.

Hun synes ikke, hun har nok at give ham, at hun ikke kan tilfredsstille hans behov. Bente er i behandlingerne blevet mere og mere klar over, at hun rent faktisk ikke levede sig tid til sig selv, og at hun ydede og stillede op til langt mere, end hun i bund og grund havde kræfter til. Men dét at finde en balance og sætte sine grænser uden at få skyldfølelse, var meget vanskeligt for hende.

Hun blev atter indlagt, behandlingerne fortsatte, men nu igen med mere fokus på stabilisering frem for omstilling, og dialogen blev tilpasset til langt overvejende at være af selv-regulerende karakter.

Hun blev udskrevet efter 1½ mdr. og er fortsat i et ambulans forløb, hvor behandlingen igen, langsomt, flytter fokus til at blive omstillende og udforskende i relation til Bentes reaktionsmåder.

### TEMAER OG REAKTIONER I FORLØBET

Tilbagevendende udsagn fra Bente har været:

“Når jeg mærker, jeg bliver vred, kan jeg ikke vise det. Jeg kommer i tvivl, og i stedet bliver jeg vred på mig selv eller ked af det.” “Jeg må erkende, at jeg har behov for tid til og for mig selv”. “Hvornår er jeg en god nok mor?” “Hvem er jeg egentlig, hvad mener jeg?”

Undervejs i forløbet erindrings Bente “glemte” episoder, som hun undrer sig over, da hun i første omgang anser dem for betydningsløse bagateller. Hun bliver i en periode irriteret – ligeledes til stor undren for sig selv, men ved at reflektere over, hvad der helt konkret aktiverer irriteringen i behandlingen, får hun efterhånden øjnene op for sin svigtende evne til generelt at markere sig og dermed blive synlig. Bente får langsomt indsigt i, at hun er bedst til at vende irritation og vrede indad, og hun begynder nu i behandlingerne at øve sig

på at reagere og markere sig, bl.a. hvis hun oplever, at noget er ubehageligt.

Bente har for vane at holde vejret og spænde i maven, når hun oplever ubehag, for eksempel ved massage af en øm muskel. Da hun bliver opmærksom på denne reaktionsmåde, og efter at den blev meningsbærende for hende, bliver hun opfordret til og støttet i at komme ud af ubehaget ved at markere ubehaget kropsligt dér, hvor ubehaget eller smerten er lokaliseret. Hun kan for eksempel bevæge det pågældende område og således flytte sig bort fra kilden til ubehag på en synlig måde. Bente bliver ligeledes opfordret til at supplere med et “av”, hvis det er passende for situationen.

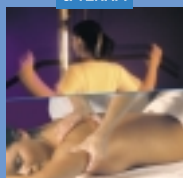
I takt med denne indsigt bliver det tydeligere for Bente, at hun meget ofte befinder sig i situationer, hvor hun ikke får givet udtryk for sine meninger. Hun kan i det små begynde at forholde sig og blive mere synlig, begynde at handle mere hensigtsmæssigt ud fra egne følelser og behov.

### ÆNDRINGSPROCESSER

At arbejde med kontakt med og indsigt i tidligt indlærte handlemønstre og ikke mindst ændrings-



TRÆNING  
& TERAPI



STYRKE

CARDIO

BALANCE

SMIDIGHED

BRIKSE

EL-TERAPI

UNDERVISNING

FORBRUGS-  
ARTIKLER

## ÆLDRETRÆNING

### Genoptræning og vedligeholdelsestræning



Træning og terapi  
stand A1202

Hjælpe midler  
stand A1104



Trænings indvirkning på ældre og deres funktionsniveau  
**Fredericia d. 14.-15.-16. maj**  
Få inspiration hver dag kl. 11 & 14

Helle Balsby-Christensen  
Konsulent Øst  
Tlf. 40 57 43 77

Allan Nørgaard  
Konsulent Vest  
Tlf. 40 57 43 71

Claus Dinesen  
Konsulent  
Tlf. 40 57 43 68

Torben Lund  
Konsulent  
Tlf. 22 23 38 04

Jørgen Vind  
Salgsassistent  
Tlf. 36 39 80 37



**KEBO CARE DEMA A/S**  
Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre • Tlf. 36 39 80 00



- processen i uhensigtsmæssig væremåde er en proces over lang tid.

Bente har nu været i NPMF behandling i en periode over seks år. I den periode er der sket store omvæltninger i Bentes liv, størst for hende er, at hun er blevet mor.

I de første to år er hun i behandling vekslende mellem én gang om ugen og hver 14. dag, herefter én gang om måneden, og de seneste 1½ år med 2 og nu 3-4 måneders intervaller.

Bente har så at sige ikke haft andre pauser i sit personlige arbejde end de timer, sønnen har sovet. Den største udfordring for Bente har været at blive kendt med sine reaktionsmønstre generelt, at finde og sætte sine grænser, ikke lade sig løbe over ende og samtidig have orden på samvittigheden og ikke få skyldfølelse.

Hun har haft mange vanskelige perioder i de forløbne år, hvor skyldfølelsen har ligget og luret,

men hun har imidlertid formået at handle sig ud af disse på en for sig selv tilfredsstillende måde. Det mest sårbare i forhold til at være tro mod egne ønsker og behov har været i relation til sønnen. Men hun har været meget opmærksom på at tilfredsstille sønnens behov og har i takt med hans udvikling og behov for selvstændighed, formået at finde balancen mellem at stå til rådighed for hans behov og samtidig sætte sine grænser overfor ham.

Bente har i forløbet fået en stigende oplevelse af at mestre sin situation og ikke mindst at kunne vokse med opgaverne.

Hvad har NPMF bidraget med i forhold til Bentes situation i dag:

Jeg hverken kan eller vil fastholde, at Bentes ændring i væremåde skyldes NPMF behandling, men eftersom det er den eneste behandling, hun har været i, vil jeg på den anden side alligevel mene, at NPMF kan have bidraget til den, idet hun har arbejdet med kroppen i et emotionelt perspektiv.

Bente har ændret sit opgivende kropsholdningsmønster og står nu med tyngdeplacering midt på fødderne, bækkenhældningen er næsten i nulstilling. Brystkassen har fået fylde, og hovedet er ikke længere bøjet. Der er ligeledes god fylde og dybde i vejrtrækningen. Hun har opnået større stabilitet, uagtet at hun fortsat tenderer til at være for bevægelig, men hun lader sig ikke længere modellere. Hun er blevet mere spændstig/sundt elastisk. Den spontane siddestilling er ikke længere sammensunken, hun sidder rank med god balance, og hun er mindre fleksibel end tidligere.

I forhold til tendensen til at lade sig modellere, som nu er bedret til kun at være for fleksibel, tænker jeg, om det kan være et kropsligt udtryk for en grundlæggende depressiv sårbarhed, som måske aldrig vil forsvinde helt, idet den depressive adfærd er så dybt og tidligt forankret.

### OPSUMMERING

Bente har i forløbet ændret sit handlingsrepertoire, hvor hun i stedet for at synke sammen i en opgivende handlingslammelse nu i bogstaveligste forstand "kommer mere frem i skoene" og tager aktivt del i sit liv ved at forholde sig og handle i konfliktsituationerne. Set udefra og set i relation til, at de fleste mennesker trives med oplevelsen af at mestre eget liv, vil jeg postulere, at Bente har opnået en større grad af livskvalitet.



**Professionel TENS/FES**

**ELPHA II 3000**

**BIOFINA a/s**

Kaløvej 165  
5210 Odense NV  
Tlf. 65 94 10 33 · Fax 65 94 16 81  
mail@biofina.dk · www.biofina.dk

NPMF behandling er ikke nogen mirakelkur og indeholder ingen garantier mod recidiv, men set i lyset af de personlige omvæltninger, Bente har stået og fortsat står i, og som hun har mestret i den forløbne behandlingsperiode, kan man anlægge en lidt optimistisk holdning, idet hun i den periode ikke har været indlagt endside været i nærheden af en indlæggelse.

Behandlingen har stået på over en længere år-række, men først i 1995, hvor hun begyndte et forløb i psykomotorisk fysioterapi, startede en kropslig omstillingsproces bort fra det opgivende og triste mønster. At ændre på væremåder er en proces over lang tid, og kræver hjælp til indsigt og mulighed for at indgå i en fælles refleksion for så at kunne eksperimentere med udvikling af nye reaktionsmåder ud fra egne behov og muligheder.

Denne refleksion og måde at arbejde med kroppen som emotionelt udtryksfelt på tilgodeses i langt større grad i et individuelt forløb frem for i en gruppe, hvor risikoen for, at man tillærer sig nye kropslige udtryk gennem kropsdisciplinerende øvelser og kopiering af andres bevægemønstre, er stor. Endvidere kan de individuelle kropslige behov heller ikke varetages specifikt i en gruppebehandling. Kvaliteten af den støttende, stimulerende og bekræftende berøring ud fra det enkelte menneskes behov kan blive tilfældig i en gruppe, hvis der overhovedet forekommer berøring. Behandling i gruppe kan således på mange måder betragtes som en metode til udefrakommende ændring på kognitiv baggrund frem for, ud fra refleksioner i samhandling patient og terapeut indbyrdes, en indlært ændring, der kommer indefra, i overensstemmelse med det individuelle menneskes udviklingsmuligheder.

Ovenstående refleksioner over praksis synliggør vigtigheden af en afklaret forståelse af kroppen, idet kropsforståelse har stor konsekvens for handlinger. Lige så vigtigt er det, at behandlingen sker i en samhandling, hvor man ser hinanden i et emotionelt perspektiv, anerkender de kropsligt udtrykte emotioner, bekræfter og udtrykker dem sprogligt. I tillæg hertil kommer så den konkrete håndgribelige fysioterapeutiske praksis, som i relation til det enkelte menneskes individuelle udviklingspotentialer skal være stimulerende og støttende for at kunne være motiverende for ændring af fastlåste og fastlåsende symptomskabende være- og reaktionsmåder. ■

## LITTERATUR

- Bolwig T. G.: Depression, statusartikel. Ugeskrift for læger. 159/22, 26. maj, 1997.
- Bunkan B. H.: Muskelspenninger og kroppsbygge. Oslo. Universitetsforlaget, 1996.
- Damasio A.: Descartes fejltagelse - følelse, fornuft og den menneskelige hjerne. København. Hans Reitzels Forlag, 2001.
- Egerod I: Om metaforisk analyse. Dansk Selskab for Sygeplejeforskning, 1997; 1.
- Gretland A.: Kroppens spor - en utfordring i psykiatrien. Rapport fra projektet "Fysioterapi i psykiatri". Regionssykehuset i Tromsø, 1999.
- Hafsahl E.: Undersøkelse av kvinner etter incest. Fysioterapeuten, 2000; 4: 8-12.
- Kirkengen . L.: Veronikas to liv. Fysioterapeuten, 1997; 2: 7-13.
- Lauren A. Wise: Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: A case-control study. Lancet, 2001; 358: 881-887.
- Løgstrup K. E.: Den etiske fordring. København. Gyldendal, 1991, 9. oplag 2001.
- Merleau-Ponty M.: Kroppens fænomenologi. København. Det lille forlag, 1994, 3. oplag 2000.
- Nielsen T.: Depression. Dansk Psykologisk Forlag, 1995.
- Red.: Collum F., Køppe S.: Humanistisk videnskabsteori. Danmarks Radios Forlag, 1995.
- Røed Hansen B.: Den første dialogen. En studie av spedbarnets opmærksomhet i samspil. Oslo. Solum Forlag, 1991.
- Stern D.: Spædbarnets interpersonelle verden. København. Hans Reitzels Forlag, 2000.
- Sternberg S.: Fysioterapi og smerte. Klinisk Sygepleje. Munksgaards Forlag, 1991; 5: 22-24.
- Sternberg S.: Kan folk behandles syge. Klinisk sygepleje. Munksgaards Forlag, 1992; 1: 38-41.
- Sternberg S.: Kroppen og kropslighed. Et 15M projekt under landsforeningen Ligeværd. Landsforeningen Ligeværd, 2000; 80-87.
- Sternberg S.: Norsk psykomotorisk fysioterapi. Danske Fysioterapeuter, 1998; 14: 20-23.
- Thornquist E, Bunkan B. H: Hva er psykomotorisk behandling? Oslo. Universitetsforlaget, 1986.
- Thornquist E.: "Anspenhet og adferdsvansker" - en kasuistikk. Fysioterapeuten, 2000; 4: 20-25.
- Thornquist E.: Klinik, kommunikation og information. København. Hans Reitzels Forlag, 2000.
- Thornquist E.: Kropp er livshistorie - en kasuistikk. Fysioterapeuten, 1997; 2: 14-16.

# Skriv bedre stillingsannoncer

Ingen er fuldkommen. Heller ikke til at skrive stillingsannoncer, men de fleste kan blive meget bedre til det. Og man behøver ikke tage det store kørekort som tekstforfatter for at skrive gode stillingsannoncer. På en eftermiddag kan du lære meget.

På **Fysioterapeuten** og **Stibo Media's** seminarer i Århus og København fortæller Mogens Løj, hvordan du skriver bedre stillingsannoncer nemmere.

## På seminaret lærer du

- Hvilke elementer består en annonce af?
- Hvad gør en tekst let/svær at læse?
- Hvad kræver vi af den gode tekst?
- Hvorfor skriver vi så besværligt og kedeligt?
- Hvordan gør man en tekst dragende, uden at den bliver smart?
- Hvordan bygges en stillingsannonce op?
- Hvordan reducerer man teksten med 20%?
- Hvordan skabe balance mellem vi og du?
- Hvordan skrive præcist og relevant?

Du lærer at skrive **anderledes** – at skrive, så jeres annonce får sin **egen tone**

## Foredragsholder

Mogens Løj har i mange år undervist i skriftlig kommunikation for privat og offentligt ansatte. Sygeplejersker og læger har han undervist i patientkommunikation og stillingsannoncering.

**Sted** **Århus** · 3. juni 2002 · CCI Europe · Axel Kiersvej 11 · 8270 Højbjerg

**København** · 4. juni 2002 · SAS Radisson · Amager Boulevard 30 · 2300 København S

**Tid** Begge dage kl. 12-17

**Pris** kr. 249,- ekskl. moms

*Der har været stor efterspørgsel efter dette seminar, så hurtig tilmelding tilrådes.*

## Tilmelding

**Århus**

**København**

Firma/Institution

Navn

Adresse

Tlf.

E-mail:

Seneste tilmelding den 17. maj 2002

Send kuponen til Stibo Media, Søren Nymarks Vej 1, 8270 Højbjerg, mrk. »seminar«  
eller tilmeld dig på seminar@stibomedia.dk, eller fax 89 39 88 99





## HVAD ER GOD FORSKNING?

Både erhvervslivet og det øvrige samfundsliv bliver stadig mere komplekst og vidensbase-ret, skriver Bo Jacobsen i indledningen til bogen "Hvad er god forskning?". Bo Jacobsen er bekymret for, at forskningens egentlige værdier skal gå tabt, sådan som megen forskning er organiseret i dag. Samarbejdet mellem universiteter, sektorforskning og erhvervsliv har en tendens til, at man søger fællesnævner i

stedet for at profilere forskelle, som kan give en synergistisk vekselvirkning i kundskabsudviklingen. Forskning, der er sat i fast system, hvor der er krav om produktion år efter år, degenererer let til rutinearbejde.

Bogens formål er at gøre rede for, hvad der karakteriserer vellykket forskningsaktivitet. Bogen er teoretisk, men der indgår spændende empirisk eksempelmateriale bl.a. fra en ny interviewundersøgelse med 250 danske forskere, en detaljeret dybtgående interviewundersøgelse med fem danske topforskere og en tidligere undersøgelse af danske forskere. Bogen her handler ikke om forskningsmetoder, men forsøger at indkredse, hvad der ikke kan sættes på pensumform: Forskningens ånd.

Bo Jacobsen argumenterer for, at kvaliteten er den afgørende parameter, når forskningen skal bidrage til videnssamfundet. I bogen defineres forskning som menneskeheden samlede bestræbelse på gennem undersøgelse og tænkning at bringe ny erkendelse til verden. Jacobsen afgrænser forskning i forhold til kunstnerisk virksomhed, udviklingsarbejde, ren dataindsamling og essayistik. Forskningskvalitet kan ikke vurderes ved citationstællinger. God forskning er solid, væsentlig og original. De centrale træk, kernen i god forskning, beskrives bl.a. ud fra spændende citater fra forskere inden for naturvidenskab, samfundsvidenskab og humaniora. De udvalgte forskere repræsenterer områderne grundforskning, anvendt forskning, erhvervsforskning og en forsker, der kombinerer grundforskning og anvendt forskning.

Bogens anden del handler om forskning som personlig aktivitet. Det er nødvendigt at kunne undre sig for at blive en god forsker. Man kan f. eks. opdage en ny genstand, en grundregel eller et grundmønster, en årsag eller en forklaring på et konkret fænomen eller man kan opdage en fortolkning eller forståelse af et bestemt fænomen. Jacobsen beskriver den gode forsknings psykologiske mønstre. Det handler altså ikke om forskningens logiske mønstre. Nej, i dette afsnit lægger Bo Jacobsen vægt på tankeprocesser og tankemåder, som er tæt forbundne med sanser, fantasi og intuition. Divergent tænkning er et væsentligt led i kreativ tænkning. Til forskningen hører efter alt at dømmes evnen til varig åbenhed og en forkærlighed for det, der ikke er lagt på fast form, ikke er under kontrol. En afbalancering mellem forskerens analytiske og kreative egenskaber er også vigtig, men det er dog underligt, at forskningens intuitive del så sjældent beskrives i metodiske lærebøger. Der argumenteres her for, at den kreative side af forskningen opprioriteres såvel i bedømmelsen af forskere som i tilrettelæggelse af forskeruddannelser.

### INDFØR DEN GODE MESTERLÆRE

Bo Jacobsen kritiserer forskeruddannelserne i Danmark og foreslår, at man forlader den traditionelle trekomponent-model, hvor professionsudøvelse bygger på teoretisk viden, der suppleres med an-

vendt viden, som så udnyttes ved hjælp af praktiske færdigheder og holdninger. Donald A. Schön med flere har vist, at professionelle fagfolk ikke tænker og udvikler sig efter denne model. Modellen egner sig ikke til uforudsigelige situationer. Skal man kunne handle professionelt her kræver det en udbygget og erfaret viden om, hvordan man handler i praksis samt en evne til konstant at følge sit eget praktiske arbejde med overvejelser over, hvad man er i færd med, og eventuelle andre måder man kunne gøre det på, også kaldet reflection-in-action. Der er meget tavs viden i god forskning, og forskning læres ikke ved eksplicite forklaringer! Praksislæring og mesterlære må tillægges større betydning.

I bogens tredje del beskrives det gode forskningsmiljø. Der er vist klar sammenhæng mellem vurderingen af et instituts forskningsmiljø og vurderingen af dets forskningsproduktivitet. Jacobsen mener, at forskningsaktivitet er meget speciel og søger begreber der går tæt på forskerens særlige arbejdssituation. Jacobsen vælger at se på det socialpsykologiske klima eller social atmosfære (Tagiuri & Litwin, 1968) og bortvælger Karaseks psykosociale arbejdsmiljøbegreb, fordi det i høj grad er knyttet til sundhed og ikke som her til forskernes produktivitet og kreativitet. Ikke overraskende finder Bo Jacobsen ud af, at gode forskningsmiljøer ikke kan fremkommanderes med penge, incitamenter eller teknik. De kan ødelægges med et politisk pennestrøg, men det tager mindst 10 år at opbygge sådanne miljøer. Der skal bl.a. udvikles en forskningsvenlig grundstemning, en høj forskelstolerance, en god balance mellem konkurrence og samarbejdsdimensioner og en ledelsesform, som er procesorienteret, og som ser det som sin hovedopgave at følge og stimulere forskningsaktivitet.

Jacobsen mener, det ville være en fordel både for forskere som erhvervsgruppe og for samfundet generelt, hvis der fandtes klare regler for, hvilke rettigheder og pligter, en forsker har. Forskerrollen bør ikke identificeres med den idealtypiske embedsmandsrolle eller den idealtypiske producent eller forretningsmand, men tilnærme sig en kritisk intellektuel, der mestrer viden og kunnen på højest niveau inden for sit område, og som med jævne mellemrum sender kvalificerede nye ideer i omløb i samfundslivet.

### BOGENS RELEVANS FOR FYSIOTERAPI

Fysioterapifaget er stadig novice inden for forskningsområdet, men fysioterapeuter er med i trenden, der skriger på mere forskning. Vi må derfor også stille os selv kritiske spørgsmål om, hvilken forskning vi og samfundet har brug for og ikke mindst, hvilke rammer der skal til, for at denne forskning kan finde sted. Det er afgørende for fysioterapifaget, hvordan vi fysioterapeuter indgår i fremtidens forskningspanorama. Med min baggrund som underviser i mere end 23 år undrer det mig, at forskningsverdenen skulle være så speciel. Rigtig mange beskrivelser i denne bog forekommer mig at være nærmest identiske med den uddannelsesverden, jeg selv kommer fra. Måske er det ikke så mærkeligt, hvis man ser på undervisning som det at vise under. Jeg mener faktisk, at der er meget inspiration at hente fra denne bog for fag, som kan betegne deres professionsvirksomhed som et håndværk iblandet kraftig kunstnerisk virksomhed bl.a. i form af original tænkning og uforudsigelighed.

Anmeldt af MSc. PT fysioterapilærer Pia Jørgensen

BO JACOBSEN. *Hvad er god forskning - Psykologiske og sociologiske perspektiver.* Hans Reitzels Forlag 2001  
ISBN 87-412-2624-0

# Rehabiliteringen væk fra briksen

**(KNÆ)** Flere studier påviser evidens for terapeutisk træning, mens der ingen effekt er af behandling med termoterapi, ultralyd og massage. Der mangler træningsstudier, der kan give anvisninger på øvelsesvalg til forskellige knæproblemer

AF PRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUT JOHN VERNER

FOTO GEIR HAUURSSON

Et panel af fageksperter har med udgangspunkt i omfattende litteratursøgninger i de store databaser evalueret otte udvalgte fysioterapeutiske rehabiliteringstilbud til knæpatienter: termoterapi, terapeutisk massage, terapeutiske øvelser, TENS, el-stimulation og kombinerede rehabiliteringsinterventioner. Fysioterapeuten har bedt fysioterapeut John Verner referere og kommentere panelets anbefalinger.

Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for knee pain. *Phys Ther.* 2001;81:1675-1700.

■ Det er et meget seriøst og imponerende arbejde, som "The Philadelphia panel" har udført i forbindelse med udarbejdelse af retningslinier for evidensbaserede interventioner i forhold til udvalgte knæproblemstillinger.

Det er meget overraskende, at "The Philadelphia panel" i litteratursøgning i alle de kendte databaser for videnskabelige publikationer kun finder 29 studier omhandlende knæproblemstillinger, der opfylder panelets kvalitetskrav til god forskning. Jeg vil her henvise til fysioterapeut Henning Langbergs artikel om de generelle retningslinier for gruppens arbejde, der blev bragt i *Fysioterapeuten* 7/02.

Jeg har fulgt med i den videnskabelige traumatologiske og fysioterapeutiske litteratur vedrørende knæ de sidste 18 år. Der er mindst publiceret 10 norske eller svenske fysioterapeutiske disputatser om knærehabilitering, bare i forhold til forreste korsbåndets problemer inden for de sidste fem år.

Bortset fra et studie af Rosa Zätterstöm er ingen af disse arbejder medtaget i Panelets vurdering. Det vil sige, at meget lidt af den nordiske forskning opfylder panelets kvalitetskrav.

Jeg spørger mig selv, om det nordiske fysioterapeutiske akademiske niveau er for lavt, eller der skal der stilles spørgsmål til panelets høje selektionskrav. Hvor tung evidens skal der være i et studie, før elementer af rehabilitering kan indgå i den fysioterapeutiske rehabilitering?

## ANBEFALINGER

De studier, der imødekommer panelets kvalitetskrav, falder i fire kategorier af knæproblemstillinger: osteoartrose, patello-femorale smerter, postoperative smerter og tendinitis.

*Patellofemorale smerter*, hvor effekten af terapeutisk ultralyd er blevet vurderet i et randomiseret, klinisk kontrolleret studie (RCT), hvor panelets

konklusionen er, at der ikke er effekt i forhold til reducere af smerteniveauet.

I kategorien *postoperative knæsmerter* er der fundet et RCT studie, hvor præoperativ træning til patienter, der skulle have foretaget udskiftning af det ene knæ, er vurderet i forhold til ingen behandling præoperativt. Effektmåling blev foretaget på smerter efter operationen.

Panelet konkluderer, at der er ringe evidens for at inkludere præoperative øvelser som eneste behandling hos denne patientgruppe.



Termoterapi er vurderet i et RCT, hvor hjemmeøvelser med og uden kolde gelpakninger blev vurderet i forhold til postoperative smerter. Der var ingen forskel på, om patienterne anvendte kolde pakninger eller ej, når effektmåling var på smerter.

TENS anvendt postoperativt er vurderet i et RCT studie op imod placebo TENS. Hvis effektmåling var smerte alene, er der signifikant forskel, men inkluderes andre effektmål som bevægelighed, muskelkraft og smerte var der ingen signifikant forskel.

Ved *osteoartrose* er der fundet 4 RCT, hvor styrkeøvelser, strækøvelser og funktionel træning er vurderet. Her finder panelet, at der er god evidens i de fundne studier for at inkludere styrkeøvelse, stræk og funktionel træning til slidgigtpatienter, når effektmål er en helhedsvurdering af patientens funktion.

Termoterapi er vurderet ved *osteoartrose* patienter i et RCT, behandlingen er udført som ismassage over udvalgte akupunkturpunkter i forhold til placebo. Der var ingen forskel på behandling i forhold til smerte.

Ultralydsbehandling ved *osteoartrose* er vurderet i RCT studie. Behandlingsgruppen rapporterede mindre smerte efter 4 ugers behandling, men forskellen var ikke signifikant. Ved 3 måneders follow up var der ingen forskel på de to grupper.

TENS ved *osteoartrose*: 3 RCT studier er vurderet. Panelet har fundet, at der er stærk evidens for at anvende TENS til denne patientgruppe, vurderet i forhold til effektmåling på smerte og en helhedsvurdering af patienten.

I et RCT studie, hvor funktionel el-stimulation af m. quadriceps blev foretaget hos en gruppe ældre patienter med slidgigt, fandtes der signifikant forskel ved en række funktionelle test, men pga. utilstrækkelig datafremstilling i studiet, konkluderer panelet, at studiet er inkonklusivt.

I forhold til *tractus iliotibialis tendinitis* er der fundet et godt udført RCT studie, hvor dyb tværmassage er vurderet i forhold til ingen terapi. Der fandtes en mindre klinisk forskel ved vurdering af smerter under løb. Panelet konkluderede, at der er ringe evidens for at anvende eller undlade at anvende dyb tværmassage.

#### KOMMENTARER TIL METAANALYSEN

Det er glædeligt, at terapeutisk træning falder så stærkt ud i flere RCT studier. Når alt kommer til alt,

er vi som fysioterapeuter "the movement people". Vi skal aktivere patienterne med træning, flytte rehabiliteringen væk fra briksen og de passive behandlingsformer (ultralyd, termoterapi, massage).

Smertebehandling ved hjælp af TENS viser i flere studier at have stor klinisk relevans til artrose patienter, mens det ser ud til at ultralydsbehandlinger til patellofemorale knæproblemer kan udelades.

Jeg synes, at metaanalysen mangler at give retningslinier for, hvilke rehabiliteringsøvelser eller strategier, der skal opprioriteres.

Jeg savner træningsstudier, hvor veldefinerede grupper af knæpatienter f.eks. PFPS, Jumpers knee, plica medialis, ACL, PCL osv., bliver vurderet i forhold til effekten af typen af øvelser, som anvendes til daglig i klinikken.

Men endnu vigtigere er det at finde holdbare facts om de disponerende årsager til et givent knæproblem. Det er ikke vanskeligt for en rutineret kliniker at sætte fingeren på et formodet ømt væv og spørge til, om det gør ondt, for derefter at applikere et sæt TENS elektroder.

Det vigtige spørgsmål er, hvorfor udvikler nogle patienter artrose i patellofemoralledet, nogle smertende plica medialis, andre jumpers knee problemer og nogle får meget smertende corpus Hoffae, bare for at nævne nogle kliniske problemstillinger, der relaterer sig fortil i knæet.

Kan der identificeres karakteristiske disponerende faktorer i bevægeapparatet? Det vil flytte fokus væk fra vævet og smerten til den egentlige årsag til problemet.

Her må det fysioterapeutiske forskningsmiljø producere veldesignede studier med stor styrke, og hvor det med klar evidens kan udtrykkes, hvordan specifikke patientgrupper kan hjælpes.

Indtil dette sker, er det vanskeligt at opretholde en illusion om, at man kan arbejde som fysioterapeut med udelukkende evidensbaseret fysioterapi til knæpatienter. Selv efter dette tunge arbejde som The Philadelphia Panel har udført .

Jeg deltog i den første verdenskongres i "Movements dysfunctions" i Edinburgh i september 2001. Her var det opløftende at se, at der er utroligt mange unge forskende fysioterapeuter, der er i gang med forskning i forhold til movement dysfunctions.

Der skal udføres mange studier og flere metaanalyser som denne, før vi kan kalde os evidensbaserede i al vor fysioterapeutiske gerning. ■

I Fysioterapeuten nr. 7. blev anbefalinger for ryg og nakke omtalt, og i et kommende blad bringes guidelines for skulderområdet.

Man kan klikke sig frem til de omtalte guidelines på <http://www.ptjournal.org/october01/toc.cfm>

Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for knee pain. Phys Ther. 2001;81:1675-1700.



# Det svære samarbejde

**(GRÅZONER)** Den kommende sammenlægning af amt og kommuner på Bornholm giver en enestående mulighed for en ny fordeling af opgaverne – blandt andet i forbindelse med genoptræning. Men det indledende samarbejde mellem fysioterapeuterne i de forskellige sektorer er ikke forløbet gnidningsfrit

AF JOURNALIST JENS STUBKJÆR  
FOTO CARSTEN BUCH

Sidste år vedtog de bornholmske vælgere at sammenlægge øens fem kommuner og amtet til én fælles enhed, Bornholms Regionskommune.

Et „formandskab“ af øens borgmestre, arbejdsgrupper af ledende embedsmænd og et samarbejdsudvalg med repræsentanter for personalegrupperne arbejder nu med planerne for den nye regionskommune, der træder i kraft den 1. januar 2003.

Bornholm får - som det eneste sted i Danmark - samlet den politiske og administrative ledelse for både sygesikring, sygehuset og den primære sundhedstjeneste på ét sted.

■ At være fysioterapeut på Bornholm kræver noget særligt. Øens godt 50 fysioterapeuter får nemlig en enestående chance for at samarbejde i et nyt sundhedsvæsen. Med hinanden og på tværs af sektorer. Men det er slet ikke nemt at bryde mange års rutiner, og viljen til samarbejde er begrænset.

“Vi mangler modet til at træde nye veje uden at være bange for at save den gren over, vi selv sidder på”, siger DF’s kredsformand på Bornholm, Marianne Holo, der savner opbakning fra Danske Fysioterapeuter i en vanskelig proces.

Når Bornholm den 1. januar 2003 bliver til en regionskommune, udslettes formelt den grænse, der har været mellem sundhedsvæsenets sektorer. Amtet og de fem kommuner lægges sammen til én regionskommune, og ledende politikere på Bornholm er enige om, at et af de allermost spændende aspekter i den øvelse er at skabe sammenhæng på sundhedsområdet.

## EN TYND KOP TE

Både Dansk Sygeplejeråd og Foreningen af Offentligt Ansatte på Bornholm har offentliggjort deres oplæg til regionskommunen. De glæder sig til at gøre op med kassetænkning og dårligt koordinerede behandlingstilbud. Det er tiden at tænke nyt på klippeøen, og med lidt held kan bornholmerne danne eksempel for forbedringer i hele det danske sundhedsvæsen.

Fysioterapeuterne på Bornholm står derfor centralt i spotlightet af positive forventninger til den nye regionskommune.

Men de bornholmske fysioterapeuters forsøg på at lave et fælles oplæg til de nye tider er blevet en tynd kop te. Til gengæld er samarbejdsvanke-

lighederne mellem fysioterapeuterne i de tre sektorer blev meget tydelige. Det er man enige om, men ikke om ret meget andet.

En arbejdsgruppe har siden oktober arbejdet på et oplæg til kredsbestyrelsen. Der har været store uenigheder i gruppen - og mellem gruppen og kredsbestyrelsen. Man har ikke kunnet blive enige om et oplæg til en samlet styring af fysioterapiområdet på Bornholm, og heller ikke om konkrete anvisninger på en bedre koordination af genoptræningen.

Processen har derimod med al ønskelig tydelighed afsløret, hvor dybt fysioterapeuterne har gravet sig ned i hver deres sektor - på sygehuset, i kommunerne og i privat praksis.

## SYGEHUSET

“Det har været en svær øvelse. Og det er endt med laveste fællesnævner”, konstaterer Birte Jønsson, tillidsrepræsentant for sygehusets fysioterapeuter.

“Internt på sygehuset er vi helt enige, men ikke i forhold til de andre fysioterapeut-sektorer. Vi skulle have begyndt et samarbejde på tværs af sektorerne om de her problemer for lang tid siden”, mener Birte Jønsson, der også efterlyser bedre overgange mellem kommunerne og sygehuset.

“Fra sygehuset foreslår vi “følge hjem projekter”, hvor fysioterapeuten fra sygehuset kan følge patienten helt ud i hjemmet og sørge for at genoptræningen kommer på ret spor. Den anden vej savner vi ofte information om patienterne fra hjemmeplejen, f.eks. patienter uden sprog. Det er for tit, vi får patienter, som vi ikke aner noget om. Så svigtet går begge veje”, siger Birte Jønsson, der tvivler på, at elektroniske patientjournaler kan afhjælpe problemerne.

Fra sygehuset har man afvist at gå ind i tankerne om en samlet styring af fysioterapien på Bornholm.

“Vi har hierarki nok i forvejen og kan ikke se, hvordan vores placering i sygehuset kan kombineres med en samlet koordination af fysioterapien på hele øen”, siger Birte Jønsson.

## SVÆRT AT FINDE FODSLAG

Jes Mogensen, der er praktiserende fysioterapeut i Aakirkeby, har heller ikke nemt ved at finde fodslag med de to andre sektorer. ▶



Praktiserende fysioterapeut Jes Mogensen: "Man skal ville det meget, for at tabe penge på at være med i forandringer. Og vi har jo nok at lave".



"Vi mangler modet til at træde nye veje uden at være bange for at save den gren over, vi selv sidder på", siger DF's kredsformand på Bornholm, Marianne Holo, om forsøget på samarbejde på tværs af sektorerne.



"Det har været en svær øvelse. Og det er endt med laveste fællesnævner", konstaterer Birte Jønsson, tillidsrepræsentant for fysioterapeuterne på Rønne Sygehus.



"Modsætningerne mellem fysioterapeuter i amt og kommuner er af gammel dato, og dem har vi ikke magtet at tage fat på, men gemt under dørmåtten", siger Mariann Odier-Ros, fysioterapeut i Nexø Kommune.

**fakta** Bornholm består i dag af 5 kommuner og Bornholms Amt, der driver Bornholms Centralsygehus i Rønne, øens eneste sygehus. De 44.000 indbyggere betjenes af ca. 50 fysioterapeuter, der arbejder på sygehuset, i kommunerne og i praksis.

► "Der er jo en grund til, at vi er private og har lavet vores egen forretning. Vi vil gerne selv bestemme", siger Jes Mogensen, der dog gerne så, at hans gruppe blev integreret i den kommunale planlægning for genoptræning.

"Der kunne vi som private forretninger gå ind og give et tilbud på genoptræning. Det er ikke fordi, vi ikke vil, men vi er jo bundet af overenskomster, traditioner, og måden pengene bliver fordelt på. Rent fagligt synes jeg ikke, der er nogen problemer i det. Vi kan sagtens være en del af systemet og f.eks. byde ind og få tildelt de patienter, der passer til genoptræning ude lokalt, hvor der ikke skal en masse hjælpepersonale til. Det bunder kun i praktiske ting med økonomi. Det er jo egentlig lidt fjollet, men vi må hele tiden tænke på, om vi har råd til at være med. Vi har jo en forretning, som skal kunne løbe rundt. Hvis vi havde haft det svenske system med centre, så havde der ikke være nogen problemer", siger Jes Mogensen, der sammenfatter de praktiserendes holdning til situationen på Bornholm således:

"Man skal ville det meget, for at tabe penge på at være med i forandringer. Og vi har jo nok at lave".

#### MODSÆTNINGER UNDER MÅTTEN

Den kommunale repræsentant i arbejdsgruppen, Mariann Odier-Ros, der er fysioterapeut i Nexø Kommune, er dybt skuffet.

"Vi har diskuteret mange spændende ideer i arbejdsgruppen, men hvordan visionerne konkret skal kunne udføres på vores lille ø, har vi ladet ligge for ikke at røre ved grænserne mellem vores områder. Modsætningerne mellem fysioterapeuter i amt og kommuner er af gammel dato, og dem har vi ikke magtet at tage fat på, men gemt under dørmåtten. Med til at fastlåse situationen er også, at fysioterapeuterne ikke mangler klienter for tiden, så holder man mere fast i sit eget. På den måde er vi blevet som et A og B hold, og det er utroligt ulykkeligt", siger Mariann Odier-Ros.

Hun mener, der aldrig har været noget åbenbart behov blandt fysioterapeuterne for at afklare situationen: "Man har tænkt, *sådan plejer vi at gøre*. Det kan man nu ikke længere. Nu er vi i en situation, hvor det kommer frem i lyset, at der er

problemer - og samtidig efterlyses konkrete visioner for, hvordan det kunne være", forklarer Mariann Odier-Ros.

#### FRUSTRERET KREDSFORMAND

For Bornholms Amtskreds har arbejdet med at bygge bro mellem de lokale sektorer af fysioterapeuter og udstikke fælles visioner for en samlet sundhedspolitik været for stor en mundfuld. Det er en frustreret kredsformand, Marianne Holo, der fortæller:

"Det er en helt ny og ukendt dans, vi skal træde. Vi skal ind i en virksomhedsfusion. Vi skal tænke organisationsplan og nye løsningsmodeller, og jeg er fysioterapeut! Jeg er ikke virksomhedsleder. Vi knokler med det her i vores fritid. Vi har aldrig prøvet sådan noget før. Vi kunne måske have haft godt af noget konsulenthjælp eller proceskonsulenter for at løsne op for kreativiteten", siger kredsformanden, der føler sig ladt i stikken af Danske Fysioterapeuter, men samtidig erkender, at hun ikke selv har bedt om støtte:

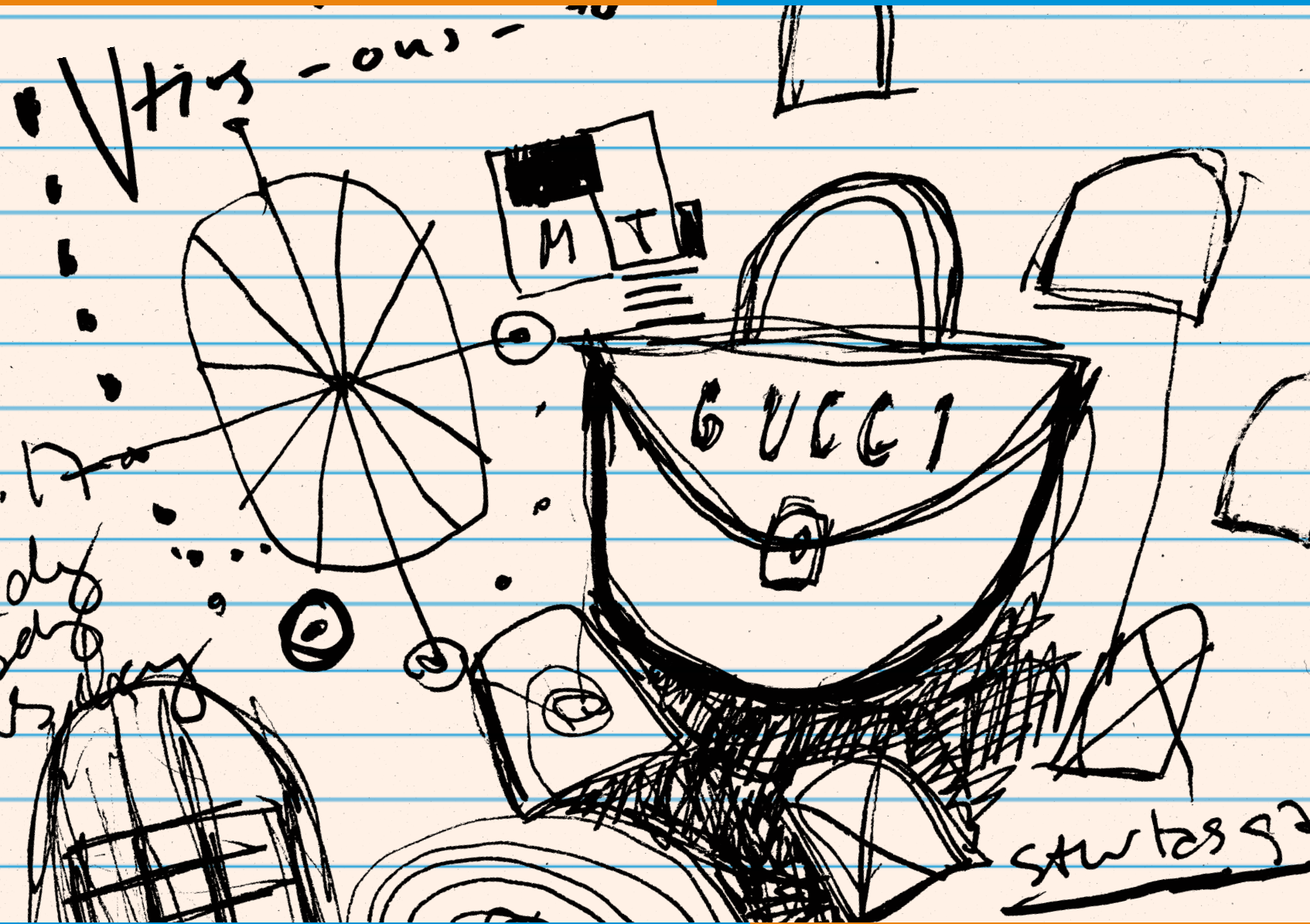
"Vi er nok lidt sure på dem centralt, fordi vi føler de lurepasser - og det her er alligevel noget, der vil danne skole andre steder. Hvis jeg som formand havde tænkt mig om, kunne jeg måske have efterspurgte hjælp fra København, men det har jeg ikke haft tid og overblik til. Når man står midt i stormen, er man ikke god til at se klart, hvad man har brug for, og hvor man skal henvende sig".

For Marianne Holo er hovedproblemet, både for sundhedsvæsenet og fysioterapeuterne, den opsplitning, som den politiske og økonomiske struktur har lagt ned over faget.

"Vi har som fysioterapeuter forskellig kultur i de forskellige områder, som vi arbejder i, og hver gruppe arbejder i sin egen trummerum. Det, som er vigtigt i denne proces, er, at vi får løst op for vores fordomme om hinanden. Vi skal smide noget gammelt arvegods af os, som hedder *de andre er dumme*, og vi skal over til *nu skal vi være kreative sammen og sprænge rammerne*, og dér har vi behov for at få lidt mere power i arbejdet. Men det er aldrig for sent, og vi skal da arbejde med det her. Udviklingen er ikke slut den 1. januar, når Bornholms Regionskommune kommer. Udviklingen begynder den 1. januar", siger Marianne Holo. ■



Hjælp dine dagdrømme på vej



...med en PKA<sup>+</sup> pension

Det er nu, du skal beslutte, hvad du vil have råd til, når du bliver ældre.

Måske har du allerede en pensionsordning, du gerne vil gøre bedre. Er du kommet **sent ind** i pensionskassen, har du holdt **orlov** eller været på **nedsat tid**? Eller vil du bare gerne spare lidt **ekstra** op? Så er en PKA<sup>+</sup> KAPITALPENSION eller en PKA<sup>+</sup> RATEPENSION et godt valg.

Ring til PKA på 39 45 42 81, eller klik ind på [www.pkaplus.dk](http://www.pkaplus.dk). Vi glæder os til at hjælpe dine dagdrømme på vej.

**PKA<sup>+</sup>**  
...mere pension



# Børnefysioterapeuter betaler sig

Som et af ganske få steder får mødregrupperne i Hørning kommune ved Århus forebyggende besøg af en børnefysioterapeut, som her, hvor Tina Barløse og fire andre mødre er hjemme hos Bente Norsker. Det er en god forretning for kommunen, lyder vurderingen efter syv år med fast børnefysioterapeut.



Der findes ingen central opgørelse over, hvor mange kommuner, der har børnefysioterapeuter ansat. DF's Faggruppen af Børnefysioterapeuter har 343 medlemmer. Vedrørende indmeldelse i faggruppen: [www.fysio.dk/forening/faggrupper](http://www.fysio.dk/forening/faggrupper)



**(POLITIK)** Børnefysioterapeuter er en god investering, mener Hørning kommune. De lokker børnefamilier til og gør det muligt at give god og billigere børnebehandling i hjemkommunen. "Jeg har svært ved at forstå, så få andre har fattet det", siger borgerforvaltningschef Jørgen Erlandsen

AF JOURNALIST CHARLOTTE RØRTH  
FOTO JONNA FUGLSANG KJELDEN

■ Da Merete Randel blev fastansat som børnefysioterapeut i Hørning kommune for snart syv år siden, var der ingen, der havde gjort sig de helt store forhåbninger om at få en økonomisk guldgrube forærende.

Der lå ingen detaljerede succeskriterier klar til hende eller de andre ansatte, der skulle udføre den politiske beslutning om at oprette en forebyggelsesafdeling, så behandlingskrævende børn kunne behandles hjemme i kommunen, og de almindelige børn kunne få en større forebyggende indsats.

I dag er borgerforvaltningschef Jørgen Erlandsen ikke i tvivl om det økonomiske regnestykke.

"Det koster da. Men det er en god forretning. Det er der ingen tvivl om," fastslår han.

Afdelingen består af en børnefysioterapeut, tre sundhedsplejersker, to tale-hørpædagoger, tre psykologer, en opsøgende medarbejder og to til tre hjemme-hos'er.

"Fordi vi sætter ind med samarbejde og med faglig ekspertise på alle vinkler, er den forebyggende effekt enorm. Alene de motoriske problemer, vi kan løse ved den tidlige indsats, er andre steder en kolossal barriere for børns indlæring i skolen," fortæller Jørgen Erlandsen og nævner som eksempel, at børnefysioterapeuten er med ved screening af alle børnehaveklassebørn.

Borgerforvaltningschefen kan ikke sætte kroner og øre på, hvad det har givet kommunen, at en børnefysioterapeut besøger alle mødregrupper og desuden er til at komme i kontakt med for alle forældre, pædagoger og dagplejemødre uden henvisning.

Statistisk er det ikke til at dokumentere en forebyggende indsats, medgiver han, derfor er det alene en trossag og derfor en rent politisk beslutning, om man vil satse på det forebyggende arbejde.

Kommunens satsning på et højt serviceniveau til småbørnsfamilierne har dog givet målelige resulta-

ter. Og selv om pasningsgarantien trækker de fleste, så får den høje faglige standard også familier til at anbefale hinanden at flytte til Hørning, erfarer Jørgen Erlandsen.

Reklameværdien er så stærk, at antallet af børn er steget med 50 procent fra 1995 og frem til år 2002. Fra at have 914 dagtilbudspladser for syv år siden, er der i kommunen nu 1400 pladser til børn i dagpleje, børnehaver, integrerede institutioner, skolefritidsordninger og klubber.

Det er mange i en kommune med 8.500 indbyggere. Så mange, at Hørning er en af landets yngste kommuner og i fem år har været blandt de 10 hastigst voksende kommuner i landet.

"Det handler om at tænke helhedsorienteret og ikke holde sig til kasserne. Det er ikke så mystisk eller besværligt. Jeg har svært ved at forstå, så få andre har fattet det", siger borgerforvaltningschef Jørgen Erlandsen.

Hvor mange andre kommuner, der har regnet den gode sammenhæng ud og ansat børnefysioterapeuter i det forebyggende arbejde, er der ingen opgørelse over.

"Men det er alt, alt for få," fastslår formanden for den 343 medlemmer store børnefysioterapeuternes faggruppe, Tove Lundgaard.

"Det er jo i dag alarmerende mange børn, som er så motorisk fattige, at det giver dem problemer. Og det er begyndt helt nedefra. Mødrene ved simpelthen ikke nok, om, hvordan de skal holde de små børn i gang," fortæller Tove Lundgaard, der selv er kommunalt ansat i Frederiksberg kommune, men i en deltidsstilling som konsulent, og det alene for skoleområdet.

I nabokommunen København, landets største, er ingen børnefysioterapeuter ansat til at forebygge. Her arbejder de udelukkende med behandling af f.eks. multihandicappede børn med undtagelse af to deltidsansatte, som bemander den ambulante børnefysioterapi for alle hovedstadens børn.

"Set i forhold til indsatsen i Høring er det jo peanuts. Det er pinligt," siger Tove Lundgaard, som skønner, at de små kommuner ofte er bedre end de store til at ansætte forebyggelsesorienterede børnefysioterapeuter.

"Måske er det nemmere, fordi vi er en lille kommune," gætter Merete Randel fra Hørning. De ansatte kender hinanden, og alle er lige ved at kende de cirka 120 børn, der fødes herude om året.

"Alene det giver en kontinuitet i indsatsen, som nok er svær at få et større sted," uddyber hun.

Borgerforvaltningschef Jørgen Erlandsen er knap så diplomatisk.

"Det her kan lade sig gøre alle steder. Hvis bare politikerne tør." ■

## Vejledning forbedrer motionsvaner

**(SUNDHED)** ■ Kampagner for sundhedsfremme ser ikke ud til at have den ønskede effekt, og man ved meget lidt om, hvad der skal til for at få danskerne til at ændre livsstil. En gruppe forskere har derfor undersøgt, om vejledning i livsstilsændringer baseret på en undersøgelse af de inkluderede forsøgspersoner kunne motivere til varige adfærdsændringer specielt med hensyn til fysisk aktivitet, kost og rygning. Vejledningen blev foretaget af en fysiolog og tog 15 minutter. Den individuelle vejledning kunne påvirke motionsvanerne positivt, mens der var ringe effekt, hvad angik kost og rygning. Ugeskr. Læger 2002;164:1814-8.

## Klinisk anvendelse af smertemålingsteknikker

**(STATUS)** ■ I to oversigtsartikler i Ugeskrift for Læger gøres der status over den eksisterende viden inden for smerteforskning. Læge Lars Arendt-Nielsen fra Center for Sanses-Motorisk Interaktion i Aalborg beskriver smertesystemets mekanismer, og hvordan det er muligt systematisk at måle psykofysiske, fysiologiske og neurobiologiske reaktioner, der kan relateres til smertens transduktion, transmission, projektion og perception. Ugeskr. Læger 2002;164:1790-1803.

## Kroppens filosofi

**(MERLEAU-PONTY)** ■ Fysioterapeut og rektor for Skolen for Psykomotorik, Jens Olesen, har publiceret artiklen "Kroppens filosofi" i tidsskriftet Kognition og Pædagogik. I samme tidsskrift gør cand. psyk. Palle Vestberg rede for Tom Kidwoods synspunkter vedrørende demente, og det overvejes, om hans erfaringer fra ældre demente kan overføres til andre mennesker med organisk betingede hjerneskader. Krop og Pædagogik; 12 årg., nr. 43:30-9 og 13-29.

## Nyt hjernecenter

**(FORSKNING)** ■ Copenhagen Brain Research Center er et nyt forskningscenter, der blev indviet i København i starten af april måned. Centeret er tilknyttet Rigshospitalet og ledes af professor dr. med. Olaf B. Paulsen. En tværfaglig gruppe af neurologer, farmaceuter, ingeniører, biologer og psykologer er tilknyttet centeret. De skal bl.a. forske i, hvordan hjernen fungerer både i normal tilstand og under sygdom og behandling og dermed tilvejebringe vide om, hvordan man kan genoptræne mennesker med hjerneskader.

## Hård træning hæmmer ikke væksten

**(IDRÆT)** ■ At hård fysisk træning i barndommen kan forsinke tidspunktet for den første menstruation, har længe været en antagelse i idrætten. Men nyere undersøgelser har vist, at der ikke nødvendigvis er en sammenhæng mellem træning, forsinket kønsmodning og hæmmet vækst. Balletpiger og gymnaster er ganske vist mindre og bliver senere kønsmodne end deres jævnaldrende, men det skyldes måske primært, at det netop er de små, der vælger at dyrke disse sportsgrene. Studier har vist, at også forældrene til gymnaster er mindre end gennemsnittet. British Jour Sports Medic 2002;36:13-15.

# Stor indsats for de små



*Caroline vil helst hvile hovedet mod højre, både når hun sover og sidder hos sin mor. Hendes kranie er da også allerede skævt, observerer børnefysioterapeut Tina Barløse, men det kan rettes op, fordi Caroline kun er tre måneder, og muskulaturen endnu ikke er blevet stram.*

**(REPORTAGE)** Selv erfarne mødre har god brug for råd fra en børnefysioterapeut, erfarer Tina Barløse, Hørning kommune. Mødregruppen får forebyggende besked om både skæve kranier, autostole, gode bevægelsesmønstre og fed mad

AF JOURNALIST CHARLOTTE RØRTH  
FOTO JONNA FUGLSANG KELDEN

■ Caroline er tre måneder, Tina er børnefysioterapeut, og de to mødes i mødregruppen, hvor Carolines mor, kontorassistent Charlotte Andresen, 31 år, og fire andre mødre med jævnaldrende børn i dag har det faste besøg af børnefysioterapeuten.

Som en af ganske få kommuner i landet har Hørning lidt uden for Århus ansat en børnefysioterapeut til at være en del af det forebyggende arbejde. Og selv om de fem mødre alle har børn i forvejen, er der rigeligt for Tina Barløse at fortælle om.

”Caroline er tydeligt skæv i hovedet,” siger hun til Charlotte Andresen. Carolines baghoved er fladere i den ene side. Håret er næsten slidt væk, og Charlotte var da også blevet opmærksom på problemet.

”Min store dreng, Nikolaj på tre, er stadig skæv. Han fik en bule på den ene side af hovedet under fødslen, som fik ham til at lægge sig på den anden side. Men i den kommune, hvor jeg boede før, fik jeg aldrig noget at vide om, at det kunne være skidt”, fortæller Charlotte Andresen og lytter årvågent til Tina Barløses råd.

”Sid med hende i den anden side. Læg også legetøjet, så hun skal dreje hovedet den anden vej. Hun er jo stiv og stærk og rank, og der er ikke noget med hendes muskler endnu, så hun skal nok rette det op hurtigt”, siger Tina Barløse og lægger sig ned ved siden af den lille og får hende til at rulle rundt.

”Der er mindst en i hver mødregruppe, der har et barn med et skævt kranie”, fortæller Tina Barløse og fortsætter:

”Men herude møder vi dem så tidligt, at deres muskler ikke når at blive så stramme, at de f.eks. skal udspændes, ligesom vi undgår, at muskler og kranier i værste fald tager varig skade”.

Charlotte er beroliget og fortæller, at netop de mange tilbud til de små, som f.eks. børnefysioterapeuten, har fået hende til at flytte til Hørning. Tre af de andre mødre nikker samstemmende, mens den sidste er barnefødt i området og ikke ønskede at flytte fra den lille landsby i hverdagsacceptabel afstand fra Århus og flere andre store byer i Midtjylland.

”Pasningsgarantien var nok det umiddelbart væsentligste argument, men der er ingen tvivl om, at det har været afgørende for vores familie, at kommunen har en børnefysioterapeut. Det vidste vi bare ikke, da vi flyttede herud, for da havde vi ikke Mette,” fortæller bankfuldmægtig Inge Lise Jacobsen, 35 år, som sidder med Mettes lillesøster Line i lyslilla dragt og store arbejdsglade ammekinder.

Mette er nu tre år og har Downs Syndrom. Siden hun blev født, har hun været i tæt kontakt med børnefysioterapeut Merete Randel, som Tina Barløse i øjeblikket er barselsvikar for.

”Det er også de små ting. F.eks. fik Mette et elastikbind om benene, så hun holdt dem samlet, når hun sad. For ikke så længe siden var vi sam-



men med en gruppe børn som hende. Hun var den eneste, der sad med benene lige ud," forklarer Inge Lise Jacobsen.

Merete Randel blev ansat som børnefysioterapeut i 1995, hvor politikerne oprettede en forebyggelsesafdeling og ansatte fagfolk som hende. De skal ikke alene sørge for, at børn med særlige behov som autister, udviklingshæmmede og fysisk handicappede kan blive i kommunen i stedet for at køre til behandling i de større byer. De skal også gerne finde og hjælpe børnene tidligst muligt, så deres vanskeligheder ikke bliver større end nødvendigt.

Flere kommuner gør i dag, hvad Hørning begyndte på for syv år siden, men kun forsvindende få udnytter oveni fagfolkernes ekspertise om forebyggelse til fordel for dem, der kaldes almindelige børn. Merete Randel - og her i mødregruppen i dag Tina Barløse - står til rådighed for både pædagoger, dagplejemødre, lærere og forældre.

"I kan bare ringe. Helt indtil jeres barn bliver 16 år. I behøver ikke have en henvisning," fortæller Tina Barløse til de ammende mødre.

Som altid i mødregrupper kommer der mange spørgsmål. Der kan være meget at være i tvivl om, selv om man har børn i forvejen. Som mor til tre døtre, hjemmegående Mette Skov Rasmussen, 26 år, hvis kusine i Tyskland ikke begriber, at Mette tør lade Kristine sove på ryggen for "så bliver de kvalt i deres gylp"?

"Jeg har aldrig hørt om det," fastslår Tina Barløse og orienterer om, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn sover på ryggen. For et par år siden anbefalede Styrelsen, at børnene skulle sove på siden i stedet for som før på maven. Det viste sig at mindske den frygtede vuggedød. Når det nu anbefales at lade dem sove på ryggen, er det for at undgå, at de triller om på maven, men der er endnu ikke kommet tal på, om også det hjælper børnene.

Mor til Nikolaj og Josefine på fem år, fuldmægtig Anette Degn, 40 år, kender en familie, hvor barnet hentes og sættes i autostolen og sidder der gennem hele køreturen, ved indkøb i supermarkedet, ved madlavningen og også får sin mad siddende i den for de voksne så handy stol. Flere af de andre har læst en avisartikel om emnet. Er de farlige, de stole?

"Nej, men I skal vende jeres øjne rigtigt. Se på jeres barn. Nogle skal nok give lyd fra sig, hvis de sidder skidt, andre hænger med hovedet," råder Tina Barløse og fortæller om nødvendigheden af at skifte stilling, så musklerne bliver brugt.

Mødrene distraheres kun kort af glade pludrende og slubrelyde. De hører nøje efter, når Tina går

ind i et lille foredrag om vigtigheden af at lade de små ligge på maven, så de lærer at kravle og får trænet de krydsbevægelser, der skal sikre samarbejdet mellem de to hjernehalvdele. Hun når også lige at opfordre dem til at ringe, hvis deres barn f.eks. kravler i pasgang eller ikke orker at kravle.

Spørgsmålet om fed mad bliver også berørt. Overraskelsen er stor hos flere, da Tina fortæller, at fedt er nødvendigt for at pakke nervetrådene ind. Og der gøres store øjne, da hun fortæller, at der er mange hypermobile børn.

"Min store pige er hypermobil, men fordi Merete Randel gjorde os så tidligt opmærksom på det, har hun aldrig været plaget af det", fortæller Anette Degn, der bl.a. efter Meretes råd holder ved svømningen som idrætsgren for datteren.

Sundhedsplejersken er den gennemgående person for hende, men at have en børnefysioterapeut så tæt på er en "perfekt balance", mener Anette Degn.

Dagens værtinde, social- og sundhedshjælper Bente Norsker, 35 år, runder af.

"Jo flere fagfolk, der siger noget til mig, jo mere tænker jeg over det, de siger".

## Originale 'Pezzi' bolde



Også til træning og øvelser.

TOFTEGAARD

Asminderødgade 42 A, 3480 Fredensborg

Tlf: 48 48 51 33, info@siddebold.dk, www.siddebold.dk



# Formand i krydsild

(LANDSMØDE) 100 tillidsrepræsentanter forsamlet til landsmøde benyttede lejligheden til at spørge formanden blandt andet om hans holdning til en sammenlægning med Ergoterapeutforeningen og hans indtryk af offentligt ansatte

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO CHRISTIAN ASBØL

■ "Hej Johnny – kunne det ikke være sjovt at stemme nej, ligesom sygeplejerskerne nok gør?"  
Det første spørgsmål, formand Johnny Kuhr trak op af den dertil opstillede champagnekøler,

tog udgangspunkt i forslaget til ny overenskomst, som tillidsrepræsentanterne havde brugt det meste af dagen til at få vendt og drejet.

Den korte udgave af Johnny Kuhrs svar lød, at det nok ikke var noget, man burde gøre bare for sjov, og han stak herefter armen i køleren spændt ventende på næste udfordring.

Dem var der mange af. De 100 tillidsrepræsentanter forsamlet til landsmøde i Fredericia den 10. april var ikke ligefrem mundlamme.

Formiddagen, og det meste af eftermiddagen blev brugt til opklarende spørgsmål og politiske kommentarer til overenskomsten. Spørgsmålene, der dagen igennem dumpede ned i champagnekøleren kunne i princippet handle om hvad som helst, og gjorde det også.

## TERAPEUTFORBUNDET

"Hvilke fordele er der – ud over administrative besparelser – ved en sammenlægning med ergoterapeuterne?"

Spørgsmålet kom ud af den blå luft, men var muligvis inspireret af overenskomsten, der jo for de to grupper stort set er nøjagtig ens.

Johnny Kuhr svarede uden at blinke, at der er mange fordele ved, at terapeutgruppen står sammen, men at der naturligvis også vil være tale om afgivelse af suveræniteten.

"Vi har kørt parløb på genoptræningsområdet, på uddannelsesområdet og i overenskomstforhandlingerne. Jeg går ind for et voksende samarbejde, og så må vi se, hvordan det bærer", sagde han.

"Du kommer fra praksissektoren. Er du blevet overrasket over de offentligt ansatte – deres forhold til faget, arbejdsvilkår, frustrationer osv.?" lød et andet spørgsmål.

Hertil svarede Johnny Kuhr, at processen med overenskomstforhandlin-



*En lettet forhandlingsleder Jan Erik Rasmussen glæder sig efter sin gennemgang af overenskomstforliget over, at den næste spændfuld spørgsmål er til formanden.*

indgang  
Tillidsrepræsentant-landsmødet fandt sted i Fredericia den 10. april 2002. Mødet var først og fremmest hellegit overenskomsten, der netop var sendt til urafstemning. En reportage fra den del af mødet kan læses på [www.fysio.dk/nyheder](http://www.fysio.dk/nyheder) (dateret den 11. april).



Det nye TR-råd med suppleanter. Fra venstre: Elsebeth Iversen, Pia Westhoff, Ida Stephens, Vanessa Swerdlhoff, Kirsten Ægidius, Birthe Bang Larsen, Charlotte Larsen, Odd Hovden, Jette Kildahl Hansen, Kirsten Thoke, Grethe Udbjerg og Sannie Jørgensen. Yderst til højre Christina Schou, der trak sig efter seks år i rådet.

gerne jo havde været helt ny og meget lærerig, men at der ikke har været tale om egentlige overraskelser. "Forskellen er ikke så stor", mente han.

### DET NYE TILLIDSREPRÆSENTANTRÅD

Et fast punkt på tillidsrepræsentantlandsmødet er valg til TR-rådet.

"Rådet mister 19 års erfaring", sagde Johnny Kuhr i sin tale til de tre medlemmer - Pernille Hoppe, Christina Schou og Anette Weigelt - der havde valgt ikke at genopstille.

Det efterfølgende valg foregik som fredsvalg, og det nye råd ser ud som følger:

*Geografisk valgte:*

*København:* Elsebeth Iversen (genvalgt for 2 år), suppleant Charlotte Larsen.

*Jylland:* Kirsten Ægidius (valgt for 2 år), suppleant Pia Westhoff,.

*Øerne:* Grethe Udbjerg (valgt for 2 år), suppleant Kirsten Thoke.

*Valgt efter overenskomstområde:*

*Amtsrådsforeningen:* Birthe Bang Larsen (valgt for 1 år pga. vakance), suppleant Jette Kildahl Hansen.

*Kommunernes Landsforening:* Odd Hovden (ikke på valg), suppleant Ida Stephens.

*HS:* Sannie Jørgensen (ikke på valg), suppleant Vanessa Swerdlhoff.

Hovedbestyrelsens repræsentant i TR-rådet er Lena Olsen. ■

Du kan nå Rehab 2002 Pleje & Omsorg i Fredericia Messecenter på under 2 timer.

20.000m<sup>2</sup> udstillings-areal med over 500 firmaer.

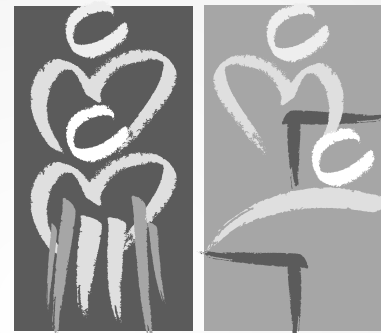
Konferencer, seminarer, workshops og emne-cafeer.

Der vises alt fra avanceret fagligt og teknisk udstyr til brugerens daglige nødvendigheder.

Messen er åben for alle dagligt fra 9-17 - gratis adgang mod registrering.

Rekvirer adgangskort på fax 7581 4605, tlf. 7581 4088 eller e-mail: info@forsorg-hospital.dk

## REHAB 2002 PLEJE & OMSORG



EQUAL OPPORTUNITIES

Nordeuropas største messe for hjælpemidler, pleje- og hospitalsartikler

Fredericia Messecenter  
14-15-16. maj 2002 . Daglig kl. 9-17

Få mere at vide på  
[www.forsorg-hospital.dk](http://www.forsorg-hospital.dk)

*Bevægelse og frihed*

**(BØRN)** Børn med lettere motoriske handicaps danser ballet. Undervisningen er hverken discount eller skjult behandling

AF ERGOTERAPEUT THEA PEARL  
FOTO MIKE KOLLÖFFEL

# Klassisk ballet for handicappede



If you can WALK,  
You can DANCE,  
If you can TALK,  
You can SING.

*Afrikansk ordsprog*

■ Sidste år startede jeg Danmarks - måske verdens - første klassiske ballethold for børn med lettere, motoriske handicaps.

Til daglig arbejder jeg som børneergoterapeut på Rigshospitalet, og i min fritid danser jeg ballet. For mig er de to ellers så vidt forskellige verdner tæt forenede. Jeg bruger til stadighed mine erfaringer fra det ene sted i det andet.

I min behandling af børn med et medfødt eller erhvervet handicap bruger jeg ofte balletteknikker. Ballet træner styrke, smidighed, koordination, balance, kropskendskab, rum og retning, koncentration og selvdisciplin. Alt sammen områder, som indgår i et træningsforløb for handicappede børn.

Og i balletsalen, bruger jeg min viden som ergoterapeut til at forstå ballettens principper og til at hjælpe andre med at korrigere deres bevægelser.

Igennem mange år drømte jeg om at kombinere mine to hovedinteresser ved at tilbyde balletundervisning til børn med lettere fysiske handicaps. Når jeg hjalp til med børnene på balletskolen, kunne jeg se, hvordan øvelserne kunne modificeres til "mine" børn på Rigshospitalet.

## FRA IDÉ TIL HANDLING

Idéen blev til virkelighed, da en af forældrene spurgte, om jeg kendte et sted, hvor hendes datter kunne gå til dans. Da sådan et sted ikke fandtes, betroede jeg hende min vision, og hun sagde, "Gør det!".

Det var egentlig det skub, jeg behøvede for at komme i gang. Men vejen fra idé til virkelighed har været en udfordring - med uforudsete hindringer. Heldigvis gik jeg bare målrettet frem og tog det, som det kom. Som en af mine venner udtryk-

te det, er jeg typisk amerikaner, som handler uden altid at tage højde for detaljerne (såsom penge, skattevæsen og lignende). Jeg kastede mig ud i mit projekt med krop og sjæl, og løste de konkrete problemer hen ad vejen.

Det vigtigste for mig var at kunne tilbyde børn med lettere, motoriske handicaps rigtig balletundervisning, og ikke noget som var hverken en discount-model eller skjult behandling. Dvs. de skulle have det samme tilbud som alle børn, der går på den skole, hvor jeg selv træner.

Det er en rigtig balletskole, med spejle, barre, omklædningsrum - og klaver! Indehaveren, Jette Muus, er forhenværende balletdanser og er uddannet balletpædagog, og hendes undervisning er professionel, pædagogisk og gennemtænkt. Fra de helt små børn til de store på tåspids er hver undervisningstime målrettet og tilrettelagt med henblik på, at fundamentet er i orden, før man går videre.

Jette Muus sørger for, at eleverne bruger kroppen rigtigt for bl.a. at undgå forkert belastning af leddene. Jeg har observeret hendes undervisning og suget til mig af hendes mange års erfaringer. Det er på dette grundlag, jeg gerne vil basere undervisningen af "mine" børn.

## DE VIL BARE GERNE DANSE

Jeg underviser børnene sammen med den anden lærer på skolen, Bitten Herbst. Som datter af Grethe Herbst, overfysioterapeut på Børneneurologisk Behandlingsklinik i Borgervænget, er Bitten opvokset med børnebehandling og er derudover en

**fakta** Thea Pearl, der har startet Danmarks eneste klassiske balletskole for børn med lettere motoriske handicaps kan kontaktes på telefonnummer: 3545 5094 (dag), el. 6130 2535 (aften).





dygtig danser og underviser, elsker at være sammen med børn og er en solstråle, som spreder varme og glæde omkring sig.

Yuka Ichikawa, en japansk klassisk pianist, spiller for os, og Yukas spil giver mulighed for en effektiv udnyttelse af undervisningstiden, børnene lærer rytme og takt og får forståelse for sammenhængen mellem musik og dans.

Bittens undervisning lærer børnene byggestenene i den klassiske ballet, mens børnene spejler sig i hendes lette og yndefulde bevægelser. Og jeg sørger for at børnene bevæger sig i de rigtige bevægelsesmønstre og giver dem en hjælpende hånd til at udføre bevægelser, som deres handicap ellers hindrer dem i.

For at børnene kan få maksimal, individuel støtte, er der kun 10 børn på et hold - ca. halvt så mange som på et almindeligt hold. Derfor skal der en økonomisk håndsrækning til for at dække underskuddet.

Takket være støtte fra flere fonde startede vi med ét hold den første sæson og udvidede til to hold i denne sæson. Vi håber at kunne tilbyde tre hold i den næste sæson.

Børnene arbejder hårdt og koncentreret i timen og går hjem og øver sig. Når man ser bort fra deres handicaps - og det gør man fra det øjeblik, de træder smukke og selvsikre ind i træningssalen, er disse børn ligesom alle de andre børn på balletskolen.

Da en af mine kolleger spurgte, hvordan børnene kan komme hver lørdag uden at miste begejstringen, kunne jeg bare svare, at de kommer, fordi de gerne vil danse ballet. Ligesom os andre. ■



Så prøv  
dog  
en!

Dynamo<sup>®</sup>  
Stol Aps 

Dynamo Stol ApS  
Postboks 162  
DK- 4000 Roskilde  
Tlf: (+45) 46 75 09 70  
Fax: (+45) 46 75 09 50  
e-mail: kontakt@dynamo-stol.dk

Besøg vores hjemmeside: [www.dynamo-stol.dk](http://www.dynamo-stol.dk)



# Resultat af repræsentantskabsvalget 2002

## 1. kreds, Hovedstadskredsen

Solvejg Pedersen  
Sanne Olesen Bjerregaard  
Gitte Astrup  
Tine Nielsen  
Charlotte Larsen  
*Suppleanter:*  
Ulla Kildall Hejbøl  
Per Norman Jørgensen

## 2. kreds, Københavns Amtskreds

Vibeke Laumann  
Agnete Tryde  
Lisbeth Ebbesen  
Anne Thomsen  
*Suppleant:*  
Annette Nicolaisen

## 3. kreds, Frederiksborg Amtskreds

Mai Amundsen  
Inger Malmer  
Marianne Stannum

## 4. kreds, Roskilde Amtskreds

Anna Frost  
Vibeke Nordqvist  
*Suppleanter:*  
Kirsten Dennis  
Lisbet Ploug

## 5. kreds, Vestsjællands Amtskreds

Lise Hansen  
Winni Kyed  
Karen Marie Nielsen

## 6. kreds, Storstrøms Amtskreds

Bo Andersen  
Anne Thomassen

## 7. kreds, Bornholms Amtskreds

Lone Skovgaard-Petersen  
*Suppleant:*  
Jens Borup Pedersen

## 8. kreds, Fyns Amtskreds

Charlotte Fleischer  
Lena Olsen  
Kirsten Thoke  
Ejner Thorsen

## 9. kreds, Nordjyllands Amtskreds

Lene Christoffersen  
Tina Lambrecht  
Lars Dahl Petersen

## 10. kreds, Viborg Amtskreds

Sinne Christensen  
Maila Pedersen

## 11. kreds, Århus Amtskreds

Thomas V. Hoffensetz Morsbøl  
Kirsten Ægidius  
Carsten Bugtrup Jensen  
Tine Mølholt Pedersen  
Kirsten Hansen  
*Suppleant:*  
Birte Tamberg

## 12. kreds, Ringkøbing Amtskreds

Bent Skovgaard Hansen  
Birgitte Husted  
Kirsten Pedersen

## 13. kreds, Vejle Amtskreds

Mette Bruun  
Inge Nordheim  
Mogens Heise Olsen

## 14. kreds, Ribe Amtskreds

Brian Errebo-Jensen  
Hans Kristian Godske  
Bente Jørgensen

## 15. kreds, Sønderjyllands Amtskreds

Karen Berggren  
Inger Stovgaard  
*Suppleanter:*  
Jette Ottosen (har siden trukket sig)  
Anne Marie Hjort

## 16. kreds, Færøerne

Der skal først være valg i maj måned.

Samlet antal stemmeberettigede  
medlemmer ..... 3.385

Samlet antal indsendte  
stemmesedler ..... 1.345

Samlet stemmeprocent ..... 39,7

# Ikke flere vederlagsfri patienter

Det kan da ikke være fysioterapeuters opgave at være vagthund for, om lægerne overholder overenskomsten

## DEBATINDLÆG AF:

Birthe Stahmer Hansen, Them Klinik for Fysioterapi

Man skal læse meget inden øjnene falder ud; men det var da godt nok lige før, da man må se i det af DF udsendte brev og på hjemmesiden, at Sygesikringens Forhandlingsudvalg i fulde alvor vil have de praktiserende fysioterapeuters honorarer nedsat. Årsagen er, at den økonomiske ramme er overskredet.

Jamen, hvis skyld er da det? Hvis der, som meget tydeligt antydet, er kolleger, der svindler, kan vi ikke være uenige om, at de skal stoppes, og det må da være amternes opgave at styre den slags, da de er de eneste, som har indblik i betalingen for ydelserne.

Som skatteborgere kan vi ikke blive uenige om, at svindel bør stoppes, skønt det burde have været gjort allerede i opstarten og i særdeleshed over for de skyldige. Selvfølgelig straffer man ikke kollektivt en bestemt befolkningsgruppe, hvis der findes enkelte brodne kar, vel?

Selv har jeg vanskeligt ved at forstå, hvordan man kan svindle. Hvis det virkelig viser sig, at nogle klinikker svindler, må der jo være en læge bagved, som deltager i svindlen, idet vedkommende skal underskrive undtagelses- og statusredogørelser efter 24 behandlinger, og det samme skal patienten. Hvis ikke disse to kontrolinstanser anses for troværdige af Sygesikringens Forhandlingsudvalg, er det da helt til grin, at vi skal spille tid på at udfylde dem!

Man bør slå ned på dem, der muliggør, at uberettigede får behandling. De meget opstrammede regler, som den nye overenskomst foreskrev

- nemlig at kun svært handicappede er berettigede til behandling - er ikke klart nok beskrevet til, at budskabet er nået ud til de henvisende instanser, nemlig læger og speciallæger. Undertegnede har måttet afvise patienter, som var stillet gratis fysioterapi i udsigt af speciallæger, skønt patienterne hverken havde funktionsproblemer eller svære handicaps, men blot en diagnose, der tidligere var berettigende til vederlagsfri fysioterapi. Det kan da ikke være fysioterapeuters opgave at være vagthund for, om lægerne overholder overenskomsten!

Slutteligt bør overenskomsten være så klart formuleret, at enhver kan forstå at overholde den. Det kunne være ved at skrive, at det kun er øvelsesbehandling, staten vil betale for; at vi eksempelvis ikke må lægge hånd på patienterne og lave manuelle behandlinger, hvilket jeg synes at læse mellem linjerne; men klart og tydeligt står det ikke. Disse øvelser skal også helst foregå på et hold, forstår jeg. Jamen, så skriv da klart, hvad det er, Sygesikringen vil betale for.

Vores formand i DF, Johnny Kuhr har også nævnt på et møde, at vi ikke må tage os af smertebehandling - dette betragtes som et kemisk problem og skal løses som sådant, altså ved medicin. Så skriv det da, så læger, speciallæger og patientforeninger også forstår det.

Endelig kunne Sygesikringen jo tilbyde et ganske bestemt og begrænset antal behandlinger - i forvejen har de jo forringet tidsrummet, som patienterne kan få behandling i. Så var der ikke megen mulighed for den påståede svindel med finanserne.

Jeg kan hermed bebude, at såfremt dette gennemtromles trods DF's og de praktiserende fysioterapeuters protest, vil jeg ikke længere behandle vederlagsfri patienter. Jeg føler, vi er blevet virkelig nedladende og arrogant behandlet som faggruppe, og jeg vil meget tydeligt anbefale og bakke op om en opsigelse af overenskomsten.

Se mere debat vedrørende honorarnedsættelsen på [www.fysio.dk/debat](http://www.fysio.dk/debat)

Skriv så **kort** som muligt. Redaktionen forbeholder sig ret til at returnere eller forkorte lange indlæg.

Debatindlæg skal afleveres på print eller som worddokument.

Materiale sendes på email: [redaktionen@fysio.dk](mailto:redaktionen@fysio.dk) eller med post til: Fysioterapeuten, Nørre Voldgade 90, 1358 København K.

**Fysioterapeuten nr. 9 udkommer 13. maj.**

**Deadline for debat: 30. april kl. 12.00.**

# Ny struktur med søjler

## Fraktionen af praktiserende har hentet inspiration hos Lægeforeningen

### DEBATINDLÆG AF:

Formand for bestyrelsen af praktiserende fysioterapeuter, Per Friis Madsen

I forbindelse med foreningens glimrende projekt „DF - din forening“, opfordres vi alle til at komme med forslag til hvordan 33 millioner medlemskroner bør forvaltes. Bestyrelsen for fraktionen af praktiserende fysioterapeuter har følgende forslag:

Bestyrelsen mener ikke, at vi skal dele foreningen - som f.eks. tandlægerne, der har en forening primært for praktiserende tandlæger og en forening for offentligt ansatte tandlæger. Derimod tror vi på en model inspireret af lægernes organisation.

Vi ønsker en organisation, der i langt højere grad end i dag, er i stand til at udnytte foreningens ressourcer, både de økonomiske og menneskelige. En forening, hvor de der træffer beslutningerne også er dem, der har indsigt og hjerteblod i det konkrete område. En forening hvor vi på andre områder træffer beslutninger på tværs af de nye søjler. En forening, hvor medlemmer, der kontakter foreningen altid får en opdateret og områdespecifik sekretariatsmedarbejder.

En forening bestående af f.eks. to søjler: Offentligt ansatte fysioterapeuter og Praktiserende Fysioterapeuter samt en fællesbestyrelse eller forretningsudvalg bestående af repræsentanter fra de enkelte søjler.

Lægeforeningen består af fire selvstændige foreninger med hver sin organisation, ofte kaldet for „søjlerne“. De yngre læger har deres egen forening, FAYL, Foreningen af Yngre Læger, overlæger, praktiserende speciallæger og læger i ledende stillinger er organiseret i FAS, Foreningen af Speciallæger, og de praktiserende læger er organiseret i P.L.O., Praktiserende Lægers Organisation. Den fjerde forening, Den Almindelige Danske Lægefor-

ening, DADL, er paraplyorganisation for de tre delforeninger med en hovedbestyrelse, der er sammensat af repræsentanter for delforeningerne, og en formand, der er valgt direkte af repræsentantskabet. Tilsammen udgør de fire foreninger Lægeforeningen. Hver af søjlerne har egen bestyrelse og egen forhandlingsret. Et medlem af Lægeforeningen hører automatisk til lægekredsforeningen i det område, hvor lægen har sit hovedarbejdssted. Der er en lægekredsforening i hvert af landets 14 amter.

Lægekredsforeningerne rådgiver de lokale myndigheder om lægelige spørgsmål og sørger for at opretholde gode kollegiale forhold samt koordinerer de tre medlemsgruppers aktiviteter lokalt.

Nuværende har DF en fuldtids-betalt fagpolitiker (formanden), og et sekretariat med mere end 30 ansatte.

Sekretariatet gør et godt stykke arbejde, men med den fordeling bliver

det alt for nemt "embedsfolk", der præger DF's politik. Det er helt uhensigtsmæssigt, når vi i dag har en Hovedbestyrelse, hvoraf ca. halvdelen har deres arbejdsliv i praksissektoren, og de f.eks. skal være medbestemmende for, hvordan DF's politik er for Ny løn og andre overenskomstmæssige spørgsmål for foreningens offentligt ansatte. Hvor længe vil offentligt ansatte fysioterapeuter finde sig i det?

Vi skal have en struktur, hvor de, der tager beslutningerne, har området helt oppe under neglene. Repræsentanter for praksissektoren træffer beslutninger, der er sektorspecifikke for praksissektoren, og ditto for f.eks. hospitalssektoren.

Den konkrete diskussion om, hvilke områder der skal placeres under de enkelte søjler, og hvilke områder der skal sortere under en fællesbestyrelse, må næste fase af forslaget byde på. Men umiddelbart mener vi, at fagbladet, grunduddannelsen og etiske spørgsmål er eksempler på opgaver, der hører til det fælles gods. Overenskomstspørgsmål, tillidsmand/kontaktperson, uddannelse og sektorspecifik sagsbehandling/rådgivning er eksempler på områder, der skal sortere under de enkelte søjler.

Vi er overbeviste om, at de 33 millioner kroner, som medlemmer af DF årligt indbetaler, vil blive langt bedre udnyttet ved en ny opbygning af DF's organisation. Vi opfordrer til, at DF's Repræsentantskab i november 2002 træffer beslutninger, der peger i denne retning.



Læs mere debat om "DF - Din Forening" på [www.fysio.dk/debat](http://www.fysio.dk/debat)

# Specialisering på DF's præmisser

Vi vil ikke være specialister i muskuloskeletal fysioterapi, vi vil være specialister i idrætsfysioterapi

## DEBATINDLÆG AF:

Birgith Andersen, Bestyrelsesmedlem i Fagforum for Idrætsfysioterapi

Hvor er det dejligt, at der er kommet skub i specialiseringen. Det har været en lang og sej vej for Danske Fysioterapeuter, men også for faggrupperne.

I Fagforum for Idrætsfysioterapi har vi i mange år som Faggruppen for Idrætsfysioterapi arbejdet frem mod en specialisering inden for vores speciale i fysioterapien. Siden 1996, hvor rapporten "Specialisering i fysioterapi" kom, har vi været klar til at starte op på processen "specialisering i idrætsfysioterapi" og har ønsket at gøre det i samarbejde med Danske Fysioterapeuter.

Vi ønskede i vores naivitet et samarbejde, som var ligeværdigt, dynamisk og gensidigt, men har måtte sande, at vil man samarbejde med vores hovedorganisation (som man skal være medlem af for at kunne være medlem af en faggruppe!) bliver det på deres præmisser, og når det passer ind i deres kram!

Det samarbejde, vi har oplevet, har indtil nu været præget af, at DF har holdt kortene tæt til kroppen, og der burde have været "dømt nøl" for henholdenhed og mangelfuld information for lang tid siden. DF tenderer til at være en modspiller og ikke medspiller, sådan som jeg ser det.

Vi er i Fagforum for Idrætsfysioterapi blevet spurgt, om vi vil deltage i en ad hoc gruppe under Specialistrådet. Det har vi sagt ja tak til, da vi gerne vil samarbejde med DF og de andre faggrupper. Det, vi bare ikke vil, er at være specialister i "muskuloskeletal fysioterapi".

Nej, vi vil være specialister i idrætsfysioterapi. Så må MT fysioterapeuterne for min skyld gerne blive specialister i muskuloskeletal fysioterapi, hvilket jo også passer fint til deres nye navn. Det kunne jo også være, at

de to andre faggrupper (McKenzie og GynObs grupperne), som af DF er blevet placeret i den samme ad hoc gruppe som Fagforum for Idrætsfysioterapi, hellere ville være specialister i deres område. Jeg synes det kunne være rigtig godt med et samarbejde mellem faggrupperne, men på gruppernes - og ikke DF's - præmisser.

I december 2000 skrev DF's formand Johnny Kuhr i sin leder i DF nr.21:

*"Faglige områder, der omfatter brede fagfelter, eksempelvis neurologi, gynækologi og obstetrik kan anmode om at blive omdøbt til fagfora".*

*"Men set i sammenhæng med oprettelsen af Specialistrådet er signalet til faggrupperne, at Danske Fysioterapeuter ønsker, at de brede fagfora skal repræsentere de kommende specialer.*

*Samtidig er hensigten at styrke den faglige udvikling på de enkelte områder ved at samle viden og kompetence inden for et bredt arbejdsområde eller fagfelt".*

*"En anden afgørende forudsætning for udviklingen af en specialistanerkendelse for fysioterapeuter er, at uddannelsesstilbudene findes".*

Faggruppen for Idrætsfysioterapi er nu blevet Fagforum for Idrætsfysioterapi og har et Kursusudvalg, som bevidst har arbejdet på at gøre vores uddannelsesstruktur klar til at imødegå specialiseringen.

Så, hr. formand Johnny Kuhr! Vi er klar til et Speciale i Idrætsfysioterapi!

I bekendtgørelsen om fysioterapeutuddannelsen står i kap. 1:

*Uddannelsens formål og varighed*  
§ 1. Formålet med fysioterapeutuddannelsen er at kvalificere de studerende til efter endt uddannelse at fungere selvstændigt som fysioterapeut og herunder indgå i et tværfagligt samarbejde. Uddannelsen skal kvalificere de studerende til at kunne planlægge, udføre, evaluere og dokumentere fysioterapeutiske opgaver inden for sundhedsfrem-

me, sygdomsforebyggelse, behandling, habilitering, rehabilitering og faglig udvikling, så de studerende herved opnår handlekompetence inden for det fysioterapeutiske professionsområde.

Kigger man på ovennævnte paragraf bliver det tydeligt, at Specialistrådet og Danske Fysioterapeuter tager mest udgangspunkt i rehabiliteringen i det, de betegner som "kerneområder". Hvad med habilitering og sundhedsfremme i den sunde og raske del af befolkningen – dem som endnu ikke belaster sundhedsvæsenet? Det er en gruppe, som idrætsfysioterapeuter også henvender sig til.

Det kunne se ud, som om der er taget mere udgangspunkt i sundhedssektorens og arbejdsgivermæssige behov end i vores faglige stolthed som fysioterapeuter med et ønske om at specialisere os og dermed kunne øge og udvikle vores kompetencer i vores specielle del af faget.

Der kan vist ikke herske nogen tvivl om, at idrætsfysioterapeuter har været med til at synliggøre vores fag for befolkningen, og nu er Team Danmark også begyndt at annoncere efter idrætsfysioterapeuter.

Vi er en gruppe, som arbejder med habilitering og rehabilitering i forhold til vores brugere. Vi arbejder inden for et bredt fagfelt og på et område, hvor vi har fået en høj status for vores faglige kompetence og et godt samarbejde med bla. læger. Dette på trods af, at vi som faggruppe er i konkurrence med andre faggrupper, der ønsker at give behandlingstilbud til vores målgruppe.

Vi er en faggruppe som har været i stor vækst og nu er en af de største faggrupper i Danske Fysioterapeuter.

I Fagforum for Idrætsfysioterapi har vi ressourcepersoner i forhold til specialiseringen generelt og specifikt.

Specialistrådet har nu besluttet, hvilke områder de ville anbefale som





- de første specialismråder, og DF har godkendt det. Men, hvordan er det farvet af de personer, som sidder i Specialistrådet og deres interesseområder, og hvad er medlemmernes respektive bagland? Som er med til at sikre, at deres valg er på plads?

**SVAR FRA:**

Formand Johnny Kuhr

Tak for indlægget og for jeres ihærdige arbejde som fagforum og interessenter i udviklingen af specialer i fysioterapi. Der skal ikke herske tvivl om, at DF ønsker et tæt samarbejde om udviklingen af specialismrådet.

Det er meget forståeligt, at I med jeres store viden, erfaring og mange kontakter i idrætsverdenen har utålmodighed med hensyn til at kunne opnå godkendelse som specialister i idrætsfysioterapi. Det kan I heldigvis snart.

Udviklingen til en færdig specialistordning i Danske Fysioterapeuter har haft sit demokratiske og tidskrævende forløb. Udarbejdelsen af specialistordningen har kørt sideløbende med udmøntningen af sundhedsuddannelsesreformen, hvis formelle kvalifikationer ordningen bygger på, jvf. anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen til os. Adgang til formel efter- og videreuddannelse må ligge til grund for en godkendelse i Danske Fysioterapeuters Specialistråd, altså en godkendelse, der i første omgang ikke har formel godkendelse hos sundhedsmyndighederne.

Specialistrådet, udpeget af DF's Hovedbestyrelse, har haft som opgave at varetage udarbejdelsen af ordningen, med det konkrete kommissorium at uddannelseskrav, kompetencebeskrivelser og områder ligger fast. Dernæst knyttes nu ad hoc grupperne til det videre arbejde: Udviklingen af de specifikke kompetencebeskrivelser; i denne omgang de første to specialismråder. Beskrivelserne har betydning for ordningens udvikling, så den kan svare til medlemmers og fagforas krav og interesser. Beskrivelserne skal indgå i den færdige specialistordning.

Dit indlæg tager hul på en debat om valget af specialismråder. I forhold til dette er det vigtigt at gøre opmærksom på, at specialismråderne er valgt som brede vidensområder, så de tilsammen dækker store vidensfelter i faget fysioterapi. Som profession vil vi gerne være kendt som et fag, der har specialistfunktioner inden for vidensområder, der dels kendetegner fysioterapi, dels er kendt som evidensbaserede områder, og dels er sundhedspolitisk vigtige. Vi ønsker, at uddannelse og anerkendelse af specialister i fysioterapi kommer til at bidrage til udvikling af såvel fagets vidensgrundlag som de specielle vidensområder.

Inden for vidensområderne er det tanken, at der i Specialistrådet gives anerkendelse som specialist med beskrivelse/specialistbetegnelse af de specifikke fysioterapiområder, f.eks. specialist i gynækologisk/obstetrisk fysioterapi inden for muskuloskeletal fysioterapi, eller specialist i hjerte-kar-sygdomme – inden for rehabilitering. Også denne udvikling forventes ad hoc grupperne at medvirke til.

En af de meget gode grunde for Specialistrådet til at vælge brede områder er, at vi med specialistordningen ønsker at følge, hvilke uddannelsesforløb universiteter og CVU'er vælger at udvikle. Specialistrådet ønsker, at det ad mange veje i videreuddannelsessystemet skal være muligt for fysioterapeuter at kvalificere sig til specialist inden for det område, man er i gang med at udvikle.

En anden god grund til at vælge de brede områder har været erfaringer fra de lande, der allerede har haft en ordning i flere år, Sverige, Norge, England. Det viser sig, at selvom der har været opslået mange, op til 18, særlige områder, så har vægten af ansøgninger samt godkendelser fra myndigheder lagt sig på de samme 6-7 hovedområder af fysioterapifaget. I Norge har ordningen f.eks. udviklet sig sådan, at 6 forskellige fagområder beskrives som specialer i „rehabilitering inden for...“. Med re-

habilitering, der p.t. udvikler sig som tværfagligt videnskabsfelt, har vi fundet dette som et område, der kendetegner fysioterapi med specifikke underområder af fysioterapi.

De valgte specialismråder er Muskuloskeletal fysioterapi, Neurofysioterapi, Børnefysioterapi, Geriatrik og gerontologisk fysioterapi, Psykiatrik og psykosomatisk fysioterapi, Forebyggelse og sundhedsfremme/sundhed og miljø, Rehabilitering. Efter megen debat er disse valgt som mest holdbare. Specialistrådet har samtidig besluttet løbende at udvikle og forandre områderne i relation til medlemmernes og sundhedsvæsenets behov og funktioner.

Som Fagforum for Idrætsfysioterapi er I blevet bedt om at indgå i en ad hoc gruppe, der skal beskrive de specifikke kompetencekrav til specialismrådet muskuloskeletal fysioterapi. Inden for dette vidensområde vil der kunne godkendes specifikke områder, f.eks. specialist i idrætsfysioterapi. Fordelen ved at blive inddraget som specialist på det muskuloskeletale område skulle gerne blive, at man har specialistbetegnelse inden for et bredt videns- og kompetenceområde, samt at det tages for givet, at viden fra et specifikt område kan overføres til andre inden for samme vidensområde. Det muskuloskeletale vidensområde er bredt og forventes beskrevet med specifikke kompetencer der, som svar på dit indlæg, også vægter rehabilitering og sundhedsfremme.

Vi glæder os til det videre samarbejde om specialisering. ■

Se mere debat om specialisering på [www.fysio.dk/debat](http://www.fysio.dk/debat)