

Nr. 14/august/2002

84. årgang



Spring ud i det

Fysioterapeut Lars Dalhoff har ikke tid til at vente på, at der bliver skabt plads til fysioterapeuterne i arbejdet med sundhedsfremme. Han gør det selv.
Side 14

Fysioterapeuten www.fysio.dk

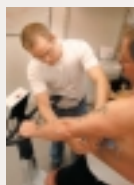


Hjertet skal trænes

■ Hjertepatienter kan ved at forbedre deres kondition få en bedre prognose. Læs i dette og næste nummer om rehabilitering af hjertepatienter. Side 4

Artikler

Tema om hjertet



I dette og næste nummer af Fysioterapeuten er der fokus på hjertepatienter. Læs i dette nummer om fysisk træning, et pionérprojekt på Bispebjerg og om kostens betydning.

4

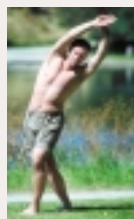
Spring ud i det



Fysioterapeut Lars Dalhoff har ikke tid til at vente på, at der bliver skabt plads til fysioterapeuterne i arbejdet med sundhedsfremme. Han gør det selv.

14

Udspænding af tractus iliotibialis



Effekten af tre forskellige udspændingsprocedurer appliceret på tractus iliotibialis er blevet undersøgt.

18

Varme lindrer smerter



Et større studie af høj kvalitet har vist, at kontinuerlig varme giver bedre smertelindring end Ibuprofen og acetylsalicylsyre til patienter med akutte lændesmerter.

20

Udviklingshæmmede børn på fodboldskole

FOTO: BENT GAARSTED PETERSEN



■ 30 udviklingshæmmede drenge brugte en uge i sommerferien på at være på fodboldskole. Dansk Handicap Idrætsforbund, der har idræt for udviklingshæmmede som særligt satsningsområde, stod for fodboldskolen. Handicapidrætskonsulent og fysioterapeut Jesper Hviid fortæller, at mange børn med specielle indlæringsvanskeligheder holder af at spille fodbold, men har svært ved at klare sig på de almindelige fodboldhold.

Ugen bød på teknikøvelser, småspil og kampe, og alle børn bestod den særlige Special Olympics teknikprøve, som er tilpasset fodbold for udviklingshæmmede. Ungdomslandsholdet for udviklingshæmmede var for nylig i Sverige, hvor de bankede svenskerne 7-0.

Det faste

Aktuelt	7
Fysnyt	8
Fysio.dk	10
Opslagstavlen	13
Værktøjskassen	17
Litteratur	22

Lederne i centrum

Lederne skal have et løft. Det var det klare budskab fra repræsentantskabsmødet i efteråret 2000. Og der skal udarbejdes en strategi for, hvordan Danske Fysioterapeuter som organisation kan varetage lederernes interesser og behov på bedste vis. Det var opgaven som blev udstukket af repræsentantskabet ved samme lejlighed.

Siden har Danske Fysioterapeuter arbejdet på at få løst de udstukne opgaver. Samarbejdet med lederernes fraktioner er blevet udvidet, grundkurserne for fysioterapeuter i ledende stillinger er blevet moderniseret og sekretariatet tilbyder direkte assistance, når lederne skal forhandle egne løn- og ansættelsesvilkår. Det er blot nogle af de områder, hvor indsatsen er blevet styrket de seneste år.

Lederne har også været i centrum i projekt DF-Din Forening, hvor ledelse var et af fire temaer, som er blevet diskuteret bredt i medlemsskaren de seneste år. Når så mange menige medlemmer har valgt at sætte ledelse til debat, er det udtryk for, hvor vigtig ledelse og lederens rolle er i dagligdagen. Både for de arbejdsforhold, de enkelte fysioterapeuter arbejder under, og for, hvordan faget bliver repræsenteret og vurderet såvel internt i sundhedsvæsenet som bredt i befolkningen. Budskabet fra DF-Din Forening er da også, at det er vigtigt at gøre en særlig indsats over for lederne.

Det er også den røde tråd i det udkast til en lederstrategi, som repræsentantskabet vil blive præsenteret for til efteråret. Her lægges der netop op til, at der skal "kæles" for lederne - samtidig med, at der stilles krav til gruppen. For kun ved både at have høje forventninger til og yde god service over for lederne, kan vi som forening være med til at nå de opstillede mål.

Nemlig at få velkvalificerede ledere, der kan fastholde og udvikle de fysioterapeutiske arbejdspladser, i en tid hvor økonomien klemmer sundhedsvæsenet, samtidig med at der i stadig større omfang er brug for den fysioterapeutiske kompetence og viden i bestræbelserne på at forbedre folkesundheden.

Og at give flere menige fysioterapeuter lyst, mod og kompetencer til at søge de udfordringer, der ligger i at tage et lederjob. For det vil i stort omfang være med til at give sundhedsvæsenet et løft.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter



FORSIDE: PIA HANSEN

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 Grafisk A/S

Redaktionspanel:

Birte Carstensen
Sine Secher Marcussen
Lene Løchte
Susanne Sternberg
Iben Baadsgaard
Hanne Albert
Hanne Morthorst
John Verner
Janne Mørch
Christian Coupe
Ulla Mulbjerg
Poul Henriksen
Jeanette Præstegaard
Karen Thøgersen
Nina Beyer
Jette Christensen
Bente Holm

Fysisk træning er en effektiv behandling



(EVIDENS) Hjertepatienter, der forbedrer deres kondition, får en bedre prognose. Træningen skal individualiseres og målrettes, og der skal tages hensyn til træningsmængde og intensitet. Indholdet i træningen skal tilrettelægges, så patienten fortsætter med at være aktiv efter behandlingsforløbet

AF THOMAS VILLADSEN, BISPEBJERG HOSPITAL
FOTO HEIDI MAXIMILING

Fysisk træning er en effektiv behandling af hjertesygdom. Medicinsk superviseret træning har vist sig at kunne forbedre livskvaliteten, reducere mortaliteten (1,2), mindske åreforkalkning i koronar arterierne (3), mindske pludselig død (4), nedsætte dødelig reinfarkt (5), mindske hjertets arbejdsbetingede pumpedefekter (6) nedsætte graden af bevægelsesrelateret angina pectoris (7), øge andelen af patienter som kan forblive på eller vende tilbage til deres arbejde (8) og sidst, men ikke mindst, øge maksimal iltoptagelse og som resultat mindre risiko for død (9). Artiklens forfatter er blandt oplægsholderne på DF's temadage om sundhed, sygdom og livsstil den 11. 13. november.

Der bør i dagens sundhedsvæsen ikke herske tvivl om fysisk aktivitets positive effekt og betydning i forebyggelsen af hjerte-, karsygdomme. Desværre sker det alt for ofte, at sundhedssystemet undlader at tilbyde fysisk aktivitet som behandling.

De fleste patienter har en lang sygehistorie bag sig i form af konsultation hos egen læge eller anden kontakt med sundhedsvæsenet, og her har sundhedssystemet ikke været godt nok til at identificere og behandle højrisiko patienter med for eksempel hypertension, overvægt, claudicatio intermittens, type-2 diabetes, metabolisk syndrom etc. En tidlig indsats vil med stor sandsynlighed betyde, at færre skal behandles med invasiv kirurgi, og man kan målrette indsatsen og ressourcerne på virkelig hårdt ramte hjertepatienter.

INAKTIVITET ER EN RISIKOFAKTOR

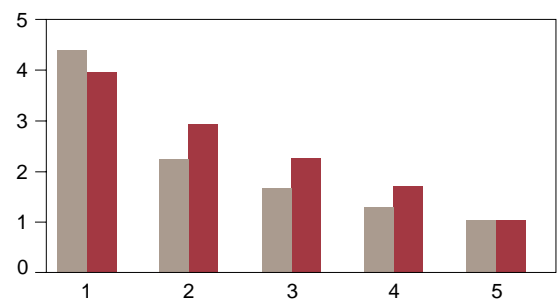
Fysisk inaktivitet er en risikofaktor, som har stor betydning for udvikling af kardiovaskulær sygdom. Et nyligt publiceret studie af Myers et al. 2002 viste, at mennesker med en maksimal iltoptagelse (VO_{2max}) på under 5 METs (17.5 ml/kg/min) havde en markant øget risiko for tidlig død sammenlignet med dem, der kunne præstere > 12 METs (42 ml/kg/min) (fig.1).

Man fandt i studiet, at 1 MET stigning i træningskapacitet (exercise capacity) modsvarede af 12 % øget overlevelse. De samme forhold fandtes i subgrupper med sygdomme og tilstande som: Hypertension, COLD, type-2 diabetes, rygning, BMI >30 og total kolesterol >5.

Patientens træningskapacitet var en selvstændig tilstand uafhængig af risikofaktorer eller etableret kardiovaskulær sygdom. Patienter, som er i stand til at øge træningskapaciteten over tid, forbedrer de-

res prognose (1 MET = 12 % øget overlevelse). Det betyder, at en relativ høj grad af fitness ved baseline og en forbedring over tid trods et lavt udgangspunkt mindskede risikoen for død af alle årsager.

Efterhånden er der mange studier, som viser, at fysisk træning har en stor betydning næsten uanset udgangspunkt, alder, køn eller diagnose.



Figur 1. Aldersjusteret relativ risiko for død af alle årsager i forhold til kvintiler for maksimal iltoptagelse hos normale og hos personer med anamnestic kardiovaskulær sygdom (Myers et al).

1. Kvintil: 1.0 - 4.9 METs, 2. Kv.: 5.0-6.4 METs, 3. Kv.: 6.5 - 8.2 METs, 4.Kv: 8.3-10.6 METs og 5. Kv.: + 10 METs.

TRÆNINGSKAPACITET

Patienter med diagnoser som angina pectoris, akut myokardieinfarkt, kompenseret hjertesvigt, nedsat venstre ventrikelfunktion og patienter med hjertetransplantation, by-pass /ballonudvidelse opnår alle god effekt på træningskapacitet efter deltagelse i hjerterehabilitering (10). Maksimal iltoptagelse måles typisk ved en arbejdstest med EKG-afledning, hvor maksimale watt opnået på ergometercykel eller gangbånd kan omregnes til en estimeret maksimal iltoptagelse og relateres til vægt (kondital). VO_{2max} kan øges uden alvorlige kardiovaskulære komplikationer, hvis basale sikkerhedsregler varetages (11). En direkte arbejdstest, som måler gasudveksling ville dog være at foretrække, men der er endnu ikke tradition for en sådan test af hjertepatienter i Danmark.

VALG AF AKTIVITETER

Normale aktiviteter som gang i fladt terræn i roligt vejr, almindeligt havearbejde og cykling i moderat tempo kan alle holdes inden for 4 METs (14 ml/kg/min) (12). Hvis man gerne vil øge trænings-



Fysioterapeut Thomas Villadsen måler hjertepatienternes træningskapacitet ved at benytte EKG-afledning. Det maksimale antal watt opnået på cykel eller evt. gangbånd kan herefter omregnes til en estimeret maksimal iltoptagelse.

kapaciteten kan man øge belastningen og supplere med trappegang (13). Et par gange til 1.- 4. etage dagligt vil være tilstrækkeligt. På denne måde kan næsten alle patienter med en hjertediagnose (gælder dog ikke patienter med kronisk hjertesvigt), NYHA-klasse 4 (New York Heart Associations klassificering af funktionel kapacitet) øge deres træningskapacitet betragteligt. Trappgang og gang i kuperet terræn er aktiviteter, der træner både kondition, styrke og øger tolerancen over for perifer træthed i underekstremiteterne.

Når der trænes, er det mest hensigtsmæssigt at anvende korte, mange og lav anstrengende intervaller. Intervalmetoden med let intensitet har den fordel, at den vil være meget let at adaptere til dagliglivet.

De fleste patienter skal lære værdien af korrekt intensitet og hyppige pauser. Mange hjertepatienter med lav træningskapacitet, som knap kan klare at gå 200 meter i langsomt tempo, kan ved at vælge den

rigtige metode uden nævneværdige problemer klare at gå fem gange til 2.-3. etage og føle, at de for første gang i lang tid mestrer en lettere anstrengende daglig fysisk aktivitet.

Dagligdags fysiske aktiviteter som at gå på trapper er altså i langt de fleste tilfælde fuldt tilstrækkelige som øvelsesvalg. Patienter med relativ høj træningskapacitet >8 METs og patienter med styrkebetonet arbejde for overekstremiteten kan inddrage styrketræning og mere idrætslige aktiviteter.

Man kan dog også være for fysisk aktiv, derfor bør en risikovurdering altid inddrages i planlægning af fysiske aktiviteter for hjertepatienter.

Specielt mænd i fyrrerne kan gå fra at være sofafytter til at blive triatleter over en nat. Her er det nødvendigt med en særdeles stram styring af deres fysiske aktivitetsniveau, da de let kan komme til at skade sig selv.

I modsatte ende af skalaen finder vi den ældre dame med rollator, som ikke kan lide at svede.

MET (Metabolic Equivalent): forholdet mellem energistofskiftet i hvile og under aktivitet. 1 MET svarer til energistofskiftet i hvile og angives som 1 kcal/kg/time.

1 MET kan også angives som $\text{mlO}_2/\text{kg}/\text{min}$, hvor 1 MET er $3,5 \text{ ml O}_2/\text{kg}/\text{min}$

The Compendium of physical activities Tracking Guide indeholder MET tal for forskellige aktiviteter. Kompendiet kan downloades som PDF fil.

Ainsword BE, januar 2002. The Compendium of physical activities Tracking Guide. Prevention Research Center, Norman J. Arnold School of Public Health, University of South Carolina. Retrieved [date] from the World Wide Web: http://prevention.sph.sc.edu/tools/compendium_tracking.pdf

Yderligere information

Der er oprettet en netværksgruppe for fysioterapeuter, der er interesserede i hjerterehabilitering: www.groupcare.dk > sundhed og samliv > fysioterapi > Hjertefysioterapi.

I dette netværk er der mulighed for at få og videregive informationer, udveksle viden, oprette database etc.

For yderligere informationer:

Thomas Hvass Villadsen: thv01@bbh.hosp.dk.

► Hun må på alle tænkelige måder tilskyndes til at øge anstrengelsesgraden inden for sikkerhedsgrænserne.

RISIKO VED FYSISK AKTIVITET

Der er både fordele og ulemper ved fysisk aktivitet og udfordringen er at tilbyde en sikker træning, hvor fordelene optimeres og ulemper minimeres. De tre vigtigste risikofaktorer er:

- Alder
- Klinisk tilstand
- Intensitet

Ved deltagelse i et kardiologisk integreret efterbehandlingsforløb skal patienter være medicinsk færdigbehandlede og velbehandlede for angina pectoris. Arbejdstest udføres ved opstart, eventuelt midtvejs og til slut. Risikoen for pludselig uventet død (hjertestop), typisk forårsaget af ventrikelflimmer eller asystoli ved en maksimal symptomlimite-

ret arbejdstest udført efter gældende retningslinier er 1:10.000 tests (11). Typiske årsager, der kan nødvendiggøre afslutning af arbejdsfysiologisk test kan være tegn på total udmattelse, perifer træthed (claudicatio intermittens), stakåndethed eller angina pectoris.

Pludselig død er sjældent hos personer under fyrre år, men optræder oftere hos ældre mennesker.

Patienter, som dyrker anstrengende fysiske aktiviteter som for eksempel jogging, har en forøget risiko for udvikling af et hjertestop. Risiko for kardiovaskulære problemer hos patienter med etableret hjertesygdom svinger fra 1:6000 træningstimer (primært jogging, >10 METs) op til 1:146.127 ved blandet træning (<8 METs) (12). Ved at holde træningsbelastningen under 80 % af den maksimale iltoptagelse kan patienterne gennemføre en sikker fysisk træning.

Konklusionen må være, at fordelene ved moderat anstrengende træning langt overstiger ulemperne, men at fysiske aktiviteter som løb og mere aerobic lignende øvelser kan udsætte hjertepatienter for en relativ stor og unødigt risiko.

ORGANISERING OG STRUKTUR

Af retningslinjer fra Hjertereforeningen, Dansk Kardiologisk Selskab og European Society of Cardiology (ESC) fremgår, at kardiologisk integreret efterbehandling skal tilbydes til hjertepatienter i bredere forstand, efterbehandlingen skal være individualiseret og målrettet de patienter, der har mest gavn heraf (10,14).

Ved at individualisere behandlingen af hver patient, som har enten en hjertesygdom eller har forøget risiko, vil der kunne opnås store fordele for både patienten og behandleren.

Patienten vil opleve et sammenhængende forløb, hvor han bliver taget alvorligt, og behandler-teamet vil opleve at have et meget relevant behandlingstilbud med stor grad af målopfyldelse.

Der er selvfølgelig mange problemer ved at kombinere individuel behandling med holdtræning, men ved at benytte en arbejdsfysiologisk test med anvendelse af puls, alternativt EKG-monitorering inden de deltager i et efterbehandlingsforløb, vil patienterne kunne trænes, vejledes og evalueres på en enkel og effektiv måde.

Det er nødvendigt at supplere den ugentlige træning med teori om fysisk aktivitet og forebyggelse af hjertesygdom. Er træningen og teoridelen ►

Har du rygrad til dit job?

Få styrke på en **Dynamo Stol**



prøv den gratis i 14 dage!

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



REFERENCER

- Oldridge NB, Guyatt G, Jones N, et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 1991;67:1084-1089.
- O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, et al. An overview of randomised trials and rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation.* 1989;80:234-244.
- Hambrecht R, Neibauer J, Marburger C, et al. Various intensities of leisure time physical activity in patients with coronary artery disease: effects on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesions. *J Am Coll Cardiol.* 1993;22:468-477
- Burke, A.P, MD, et al.: Plaque Rupture and Sudden Death Related to Exertion in men with coronary artery disease, *Journal of the American Medical Association*, Vol.281, Nr. 10. March 10, 1999, 921-926.
- Sundhedsstyrelsen, "Fysisk aktivitet og sundhed", Litteraturgennemgang, Udgave 19/2001, s.37.
- Schuler G, Schlierf G, Wirth A, et al. Low-fat diet and regular supervised physical exercise in patients with symptomatic coronary artery disease: reduction of stress-induced myocardial ischemia. *Circulation.* 1988;77:172-181.
- Ehsani AA, Heath GW, Hagberg JM, Sobel BE, Holloszy, JO: Effects of 12 months of intensive exercise training on ischemic ST-segment depression in patients with coronary artery disease. *Circulation* 1981;64:1116-1121.
- Hedbäck B, perk J, Wodlin P. Long term reduction of cardiac mortality after myocardial infarction: 10 year results of a comprehensive programme. *Eur Heart J* 1993;14:831-835.
- Myers J, Manish P, Froelicher V. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med*, vol 346, No. 11. March 14, 2002.
- Task Force Report, *Eur Heart J.* 1998 19, 1434-1503.
- Dansk Cardiologisk Selskab. Vejledende retningslinier for klinisk test i relation til iskæmisk hjertesygdom. 2001. www.cardio.dk
- Fletcher et al, Exercise standards for Testing and Training, *Circulation* October 2, 2001:1720-1721.
- *Preventive Medicine* 2000;30:277-281.
- Dansk Cardiologisk Selskab, konsensusrapport, Hjerte-rehabilitering, 1997.
- Irene Hellems, Organizational issues and cardiac rehabilitation. Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology, ESC. www.escardio/WG1
- C.Mark Woodard, Enhancing Adherence to Prescribed Exercise. Structured Behavioural Interventions in Clinical Exercise Programs. Department of Health and Exercise Science, Wake, Forest University, Winston-Salem, NC.
- Ståhle A, Mattson E, Rydén L, Nordlander R. Improved Physical Fitness and Quality of Life in Elderly Patients Recovering from an Acute Coronary Event after Three Months of Aerobic Group Training. Department of Cardiology and Physical Therapy, Karolinska Institutet, Stockholm. 1999.

Slip for a-kasse kontingent under uddannelse

(30+) ■ Hvis man er over 30 år, kan man blive fri for at betale kontingent til FTF-A, mens man tager en erhvervs-mæssig uddannelse, som giver ret til at blive optaget som dimittend i en a-kasse. Når man går i gang med uddannelsen, skal man have haft 1.924 timers arbejde inden for 3 år eller være indplaceret i dagpengesystemet på grundlag af beskæftigelse og fortsat have ret til dagpenge.

Man kan få kontingentfritagelse for et år ad gangen, indtil man er færdig med uddannelsen. Dog med et loft på fem år. Fritagelsen omfatter ikke efterlønskongentet.

Den samlede årsindtægt fra for eksempel SU og arbejde må ikke være højere end det maksimale dagpengebeløb eller elevlønnen.

Man skal skriftligt søge om kontingentfritagelse, og fritagelsen træder tidligt i kraft fra den dag, FTF-A modtager ansøgningen. Kontakt regionskontoret for nærmere oplysninger.

Nedsat kontingent til Danske Fysioterapeuter

(FRIST) ■ Hvis du skal have nedsat dit DF-kontingent for næste kvartal, skal du ansøge skriftligt inden den 10. September.

Du kan få nedsat dit kontingent til Danske Fysioterapeuter, hvis du:

- er fuldt arbejdsledig, dvs. udelukkende lever af dagpenge
- er sygemeldt uden løn
- er på barsel uden løn
- har orlov uden løn
- er under uddannelse uden løn

Hvis du søger om nedsat kontingent på grund af arbejdsløshed, barselsorlov eller sygemelding, skal du eftersende den første dagpengespecifikation. Det vil sige, at får du nedsat dit kontingent fra 1.oktober, skal du eftersende en kopi af din dagpengespecifikation fra oktober måned. For hvert kvartal skal der ansøges på ny.

Er du på orlov, skal du eftersende en kopi af den endelige orlovsbevilling. Du kan få nedsat dit kontingent i hele den periode, du er på orlov.

Er du under uddannelse, skal du eftersende en kopi af dit studie kort. Du kan få nedsat dit kontingent for maksimalt 1 år ad gangen. Ansøgningsfristen skal overholdes, og der kan ikke bevilges nedsat kontingent med tilbagevirkende kraft.

Behandling af depressioner

(EVIDENS) ■ En spørgeskemaundersøgelse blandt 785 tilfældigt valgte praktiserende læger tyder på, at lægers vidensniveau om tidssvarende depressionsdiagnostik er lavt. En effektiv behandling er vanskelig, hvis kendskabet og anvendelsen af diagnostiske kriterier og redskaber ikke er tilstrækkelig. Det er en af konklusionerne på en artikel i Ugeskrift for Læger fra juni måned i år. I samme blad bringes en artikel om psykoterapi til depression. Det viser sig, at kognitiv terapi og interpersonel terapi er effektiv i behandlingen af mild til moderat depression. Effektiviteten over for sværere depressioner er ikke dokumenteret. Lovende studier tyder på forebyggende effekt af kognitiv terapi. Læs mere om depression, behandling og diagnosticering i Ugeskrift for Læger, 2002, ;164:3435-3458.

Bedre balance med træning på gangbånd

(CASEREPORT) ■ En casereport i Physical Therapy viser, hvordan træning på gangbånd forbedrede gang og balance hos en patient med en progressiv førsteneurons lammelse. Patienten trænede på gangbåndet iført sele halvanden time tre gange om ugen i otte uger. Faldhyppighed, balance og gang blev målt før og efter træningsperioden. Faldhyppigheden faldt signifikant efter træning. Physical Therapy 2002, vol 82, no5:485-495.

Rygtræning

(RYGDOKTOR) ■ Rygdoktor.dk har lanceret et tema om rygtræning, hvor der gives et overblik over hidtidige erfaringer med træning.

Scoliose - arv og miljø

(FORSKNING) ■ Lægerne Karsten Thomsen og Mikkel Andersen fra Odense Universitetshospital skal til at gennemføre en større skolioseundersøgelse med udgangspunkt i Det Danske Tvillingeregister. Målet er at identificere arvegangen blandt én- og tvæeggede tvillinger og dermed få et indblik i, hvad henholdsvis arv og miljø betyder.

Pjece om graviditet

(KROP OG FYSIK) ■ Fysioterapeuternes Temablade har udgivet en ny pjece, der giver råd og vejledning om graviditet, arbejde og fritid. Mange gravide kvinder er usikre på, hvor meget de må byde sig selv, og denne pjece kan svare på nogle af de mange spørgsmål, der dukker op under graviditeten. "Graviditet, arbejde og fritid" er den seneste i en række pjecer om bl.a. ondt i ryggen, søvn og søvnløshed og skærmarbejde. Man kan bestille pjecerne på www.krop-fysik.dk eller ved at kontakte Krop og Fysik på tlf. 70 26 33 45.

► koblet til en flerfaglig og velorganiseret enhed, er muligheden for succes optimal.

VEDLIGEHOLDENDE TRÆNING

Det mest betydningsfulde og problemfyldte er at få patienterne til at vedblive med at være fysisk aktive efter deltagelse i et efterbehandlingsforløb eller et fysisk genoptræningsprogram (16). Compliance efter endt træningsforløb (typisk 8-12 uger) daler dramatisk. Op imod 50 % af de deltagende patienter falder hurtigt tilbage til niveauet ved baseline. Tallene for deltagelse viser generelt, at halvdelen af deltagerne i kardiologisk regi har vanskeligt ved at følge op på et fysisk træningsprogram. Et svensk studie fra 1999 (17) viste, at træningskapaciteten kunne øges med 17 % fra 104 watt til 122 watt. Ved 12 måneders follow-up viste studiet, at interventionsgruppen kun kunne bevare 7 % af den forøgede kapacitet.

Dette er ganske enkelt ikke tilfredsstillende, hvis fysioterapeuter skal kunne legitimere en storstilet indsats på fysisk aktivitet, som led i efterbehandling af kardiologiske patienter.

Det svenske studie viste, at træningskapaciteten faldt i stedet for at stige yderligere og illustrerede, at træning med fokus på regulær gymnastik uden adfærdsmodulerende stimulering viser behersket positiv træningseffekt.

Den autoritære og lidet engagerende form for adfærdstræning er nok en del af forklaringen på mange studiers knappe succes med at få patienterne til at fortsætte med at være fysisk aktive. Fysioterapeuter skal tænke anderledes og give mere slip på instruktørrollen og overlade mere af styringen til patienterne.

I stedet for at betragte træning som en slags underholdning, bør vi i langt højere grad arbejde bevidst med motivationsskabende og adfærdsregulerende efterbehandlingsmodeller. Oplysninger om fysiologiske parametre og informationer såsom: procentvis fordeling af kardiiovaskulær stimulering, kontinuerlig træning versus intervaltræning, specifik træning af styrke, kondition og laktatgrænser, øvre og nedre grænseværdier for træningspuls kan med fordel inddrages i træningen.

Vi skal som fysioterapeuter kombinere flere klassiske discipliner såsom pædagogik, idrætsfysiologi, sygdomslære, psykologi og adfærd og flerfaglighed. Hvis disse elementer kan medtænkes i et træningsforløb, vil hjertefysioterapi få et gevaldigt løft og kan forhåbentlig blive et etableret behandlingstilbud i det danske sundhedsvæsen til gavn for vore hjertepatienter.

Pionerprojekt på Bispebjerg



(TRÆNING) Projekterapeut Thomas Villadsen savner faggruppe for fysioterapeuter, der arbejder med hjerterehabilitering

AF JOURNALIST KLAUS LARSEN
FOTO HEIDI MAXMILING

■ I marts 2000 kunne det toårige hjerterehabiliteringsprojektet Danrehab slå dørene op for de første patienter på Kardiologisk afd. Y på Bispebjerg Hospital.

Forud var gået et halvt års omfattende forberedelser i en tværfaglig arbejdsgruppe, der bestod af sekretær, sygeplejerske, læge, socialrådgiver og klinisk diætist.

Og når projektet officielt slutter ved dette års udgang - eller nok snarere til marts næste år - vil der stadig være 12 måneders *follow up* på de sidste af de hundreder af patienter, som har lagt krop til en videnskabelig afprøvning af eksisterende

de og nye metoder til hjerterehabilitering inden for hele spektret af hjertesygdomme.

Først da vil man kunne bearbejde de sidste data, gøre resultatet op og drage de videnskabelige konklusioner.

STARTET PÅ BAR BUND

"Fra grunden af måtte vi tage stilling til, hvordan klinikken skulle indrettes teknisk, hvordan skulle patientforløbet være, hvor mange uger skal patienterne deltage", fortæller projekt-fysioterapeut Thomas Villadsen.

Teamet nåede frem til den opskrift, som siden har været fulgt ifølge projektets videnskabelige protokol.

"Min opgave var at finde ud af, hvilke retningslinjer og undersøgelser der fandtes på området. Og det var et stort arbejde, både i forhold til Dansk Institut for Idræt omkring det træningsfysiologiske, og i forhold til mit fysioterapeutiske bagland, hvor der ikke findes en specifik faggruppe på dette område. Så jeg stod på temmelig bar bund", siger Thomas Villadsen, som til gengæld fik gode kontakter til norske og svenske faggrupper.

Resultatet blev en klinik med en flad, tværfaglig og meget fleksibel struktur.

"Vi forsker nemlig ikke kun i hjerterehabilitering, men også i organiseringen af den", understreger han.

"Organiseringen hænger tæt sammen med den arbejdsform, vi har. Selv om vi er tværfagligt organiseret, er det mig som fysioterapeut, eller min kollega, der udfører de fysioterapeutiske procedurer".

TRÆNING SKAL SKRÆDDERSYS

Selve forløbet er, at patienterne, som er indlagt på den akutte afdeling, møder en screening-sygeplejerske, som tilbyder dem at deltage i projektet og visiterer dem til Danrehab-enheden.

Rehabiliteringsenheden vil helst have patienterne efter en eller to uger.

"Her får de en lægesamtale. Den første elektroniske journal optages, hvorefter patienterne kommer ind til mig, bliver arbejdstestet og får et arbejds-EKG og desuden en døgnblodtryksmåling", forklarer Thomas Villadsen.

Danrehab er resultatet af et tværfagligt projekt om fremtidens hjerterehabilitering. I en samlet pakke tilbydes alle hjertepatienter et seks ugers forløb, hvor de dels "uddannes" i hjertesygdom, dels lærer om risikofaktorer, livsstilsændringer, diæt-madlavning og får tilbudt rygeafvænnings og superviserede træningsaktiviteter.

Projektet er samtidig en videnskabelig undersøgelse, der skal afklare, om rehabiliteringen virker. Undersøgelsen omfatter 1800 patienter, hvoraf halvdelen er kontrolgruppe.



Fysioterapeut Thomas Villadsen med patienterne, der er i første omgang er seks uger i rehabiliteringsklinikken. Efter tre måneder kommer de igen - til endnu en arbejdstest på cykel, en snak om, hvordan det er gået og en måling af fysisk aktivitet. Der er opfølgning igen efter 12 måneder.

Top 10 downloads juli 2002

(DOWNLOADS) ■ Til trods for sommerferie er der i juli måned downloadet 7062 dokumenter fra fysio.dk. Topscoreren blev endnu engang "Løn- og overenskomstmagasinet 2002", der er downloadet 1277 gange. De øvrige TOP 10 dokumenter er: Artikel om stabilitetstræning (603 downloads), Vejledning i Ny Løn (409 downloads), Øvelsesprogram for brystopererede (381 downloads), Master om etik i fysioterapi (370 downloads), Danske Fysioterapeuters pauseskærm (269 downloads), Graviditet og bækkensmerter (248 downloads), Gisela Rolfs artikel om neurodynamik (238 downloads), Fysioterapeutisk undersøgelse af skolebørn (210 downloads), Av min fod! (198 downloads).

Ridefysioterapi

(WORKSHOP) ■ Fraktionen af ridefysioterapeuter har i samarbejde med Skærgården, Center for Ridefysioterapi og handicaprindning, afholdt en international workshop for ridefysioterapeuter. Der var blandt andet fokus på teorier, test og læring. Englænderne har en mere teoretisk tilgang til ridefysioterapi end danskerne, der til gengæld kunne inspirere deres engelske kollegaer med deres praksis. Ridefysioterapeut Birgitte Gøtske, der har været med til at planlægge workshoppen og som stod for den praktiske gennemførelse af den, fortæller at der ikke er de bedste vilkår for at praktisere ridefysioterapi (hippotherapy) i England. Klik ind på fysio.dk/nyheder og se billederne fra workshoppen.

Anatomiske billeder på nettet

(DOWNLOAD) ■ Anatomiske billeder af knæ og skulder kan nu gratis downloades fra Physiobase.com. Billederne egner sig til brug i undervisningsøjemed og kan med fordel benyttes til patientundervisning. Billederne kan downloades og lægges på harddisken, så de kan udskrives efter behov. Klik dig ind på physiobase.com/pc og se alle billederne.

Bækkenbundstræning

(MASTER) ■ En undersøgelse i forbindelse med en masterafhandling viser, at bækkenbundstræning ikke ændrer kvinders livskvalitet, men har positiv effekt på mængden og hyppigheden af urinlækage. Masterafhandlingen kan downloades på www.fysio.dk

► "De får monteret en *actigraph*, der måler deres fysiske aktivitet over fire døgn fra den dag. For at træne dem skal jeg nemlig vide, hvordan de bevæger sig".

Ud fra arbejdstestens data kan Thomas Villadsen nu fastlægge nogle træningsmål for de næste seks ugers træning, der foregår to gange om ugen på hold med op til otte patienter. Her trænes typisk i halvanden time pr. gang med brug af et puls-ur.

"Ud fra arbejdstesten kender vi deres maksimale puls, så vi kan estimere deres arbejdsintensitet. Og det er vigtigt: Havde jeg ikke lavet en arbejdstest, kunne jeg ikke træne dem med puls-ur og evaluere træningsindsatsen her i klinikken. Vi benytter os overvejende af dagligdags fysiske aktiviteter: Ikke gymnastik, men struktureret cykling, trappegang og udendørs gang, evt. i kuperet terræn. Der får vi den primære kardiovaskulære aktivitet. Det vigtige ved træningen er, at deres patient-compliance, deres vedligeholdelse af en livsstilsændring i form af mere motion i dagligdagen, jo helst skal afspejle den type træning, de får. Patienterne skal på seks uger nå at lære, hvordan de kan være aktive i deres egen dagligdag. Ellers tror jeg ikke på, at vi får dem til at gøre det bagefter. Det er her, mange andre har slået fejl. Jeg kan endnu ikke sige, om vi gør det bedre - men vi forsøger", siger Thomas Villadsen.

SPIREN TIL EN FAGGRUPPE?

Efter de seks uger i rehabiliteringsklinikken siger patienterne farvel til læge, fysioterapeut, socialrådgiver, sygeplejerske og diætist. Men hermed er rehabiliteringen ikke slut:

"Efter tre måneder kommer de ind til hele turen: endnu en arbejdstest på cykel, en snak om hvordan det er gået og en måling af fysisk aktivitet. Og endelig ser vi dem igen efter 12 måneder", siger Thomas Villadsen.

Han er overbevist om, at kardiologisk afdeling herefter vil få færre af patienterne at se igen ved genindlæggelser.

Thomas Villadsen savner en faggruppe for fysioterapeuter, der arbejder med hjerterehabilitering og har derfor startet et netværk - en internetgruppe, under *groupcare*, der foreløbig har 22 medlemmer.

"Desværre bliver netværket endnu ikke brugt til interne diskussioner", siger Thomas Villadsen med beklagelse.

Gruppens adresse er www.groupcare.dk (under sundhed og samliv, fysioterapi), og her har Thomas Villadsen lagt en mængde relevante links, en chatlinje, hvor man kan udveksle viden og aftale møder - alt sammen i håb om, at netværket vil vokse og måske blive spiren til en mere formaliseret gruppe under Danske Fysioterapeuter.

Kostens betydning



(INFORMATION) Mad og ernæring er en af de vigtigste faktorer i forebyggelse og behandling af iskæmisk hjertesygdom

AF LONE VIGGERS, KLINISK DIÆTIST, ERNÆRINGSFYSIOLOG, NHH-KANDIDAT, ERNÆRINGSANSVARLIG I HJERTEFORENINGEN

FOTO PER FOLKVER/STIG STASIG, BAM

Rigtig ernæring er hjørnестenen i såvel forebyggelse som behandling af patienter med iskæmisk hjertesygdom. Er der tale om patienter med dyslipidæmi (forstyrrelser i lipidstofskeftet - se under "fakta") er den rigtige ernæring i mange tilfælde oven i købet den eneste behandling, som er nødvendig, og der er i Danmark enighed om at anvise kostintervention forud for en eventuel medicinsk behandling af dyslipidæmien.

For patienter med dyslipidæmi er kostintervention og livsstilsintervention i øvrigt at foretrække frem for livslang farmakologisk intervention, fordi kostintervention er bivirkningsfri. En dansk undersøgelse har vist, at kostintervention er lige så effektiv som den traditionelle medicinske behandling. Endvidere har kostinterventionen en forebyggende effekt over for en række andre sygdomme, bl.a. adipositas, hypertensio arterialis, diabetes mellitus og visse former for cancer.

FYSIOTERAPEUTENS ROLLE

Intensiv diætetisk behandling af patienter med iskæmisk hjertesygdom og/eller dyslipidæmi foregår hos den kliniske diætist. Fysioterapeuten bør derfor motivere patienten til at konsultere en diætist, men også selv bidrage med råd om den anbefalede kost.

Målene for kostændringer til patienter med iskæmisk hjertesygdom og/eller dysli-

pidæmi kan inddeles i følgende hovedgrupper: Mindre mættet fedt i kosten, mindre transfedt i maden, øget indtagelse af kostfibre, mere fisk, mere frugt og grønt og flere måltider.

Det mest effektive kostråd i forbindelse med dyslipidæmi er at nedsætte mængden af mættet fedt i kosten. En reduktion i indtagelsen af mættet fedt vil samtidig nedsætte indtagelsen af kolesterol.

Mængden af mættet fedt kan i praksis nedsættes på flere måder.

Patienten kan:

- spise mere ris, pasta, kartofler, grønsager, frugt og fisk
- nedsætte forbruget af fedtstof på brød og i madlavningen
- vælge fedtstoffer med et lavt indhold af mættede fedtsyrer og et højt indhold af umættede fedtsyrer, dvs. olie, oliemargarine eller plantemargarine
- vælge mælk og mælkeprodukter med højst 1,5 g fedt pr. 100 g og ost med højst 18 g fedt/100 g (30+)
- Vælge kød og pålæg med højst 12 g fedt pr. 100 g



Patienter med dyslipidæmi behøver ikke være bange for at spise en æggeblomme. Blot bør den gennemsnitlige kolesterolindtagelse ikke overstige 300 mg pr. dag.

TRANSFEDT OG KOLESTEROL

Det er vist, at transumættede fedtsyrer i kosten kan øge LDL-kolesterol og nedsætte HDL-kolesterol. Også mængden af triglycerid i blodet øges ved øget indtagelse af transfedtsyrer. Transfedtsyrer findes naturligt i kød og mejeriprodukter, og også i forarbejdede fødevarer indeholdende delvist hærdevegetabilsk olie f.eks. snacks, kager, kiks, slik og fastfood (8).

Tidligere har det været almindelig praksis at fraråde levnedsmidler med et højt indhold af kolesterol f.eks. indmad, rejer og æggeblomme i maden til pa-

Dyslipidæmi defineres som kvalitative eller kvantitative ændringer i blodets indhold af lipider og kan skyldes arvelige og/eller eksogene (overvejende kostbetingede) faktorer. Dyslipidæmi inddeles i: 1) hyperkolesterolemia (forhøjet LDL-kolesterol), 2) hypertriglyceridæmi, 3) Samtidig hyperkolesterolemia og hypertriglyceridæmi og 4) isoleret nedsat HDL-kolesterol



Patienter med iskæmisk hjertesygdom og/eller dyslipidæmi bør spise mindst 300 g fisk – gerne fede fisk – om ugen.

Litteratur, som kan anbefales patienter: Spis dig sund. *Hjerteforeningen 1998.*

Spis bedre trin for trin - til hjertepatienter og patienter med forhøjet kolesterol i blodet.

Hjerteforeningen og Sundhedsstyrelsen 1999.

Kostbehandling ved for høje fedtstoffer i blodet. Hvad du selv kan gøre, for at nedsætte blodets indhold af kolesterol og triglycerid. *Lone Viggers og Sten Madsbad. 4. udgave. Hjerteforeningen 2001.*

Forhøjet kolesterol. *Hjerteforeningen 1998.*

Kronisk hjertesvigt. *Hjerteforeningen 2000.*

tienter med dyslipidæmi. Der er ingen tvivl om, at ekstreme kolesterolindtag har betydning for serumkolesterol, og undersøgelser har da også vist, at meget høje kolesterolindtag øger indholdet af kolesterol i blodet. Men nyere studier har bl.a. vist, at hvis mængden af mættet fedt i kosten er lav, er betydningen af kolesterol fra maden minimal.

Der er således intet i vejen for, at æggeblomme, indmad og rejer kan indgå i almindelige mængder i mad til patienter med dyslipidæmi, blot kosten er fedtfattig, og den gennemsnitlige kolesterolindtagelse ikke overstiger 300 mg pr. dag.

ØGET INDTAGELSE AF KOSTFIBRE

Når mættet fedt og transfedtsyrer i kosten nedsættes, skal det nødvendigvis – med mindre det er aktuelt med energireduceret kost – erstattes med andre næringsstoffer.

Kostfiberindtagelsen kan øges ved at spise mere frugt, flere grønsager, mere brød og mere gryn f.eks. havregryn.

En daglig indtagelse af 600 g frugt og grønsager kan, reducere risikoen for hjertesygdom med 20-30 pct.

Til patienter med dokumenteret iskæmisk hjertesygdom vil en ugentlig indtagelse af fed fisk på ca. 300 g reducere risikoen for hjertedød med ca. 30 pct. Den gunstige effekt menes især forklaret ved, at det nedsætter tendensen til fatale arytmier.

Der ser desuden ud til at være en særlig gavnlig effekt af at spise flere regelmæssige måltider.

HYPERTRIGLYCERIDÆMI

Patienter med hypertriglyceridæmi, som har en høj indtagelse af sukker (over 140 g pr. dag f.eks. fra sukker i kaffe/te, sodavand, juice mv.) kan op-

nå en reduktion i triglyceridniveauet på 15-20 pct. og i LDL-kolesterol på 5 pct. ved at nedsætte sukkerforbruget.

Patienter med hypertriglyceridæmi anbefales ligeledes at reducere alkoholindtagelsen og øge indtagelsen af n-3 umættede fedtsyrer fra fisk, svarende til ½ skive rugbrød hver dag med fiskepålæg og fisk til middag en gang eller to om ugen.

På afdelingerne møder man ikke sjældent patienter, som tager en eller anden form for kosttilskud i den tro, at det kan nedsætte kolesteroltallet eller bedre prognosen for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Bl.a. hvidløg, fiskeolie, antioxidant og kostfibre er ikke sjældne i denne sammenhæng.

Det bedste råd til patienten, når det gælder kosttilskud, er, at kosttilskud aldrig kan erstatte den anbefalede kost og kun sjældent kan udgøre et supplement hertil (f.eks. fiskeolie ved hypertriglyceridæmi eller til patienter med dokumenteret iskæmisk hjertesygdom, som af en eller anden grund ikke spiser fisk).

Kostrådene til patienter med iskæmisk hjertesygdom og/eller dyslipidæmi kan resumeres således:

- Nedsæt mængden af mættet fedt og transfedt i kosten til højst 10 pct. af dagens energi
- Øg mængden af kulhydrater, især kostfibre, i kosten, således at kulhydrat udgør 55-60 pct. af energien og kostfibre 3 g pr. MJ
- Spis mindst 600 g frugt og grønt om dagen
- Spis mindst 300 g fisk – gerne fede fisk - om ugen

opslags ■ tavlen

RÅDGIVNING AF PATIENTEN

Danskernes kost er karakteriseret ved et højt indhold af fedt, især mættet fedt og et lavt kostfiberindhold (17). Der er mange forskellige årsager til, at vi vælger at spise på den måde, vi gør, og man skal være klar over, at det tager tid og kræver motivation at ændre kostvaner.

Kostrådgivningen af patienter kan begynde på afdelingen eller i ambulatorier, men bør altid fortsætte hos en klinisk diætist.

Et meget vigtigt spørgsmål, når det handler om kostrådgivning af patienter med dyslipidæmi, er, om patienten forstår det, vi siger. For eksempel er erfaringen, at patienten får utrolig mange - og nogle gange modsatrettede - oplysninger under kostrådgivningen. Problemet ved en så omfattende rådgivning er, at patienten husker det, der er lettest at huske. Ofte vil det være det, der handler om enkelte levnedsmidler, ikke mindst fordi det er meget omfattende at skulle "spare på fedtet".

Et andet problem der ofte opstår er, at "begrænse" for patienten bliver det samme som at "jeg må ikke spise, og så glemmer patienten det, det egentlig handler om, nemlig at nedsætte mængden af mættet fedt i maden. Det kan for patienten betyde, at fokus fjernes fra det egentlige, men det kan også få uheldige følger for patientens livskvalitet.

I praksis kan vi for eksempel møde patienter, som i årevis ikke har rørt stegt lever eller æg (begge i øvrigt fortrinlige levnedsmidler), fordi de havde fået den opfattelse, at det var forbudt. Og det er ikke uden grund. Der hænger stadig rundt omkring på afdelingerne plakater, hvor der står, at f.eks. pasta med æg ikke anbefales.

Et andet eksempel er den undervægtige patient med hyperkolesterolemie eller f.eks. hjerteinsufficiens, der på afdelingen har fået at vide, at hun skal nedsætte mængden af fedt i maden og især spare på de fede kød- og mejeriprodukter, smør og margarine. Her er det uhyre vigtigt, at patienten, for at undgå yderligere vægttab og evt. øge vægten, får alternative løsninger. F.eks. kan det være relevant at øge madens energitæthed ved hjælp af umættede fedtsyrer (f.eks. fra fede fisk, mayonnaise, remoulade, mayonnaisesalater, plantemargariner, planteolier, nødder, frø og kerner).

Det allervigtigste råd til patienter med iskæmisk hjertesygdom og/eller dyslipidæmi er, at de kan spise en mangfoldighed af levnedsmidler - blot ikke altid og ikke i lige store mængder.

Se litteraturliste på fysio.dk/nyheder/artikelbilag fra fagbladet

Klinik sælges

■ Mindre klinik på Vestsjælland med et ydernummer over 30 timer. Rimelig husleje. Udvidelsesmuligheder. Tæt ved lægehus med 6 læger. Gode parkeringsforhold. Handicapvenlig indgang. Billetmærke 881

Til salg

■ Løbebånd Trimline 4100 stigning 0-15 % hastighed 18km/t. Nypris ca. 30.000 kr. brugtpris 5.500 kr. Thy-Hallens Motionscenter tlf.: 9792 4222

Abstracts

■ For at formidle de fysioterapeutstuderendes bachelorprojekter til en bredere kreds, opfordres de studerende til at indsende abstracts til Nyt om Forskning. Redaktionen vil udvælge 4-5 abstracts, der publiceres i det trykte medie, mens resten publiceres i den elektroniske udgave. Abstracts emailer til jha@fysio.dk eller indsendes på diskette til Danske Fysioterapeuter.

Manglende reference

■ I anmeldelsen i sidste nummer af Fysioterapeuten, "Supplement til lærebøger i biomekanik" manglende følgende reference: The role of intra-abdominal pressure in spinal unloading, af K. Daggfeldt & A. Thorstensson, i Journal of Biomechanics, Vol. 30. No 11/12, pp. 1149-1155, 1997.

Køb af klinik

■ Køb af klinik eller indgåelse af kompagniskab i kreds 12 området, gerne Holstebro eller Herning søges af meget fagligt engageret fysioterapeut med stor interesse i MT eller MTT. Billetmærke 882.

Professor i arbejdsmiljø

■ Civilingeniør Per Langå Jensen er blevet udnævnt til professor i arbejdsmiljø. Per Langå Jensen, der har undervist i faget på DTU siden 1974, fokuserer primært på forebyggelse og det "gode arbejde".

Redaktionen beklager

■ "Fysioterapeuten" udnævnte i sidste nummer Birgitte Kure til ny rektor for Skolen for Fysioterapeuter i Århus. Den rigtige rektor er imidlertid Birgitte Foged, og redaktionen beklager hermed fejlen over for begge parter.

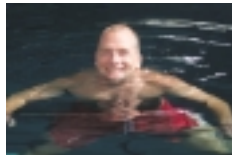
Penge til uddannelse

■ Hos EULAR (European League Against Rheumatism) kan blandt andre fysioterapeuter søge om tilskud til et uddannelsesophold inden for det reumatologiske arbejdsområde i Europa. Ansøgningsfristen er den 4. september 2002. Ansøgningskema kan fås ved henvendelse til fysioterapeut Lene Mandrup Thomsen, lmthomsen@gigtforeningen.dk

Spring ud i det

(INTERVIEW) Fysioterapeut Lars Dalhoff har ikke tid til at vente på, at der bliver skabt plads til fysioterapeuterne i arbejdet med sundhedsfremme. Han gør det selv – blandt andet med et projekt, der skal få de fysisk inaktive til at bevæge sig i svømmehallen med fysioterapeuter som aktivitetsledere

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO BIRGITTE RØDKJÆR



Lars Dalhoff er 42 år, er laborantuddannet og har arbejdet som sådan i 10 år. Har været ansat på klinik, underviser i anatomi på fysioterapeutskolen, er fysioterapeut på Sports College, designer projekter vedrørende fysisk aktivitet til lands, til vands og i den friske luft. Og passer ved siden af et fuldtidsjob som breddekonsulent ved Dansk Håndbold Forbund.

■ Er man på e-mail med Lars Dalhoff får man hver gang foruden "venlig hilsen..." også denne langt over 2000 år gamle hilsen fra Platon: "Vi kan få bedre kendskab til et menneske under én times leg og spil, end ved samtaler gennem et helt år".

Lars Dalhoff vil meget gerne have folk til at lege, spille og i det hele taget bevæge sig. Så meget, at når han først begynder at tale om det, får man fornemmelsen af, at han kan blive ved – et helt år.

"Når jeg kommer ud som konsulent i idrætsforeninger og på skoler, oplever jeg de enorme skel, der er mellem dem, der er gode til at bevæge sig, og dem, der ikke er", forklarer Lars Dalhoff, der som breddekonsulent i Dansk Håndboldforbund kommer meget rundt.

Det er hans egen og også idrætsforeningernes erfaring, at skellet bliver større og større, og at det samme er tilfældet med gruppen af de motorisk svage.

"Når man så samtidig kan læse i avisen, at børnene bliver tykkere og tykkere, og at der følger

andre problemer med de motoriske – for eksempel indlæringsvanskeligheder, så sætter det noget i gang".

VI HAR NOGET AT KOMME MED

Hos Lars Dalhoff har det sat gang i en kobling mellem hans egen baggrund i idrætsverdenen og hans faglighed som fysioterapeut. "Det er oplagt, at fysioterapeuter har noget at komme med på grund af deres fænomenologiske indfaldsvinkel til kroppen, hvor kroppen er centrum for al indlæring. Vi er ikke kun gode til at massere, men kan koble bevægelse med den funktionelle anatomi og sætte det i en sammenhæng med aktiviteter, samtidig med, at vi ved en del om pædagogik", siger han og skitserer, hvordan det seneste i rækken af hans mange ideer til projekter om fysisk aktivitet skal se ud:

I fem udvalgte svømmehaller rundt om i landet skal ansættes fysioterapeuter i projektstillinger som aktivitetsledere. Målet er at udvikle et koncept, hvor svømmehallernes faciliteter udnyttes over for forskellige målgrupper i alle aldre: Daginstitutioner, børnefamilier, ældre, gangbesværede, overvægtige osv. Samt mennesker med egentlige diagnoser som for eksempel hjerte- og cancerpatienter.

Projektet er forelagt Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse, der begge giver det deres fulde opbakning - dog endnu ikke økonomisk - samt Sundhedsministeriet, hvorfra det forlyder, at ministeren ikke finder det uinteressant. Og Lars Dalhoff er fortrøstningsfuld for så vidt angår økonomien. Det lykkes måske ikke i første omgang at skaffe de 3½ budgetterede millioner, men den første million skal nok komme i hus, og så kommer resten også,

Svømmebadsprojektet:

Projektet, der er blevet til i samarbejde med Dansk Svømmebadsteknisk Forening, har som sit formål er at udvikle, afprøve og udbrede et koncept, der kan styrke svømmebadenes rolle som aktive miljøer for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, hedder det i projektbeskrivelsen. Idéen med indsatsen er at udnytte svømmebadenes faciliteter til at tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter til en bred vifte af målgrupper. Der kan for eksempel være tale om motions- og idrætstilbud, terapeutiske og rehabi-

literende aktiviteter samt mere oplevelsesorienterede tilbud.

Hensigten er at lægge ud med fem svømmebade, der i løbet af projektperioden skal udbrede deres erfaringer til resten af landet. I hvert af de fem svømmebade skal der i to år ansættes en fysioterapeut, der skal stå for tilbudene, der skal rette sig mod: Daginstitutioner, børnefamilier, unge, ældre og gangbesværede, fysisk inaktive grupper samt forskellige grupper af patienter – fx hjerte, cancer, bevægeapparatskader, rygproblemer og psykiatriske patienter.



mener han og gætter på, at der vil blive søgt efter interesserede fysioterapeuter i løbet af 2003.

Den overordnede filosofi i projektet - og i det meste af, hvad Lars Dalhoff ellers rører ved - er, at det først og fremmest skal være sjovt bevæge sig; og så skal sundheden nok komme af sig selv.

”Det spændende bliver at få skabt et motiverende miljø og at få sat nogle aktiviteter i gang, der giver plads til både de gode og de mindre gode”, siger Lars Dalhoff og vender i talestrømmen flere gange tilbage til de overvægtige: I forvejen er de mere motiverede for at komme i svømmehallen end i andre idrætsmæssige sammenhænge, og den belastning, de får over ledene, er minimal

– men niveauet skal være passende, ellers falder de fra”, siger han.

Lars Dalhoff sammenligner motivering og valg af niveau med det at betragte en udsigt: Man skal så tæt på afgrunden, at man kan se så meget som muligt, men uden at falde ned.

TRÆNING I KOLDT VAND

Lars Dalhoff vil meget gerne inddrage bassinterapeuternes viden i projektet, men understreger, at der er lige så meget brug for nye som gamle erfaringer både fordi en del af målgruppen er en anden – fysisk inaktive mere end syge - og fordi, der er tale om koldt vand, som han gætter på må motivere mere til bevægelse.

Det var endnu koldere vand, der satte gang i projektet. Nemlig trusler om lukning af det lokale friluftsbad, der led under mangel på besøgende, så snart det var overskyet.

”Det kan ikke passe”, tænkte Lars Dalhoff. Miljøet måtte kunne være motiverende i sig selv uden at være afhængigt af, om det var solskin eller regnvej, mente han og fik amtet til at støtte et mindre pilotprojekt, så der i en periode kunne ansættes en fysioterapeut og gives tilbud til daginstitutioner om træning i vandet – først og fremmest sansemotorisk træning, men også børnenes kredsløb og styrke drog nytte af tilbudet.

”Det gør ikke noget at små børn får lov at bruge deres muskler – ellers sidder de der med små indespærrede kroppe”, siger Lars Dalhoff og afleverer en bredside mod velordnede, sikkerhedsgodkendte legepladser, hvor børnene aldrig får lov at falde ned og mærke deres egen krop.

BEVÆGELSE I NATUREN

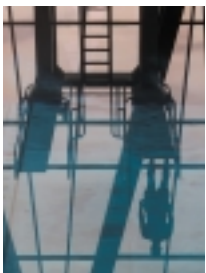
Hvis svømmehallerne ikke udnyttes fuldt ud, står det endnu værre til med naturen. Den ligger der bare og bliver slet ikke brugt til al den bevægelse, der er plads til, mener Lars Dalhoff, der derfor sammen med andre ildsjæle forsøger at skrue et forebyggelsesprojekt sammen, som de kan sælge til kommunen. Det bliver noget med et tilbud til daginstitutionerne om oplevelser med fysisk aktivitet og natur og gerne noget, hvor de studerende på det lokale CVU, fys- ergo- og pædagogstuderende, kan arbejde med projekter.

”Det rullende bevægelsesværksted” er en anden af Lars Dalhoffs ideer – et samarbejde mellem institutioner, skoler, teatergrupper og idrætsfor-

DF afholder temadage om sundhedsfremme den 11. - 13. november på Hotel Fjordgården i Ringkøbing. Formålet er at få fysioterapeuter til i højere grad at bidrage til arbejdet med forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme som for eksempel hjerte-/karsygdomme og sygdomme i bevægeapparatet. Målgruppen er fysioterapeuter som interesserer sig for sundhed/sygdom i forhold til udvalgte livsstilssygdomme, specielt hvad angår tiltag med fysisk aktivitet og træning.

Læs mere på fysio.dk/uddannelse





- eninger, der skal skabe inspiration til fysisk aktivitet.

Det er ikke alle Lars Dalhoffs initiativer, der i første omgang bliver for noget. Ideerne står i kø, men det er ikke altid der kan vindes gehør til at få dem først ud i livet. For eksempel kunne direktøren for Obs-varehuset ikke lige se idéen med en temaugle, hvor der skulle berettes om idræt og ernæring inde i butikken, mens man på pladsen uden for skulle kunne stifte nærmere bekendtskab med forskellige sportsgrene. Men det er ikke ideen, der er noget i vejen med, mener Lars Dalhoff, der forventer, at den bliver til noget – bare et andet sted.

Som med Obs-direktøren møder Lars Dalhoff og så blandt fysioterapeuter nogle, der har svært ved at se sig selv i sammenhæng med hans mange visioner. "De siger, de synes, det lyder spændende, men de har en forretning, der skal køre, og det kommer meget hurtigt til at handle om økonomi. Den er jo heller ikke på plads for mit eget vedkommende, men man er nødt til at gå i gang og få synliggjort behovet, hvis det offentlige skal gøres interesseret",

siger Lars Dalhoff, der i det hele taget ikke er en mand, der venter på, at nogen skal få brug for ham, men derimod selv opsøger for eksempel amt og kommune for at pege på usete behov.

Da det kom ham for øre, at Ringkøbing Amt planlagde en kampagne om kost og ernæring, ringede han derfor til amtet for at minde om, at kost og ernæring ikke kan stå alene, men bør kombineres med fysisk aktivitet. "Det er fint – kan du ikke komme og fortælle om det?", lød reaktionen fra amtet. Og det gjorde han så på et seminar for lærere og sundhedsplejersker.

GÅ IND AD BAGDØREN

Lars Dalhoff mener, at fysioterapeuters rolle i det forebyggende arbejde er indlysende.

"Hvis vi skal udvikle os og faget, skal det netop ske på det forebyggende område. Vi ved noget om alt, hvad der har med mennesker at gøre, og der er ingen grund til, at vi først skal have dem, når de har fået en diagnose", mener han.

For Lars Dalhoff er der en lige linje fra svømmebadsprojektet til ideen om motion på recept, der er realiseret i Sverige. "Vi kan gå ind og vise, hvordan man fysisk kan flytte noget uden piller. Men vi skal komme ind ad bagdøren. Vi skal ikke komme brasende ind med løftede pegefingre og sige, at man skal motionere, fordi det er sundt. Vi skal ind ad bagdøren og vise, at fysisk aktivitet er sjovt, spændende og udfordrende og på den måde inspirere til et videre forløb".

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

DF: Fokus på sundhedsfremme

Forebyggelse og sundhedsfremme har været på dagsordenen ved flere af DF's hovedbestyrelsesmøder i år. Der er nedsat en ad hoc gruppe med deltagelse af DF's næstformand Brian Errebjerg-Jensen, hb-medlem Maila Pedersen og faglig konsulent Susan Kranker. Gruppen skal i samarbejde med eksterne ressourcepersoner udarbejde forslag til strategi- og handlingsprogram med konkrete og prioriterede handlemuligheder for området folkesundhed samt afdække, hvad der allerede foregår på landsplan – dvs. hvor fysioterapeuter er involverede eller *kunne* være det. I første omgang har gruppen indstillet, at DF's sundhedspolitik revideres, så der kommer øget fokus på folkesundhed. 2003 er tænkt som et egentligt temaår med iværksættelse af diverse projekter og inddragelse af kredsbestyrelserne.

værktøjs kassen

Akupunkturbehandling af sår

Under mit daglige arbejde som fysioterapeut på Frederiksberg Hospital blev jeg en dag opmærksom på, at der lå en patient med et stort sacralt decubitus på geriatrisk afdeling.

Patienten var en 61-årig mand, der havde ligget bevidstløs i hjemmet i to døgn, inden han blev fundet af hjemmeplejen og indlagt på hospitalet. Patienten havde et langt forløb med store lungeproblemer og var derfor sengeliggende i de første uger efter indlæggelsen. På trods af aflastning med madras og jævnlig vending udviklede han et stort og dybt decubitus.

Fem uger efter indlæggelsen kom jeg i kontakt med ham og påbegyndte akupunkturbehandlingen. Såret var ved behandlingens begyndelse 8 cm langt, 3 cm bredt og 4 cm dybt. Patienten var sat i den sædvanlige behandling med trykafastende madras, daglig rensning, tørforbinding samt proteintilskud. Akupunktur nålene blev sat tæt langs hele sårkanten. I de første 6 uger blev behandlingen givet 3 gange om ugen af ca. ½ times varighed, hvorefter frekvensen blev sat ned til 2 gange ugentligt. Efter 4 ugers behandling var såret reduceret til 5 cm's længde, 2 cm's bredde og 2,5 cm's dybde. Patienten blev herefter udskrevet, men fortsatte med ambulante akupunkturbehandling hos undertegnede 2 gange om ugen i ca. 3 måneder. Patienten fik desværre stafylokokker i såret og var uden akupunkturbehandling i 3 uger.

Efter 4 måneders behandling udeblev han og behandlingen afsluttedes. 6 måneder efter behandlingsstart kontaktede jeg hjemmeplejen, som fortalte, at såret var helet. De var af den opfattelse, at akupunktur i forbindelse med den traditionelle behandling havde fremmet helingen. Patienten havde af sin behandlende læge fået en prognose, der sagde 9 måneder. Behandlingstiden blev således forkortet med 3 måneder.



Som dokumentation af behandlingsforløb fulgte jeg den begyndte heling af såret med såvel tegning som måling og foto.

Baggrund

Akupunktur giver en stimulering af det sympatiske nervesystem, og denne sensoriske stimulering giver i dette tilfælde frigivelse af CGRP (Calcitonin Gene Related Peptid), som udvider kapillærene og derigennem øger den kutane blodgennemstrømning (1,2,3).

Min akupunkturuddannelse har jeg taget i Sverige, hvor der findes en uddannelse, der er godkendt af Socialstyrelsen og som baserer sig på neurofysiologi og moderne forskning. Derudover har jeg gået på flere videreuddannelseskurser under ledelse af dr.med. Christer Carlsson.

Interessen for akupunktur til sårbehandling fik jeg efter at have læst en artikel herom, og da jeg har arbejdet med akupunktur gennem mange år til forskellige diagnoser var dette noget nyt og udfordrende.

Man kan selvfølgelig diskutere, hvordan det var gået patienten, hvis han ikke havde fået akupunkturbehandlingen. Det vil derfor være interessant at afprøve metoden i et større kontrolleret studie.

1. Kjartansson J, Lundeberg T, Samuelson UE, Dalsgård CJ, Heden P. Calcitonin gene-related peptide (CGRP) and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) increase cutaneous blood flow in a musculocutaneous flap in the rat. *Acta Physiolog. Scand.* 1988;134:89-94
2. Kashiba H, Ueda Y. Acupuncture to the skin induces release of substance P and calcitonin gene-related peptide from peripheral terminals of primary sensory neurons in the rat. *Am J Chin Med* 1991;19(3-4):189-97
3. Thomas M, Arner S, Lundeberg T. *Acta Anaesthesiol Scand* 1992 Oct; 36(7):637-42

Af fysioterapeut Kirsten Kroon, Frederiksberg Hospital

Udspænding af tractus iliotibialis

(RESUMÉ) Effekten af tre forskellige udspændingsprocedurer appliceret på tractus iliotibialis er blevet undersøgt. På baggrund af undersøgelsen kan en given udgangsstilling anbefales

AF FYSIOTERAPEUT OG STUD.SCIENT LARS RAUNDAHL RASMUSSEN
 FOTO TAO LYTZEN

Fysioterapeut Lars Raundahl Rasmussen refererer en undersøgelse, hvor man har sammenlignet effekten af tre forskellige udgangsstillinger til at udspænde tractus iliotibialis.

■ Løberknæ, også kaldet Iliotibial Band friction syndrome (ITBFS) er rapporteret som værende den hyppigst forekommende årsag til laterale knæsmertes hos løbere. Tractus iliotibialis (ITB) er en forstærkning lateralt i fascia lata, som omgiver lårets muskulatur, og den forløber fra crista iliaca lateralt på låret og hæfter på condylus lateralis tibia (tuberculum Gerdy) med strøg til det laterale patellare retinaculum og caput fibula. ITB er endesene proksimalt for m. tensor fascia latae og størstedelen af m. gluteus maximus, hvorfor ITB spændes under disse musklers kontraktion.

ÆTIOLOGI

Ætiologien bag dette friktionssyndrom, populært kaldet løberknæ, må søges i gentagne kollisioner og derved friktion mellem ITB og laterale femur epicondyl lige efter hælslæt under gang og løb, når knæledsvinklen er lidt mindre end 30° flexion. Resultatet er smerte, hævelse og brændende fornemmelser i området omkring laterale epicondyl. Symptomerne udløses pga. inflammation svarende til de bageste fibre af, en ofte stram, ITB og periost over femur epicondylen.

Uhensigtsmæssig træningsplanlægning, individuelle biomekaniske dispositioner og insufficient valg af fodtøj er nogle af de ætiologiske faktorer, der kan være involveret i udviklingen af syndromet.

I klinikken fremstår ITB ofte stram hos udøvere med ovenstående symptomer, hvorfor en del af behandlingsplanen for disse patienter ofte involverer udspænding af ITB både manuelt og som hjemmeøvelse. Dette med henblik på at øge ITB's fleksibilitet, for derved at nedsætte friktionen mellem førnævnte anatomiske strukturer. Det vil derfor være af stor interesse for både behandleren og

udøveren, at den anvendte udspændingsprocedure applicerer størst muligt stræk på den ønskede struktur.

UNDERSØGELSE

Fredericson et al. (2002) har analyseret og sammenlignet effektiviteten af tre forskellige udspændingsøvelser af ITB foretaget på fem eliteløbere uden tidligere registreret skade på UE. Alle fem testpersoner udførte de tre forskellige udspændingsøvelser efter randomisering, hvorved opvarmningseffekter kunne undgås. Endvidere blev testene hver gang udført på samme tidspunkt på dagen. Udspændingerne udførtes i 30 sek. fra testpersonerne havde indtaget den ønskede position og følte et "godt stræk", hvorefter data blev registreret og opsamlet under de sidste fem sek. af udspændingen.

Effektiviteten af de tre udspændingsøvelser blev evalueret på baggrund af længdeændringen af ITB under udspændingen, i forhold til længden af ITB i opretstående stilling. Markører placeret på overfladen af udvalgte anatomiske referencepunkter på testpersonerne kombineret med et 4-kamera gait-system (bruges også ved bl.a. ganganalyse) blev anvendt til dette formål.

Derved kunne hver testpersons biomekaniske data opsamles som et tredimensionalt billede. Yderligere blev effektiviteten af udspændingsøvelserne evalueret på baggrund af den estimerede kraft i ITB registreret under udspændingsøvelserne. Dette blev udregnet på baggrund af målinger af underlagsreaktionerne registreret under udspændingerne, idet disse blev udført med testpersonen stående på kraftplatform.

Tre udspændingsprocedurer blev evalueret, se figur A, B, C (beskrives for udspænding af højre ITB):

RESULTATER

Alle tre udspændinger skabte signifikante ændringer i længden af ITB sammenlignet med opretstående stilling ($p < 0.05$), men udspænding B resulterede i signifikant større længdeændring i ITB sammenlignet med både udspænding A og C.

Adduktionsmomentet over både knæ og hoftede ved udspænding B var større end både A og C, men forskellen var kun signifikant mellem B og C.



Figur A
Højre ben ekstenderes og adduceres ind bag standbenet, hvorefter overkroppen lateralflekteres mod venstre indtil der føles et stræk svarende til lateralt på hoften i området omkring trochanter major på højre side.



Figur B
Samme benstilling som A, dog suppleres med at flekere begge arme i 180° over hovedet. Ved at gribe omkring højre håndled med venstre hånd, trækkes højre arm med i lateralfleksion mod venstre.

Figur C
Samme benstilling som A. Armene flekteres ikke over hovedet, men trækkes diagonalt foran kroppen mod venstre, så overkroppen både lateralflekteres og roteres let mod venstre.



KONKLUSION

På baggrund af disse data synes det mest hensigtsmæssigt at instruere patienter med kliniske tegn på stram ITB i udspænding B som en del af behandlingsregimet, idet denne udspændingsprocedure frembringer den største længdeændring i ITB sammenlignet med udspændingøvelse A og

C. Det bør nævnes, at testpersonernes subjektive opfattelse af de tre udspændingsøvelser favoriserede udspænding B, idet denne ifølge testpersonerne gav følelsen af det bedste stræk.

Den komplette artikel kan læses i : *Arch Phys Med Rehabil Vol 83, May, 2002.*

Varme lindrer smerter

(RESUMÉ) Et større studie af høj kvalitet har vist, at kontinuerlig varme giver bedre smertelindring end Ibuprofen og acetylsalicylsyre til patienter med akutte lændesmerter

AF FYSIOTERAPEUT, MPH OG PH.D. STUDERENDE HANNE ALBERT

FOTO STEFAN NORDSTRØM/STOCK SHOP PICTURES.

■ Lændesmerter er et hyppigt problem og noget 60-90 % af befolkningen kommer til at opleve en eller flere gange i deres liv. Størstedelen af disse patienter behandler sig selv til at starte med. Det, man anbefaler i akutfasen i USA, hvor den omtalte undersøgelse er udført, er Ibuprofen og Acetaminophen (et acetylsalicylsyre præparat).

Metode

371 lænderygpatienter indgik i et klinisk kontrolleret studie. Patienterne var fordelt på 11 forskellige klinikker, og undersøgelsen af dem var standardiseret. For at blive inkluderet skulle patienterne have akutte ikke-specifikke lændesmerter. Smerterne skulle være moderate eller kraftige, dvs. 2 eller mere på en 6 point skala. Patienterne skulle være mellem 18 og 55 år og måtte ikke have haft noget traume i ryggen inden for de sidste 48 timer. De skulle desuden kunne svare ja til spørgsmålet "gør musklerne i lænden ondt".

Patienter, der var i en risikogruppe eller fejlede noget, der kunne give fejlkilder som f.eks. graviditet eller havde tegn på nerverodsaffektion blev udelukket.

Der blev trukket lod om, hvilken behandling patienterne skulle have, hvorefter de blev fordelt i 5 grupper i forholdet 6:6:6:1:1. De fagpersoner, der vurderede patienterne vidste ikke, hvilken behandling de havde fået.

Der blev givet fem typer af behandling:

FORDELING AF PATIENTER	
Varmebælte	113 patienter
Acetaminophen	113 patienter
Ibuprofen	106 patienter
Placebo piller	20 patienter
Placebo bælte	19 patienter

Varmebælte

Bæltet vikles om lændedelen af kroppen og lukkes med velcro. Bæltet varmer sig automatisk op til 40 grader celsius i løbet af de første 30 minutter, hvor det bliver udsat for atmosfærisk luft og holder varmen i 8 timer (ThermaCare Heat Wrap; Procter & Gamble's, Cincinnati, OH).

Acetaminophen

Oral Acetaminophen, 2 tabletter 4 gange dagligt i alt 4000 mg.

Ibuprofen

Oral Ibuprofen, 2 tabletter 3 gange dagligt i alt 1200 mg.

Placebo medicin

Oral placebo 2 tabletter 4 gange dagligt.

Placebo bælte

Placebo varmebælte (uden varme), der skulle bæres mindst 8 timer dagligt.

Patienterne fik behandling i to dage, og de blev evalueret hver dag de første fire dage for at se, om effekten holdt sig.

Der blev målt på *smerter* (på en 6 points skala), *muskelstivhed* (på en 101 points skala), *funktionsniveau* ved hjælp af Roland Morris spørgeskemaet og *fleksibiliteten i sidebøjning* (målt med tape på lårene).

Det blev også evalueret, om huden var påvirket og rød.

Af de 371 patienter var 58 % (216) kvinder og 42 % (155) mænd. 56 % (208) havde moderate smerter og 44 % (163) havde kraftige smerter. Der var ikke forskel i fordelingen i grupperne med hensyn til alder, køn og smerteintensitet.

RESULTATER

Smerteniveau

Alle fire dage der blev registreret en høj signifikant bedre smertelindring af varmebælteerne sammenlignet med begge typer af medicin. Det svarer til en større smertelindring på gennemsnitlig 55 % og 34 % med bæltet.

Muskelstivhed

Alle tre behandlingsgrupper fik det signifikant bedre i løbet af de 4 dage med hensyn til muskelstivhed. Men patienterne med varmebæltet havde det højsignifikant bedre i alle fire dage i forhold til de patienter, der fik Ibuprofen. De havde det også højsignifikant bedre dag 2-4 i forhold til de patienter, der fik Acetaminophen.

En amerikansk undersøgelse har påvist, at kontinuerligt varme i form af et varmebælte er mere effektivt til at lindre smerter, øge bevægeligheden og dermed hæve funktionsniveauet sammenlignet med behandling med medicin. Fysioterapeut Hanne Albert giver i artiklen et kort referat af en forskningsartikel publiceret i det amerikanske tidsskrift Spine. Man kan gratis downloade et abstract over undersøgelsen på <http://www.spinejournal.com/>

En amerikansk undersøgelse viser, at behandling med varmebælte giver en bedre smertelindring end behandling med Ibuprofen eller Acetaminophen.

Fleksibilitet i sidebøjning

Alle tre behandlingsgrupper fik en signifikant forbedring med hensyn til muskelstivhed og fleksibilitet i sidebøjning i løbet af de fire dage. Men patienterne med varmebæltet var signifikant bedre efter to dage sammenlignet med de patienter, der fik medicin. En forskel på 48 % i forhold til Acetaminophen og 71 % bedre end Ibuprofen.

Funktionsniveau

Alle tre behandlingsgrupper fik et signifikant bedre funktionsniveau på dag 2 og 4. Men patienterne med varmebæltet havde et signifikant bedre funktionsniveau på fjerdedagen sammenlignet med de patienter, der fik Acetaminophen og bedre end Ibuprofen på anden og fjerdedagen.

Bivirkninger

Ingen af patienterne oplevede alvorlige bivirkninger. Kvalme var den hyppigste bivirkning. En patient i varmebæltegruppen oplevede beskeden rødme i bælteområdet på andendagen. Det forsvandt 1 time efter bæltet var taget af.

DISKUSSION

I de amerikanske og engelske guidelines for behandling af Low Back Pain anbefaler man at benytte smertestillende håndkøbsmedicin ved akutte lændesmerter, og det anbefales også at benytte

lokal varmebehandling. Dette bliver imidlertid benyttet i langt mindre omfang end medicin, muligvis fordi det er vanskeligere at tage bæltet på, og man skal have hjælp til dette, og at patienten bliver indskrænket i nogle bevægelser.

Det er bemærkelsesværdigt, at varmebæltet er bedre på alle punkter end medicinen, og at effekten holder sig 48 timer efter, at bæltet er taget af. Forfatterne til den refererede artikel mener, at årsagen til denne lindrende effekt kommer af en kombination af varmen, og af at patienten stadigvæk er mobil.

PERSONLIGE KOMMENTARER

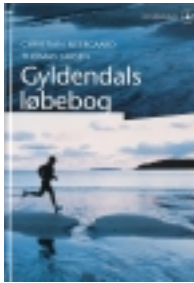
Da undersøgelsen virker velgennemført og gennemtænkt, og der er inkluderet et stort antal patienter, står resultatet sandsynligvis til troende. Det kan dog være betænkeligt, at en del af forfatterne er ansat ved det firma, der producerer varmebælterne.

Det skal bemærkes, at jeg ikke har økonomiske interesser eller fordele i forbindelse med nogle af de nævnte produkter, og jeg ved ikke, hvor man kan købe bælteerne.

Nadler SF, Steiner DJ, Erasala GN, Hengehold DA, Hinkle RT, Goodale MB, Abeln SB, Weingand KW. Continuous Low-Level heat Wrap therapy Provides More Efficacy than Ibuprofen and Acetaminophen for Acute Low Back Pain. Spine 2002;27:1012-17. ■

an ■ meldelse

Godt gået drenge



(ANMELDELSE) ■ Første gang jeg bladrede i Gyldendals løbebog af Christian Neergaard og Thomas Larsen, tænkte jeg på, om det virkelig var nødvendigt med en instruktionsbog på over 300 sider for at løbe en tur i parken. Det er det selvfølgelig ikke hvis man ureflektet sætter det ene ben foran det andet, men er man bare en anelse nysgerrig i forhold til, hvordan den

menneskelige krop fungerer under løb, er der ikke en side for meget.

Det er befriende at møde forfattere, der tør kaste sig ud i en detaljeret gennemgang af de mange delemner, der tilsammen skaber en forståelse for kroppens funktion og er nødvendig viden, hvis træningsfremgang er målet.

Forlag, udgivere og forfattere undervurderer tit læserens lyst til at vide mere. Det gør Christian og Thomas ikke. De vil være med til at skabe forandring af løbeoplevelsen. Det gør de med en detaljeret gennemgang af den nyeste fysiologiske træningsviden, hvor du som læser kan plotte dig ind på de løbedistancer, du har formuleret for dig selv som værende dine mål med træningen. Træningsplanlægning i forhold til løberens udgangspunkt bliver skitseret. Løbestil, sko, udstyr, kost, væske, mental træning, ældre og unge og løb i udlandet gennemgås omhyggeligt. Den fysiologiske viden formidles, så det kan læses af alle, der er nysgerrige nok.

Kan andre end begyndere anvende bogen? Jeg mener faktisk, at samtlige seriøse løbere i landet bør læse den og forholde sig kritiske til teksten, men også til deres egen måde at dyrke deres løbesport på. I min kliniske hverdag har jeg mødt udsagn hos skadede eliteløbere som, "jeg træner fedtforbrænding, fordi jeg har fået min menstruation tilbage, hvilket jeg tager som udtryk for at min form er for dårlig" eller "jeg har vænnet mig til smerte; jeg har altid lidt ondt i benene, så hvorfor skulle jeg reagere anderledes på denne smerte".

Kapitlerne om ernæring burde indeholde en kommentar om negativt energiindtag resulterende i træningsinduceret anorexia, som mange løbere er præget af. I forlængelse af dette optræder stressfracturer meget mere udbredt hos den kvindelige løber, end bogen giver udtryk for.

I kapitlerne om løbesko, kunne jeg godt tænke mig, at der havde været en historisk gennemgang af løbeskoenes udvikling, måske som en af de talrige og gode faktuelle tekstbokse, som præger kapitlerne. Dette for at forstå skoens nuværende udformning og gennemskue udviklingstendenser. Forfatterne kunne træde mere kritisk frem og skrive hvad de mener om markedet for løbesko.

Jeg har først og fremmest læst bogen som fysioterapeut, der selv bruger megen af min tid på rehabilitering og træning af idrætsudøvere. Derved bliver afsnittene om løbestil

og biomekanik, sko, løbeskader, forbyggelse og genoptræning centrale i min læsning. Her løber Christian Neergaard og Thomas Larsen ind i samme problem som hovedparten af den idætsmedicinske litteratur, nemlig problemet med at skabe en forståelsesramme af overbelastningsskadebegrebet, når målgruppen ikke er specialister. Intentionerne er, at bogen skal kunne anvendes, som opslagsværk til selvdagnosticering.

Det er vanskeligt at skabe indsigt, der gør det muligt at forstå, hvorfor en skade kan være forårsaget af flere biomekaniske årsager, der kan være langt væk fra smertestedet. For eksempel at alle underkøstremiteternes led skal anskues, og samspillet med kropsstykket også skal vurderes ved hver eneste overbelastningsskade. Der bliver mange faktorer at holde styr på, når eksterne træningsfaktorer ligeledes skal inkalkuleres.

"Løberknæet" kan være et godt eksempel. Løberknæet kan jo erkendes, som beskrevet i bogen, som et friktionsproblem imellem knoglefremspring og sene på ydersiden af knæet. Fodens stilling skal vurderes, træningsmængden og dermed træningsdagbogen skal analyseres. Men det er ikke nok - hoftens muskelsamspil skal ligeledes inddrages, hvilke muskler er overaktive og stramme, hvilke er inhiberede og svage. Hvordan er synergisamspillet i de stabiliserende muskler For eksempel m.tensor fascia lata over for m.gluteus medius, hvilken rotationskomponent bliver den dominerende. Hvordan er den relative fleksibilitet imellem bevægelsessegmenterne. Tydningen af dette problem kunne være indgangen til at løse underkøstremitetens og ikke kun "løberknæets" dårlige biomekanik.

En indlagt CD-ROM med analyseaspekter kunne være en mulighed for at skabe større forståelse i den store dysfunktions sammenhæng. Løbestilsanalyser, øvelsessekvenser og visning af løbeskoenes forskelligheder og sikkert mange flere emner kunne med fordel vises i real time video. Dette kunne være en ide til anden udgave af bogen. Munksgaard har gjort det med lektor Finn Bojsen-Møllers sidste udgave af bevægeapparatets anatomi.

Jeg mener overordnet, at det er en dejlig og nødvendig bog som Christian Neergaard og Thomas Larsen har skrevet. Bogen vil forhåbentlig være med til at sætte nye standarder for, hvor detaljerig formidling kan være til lægfolk, uden at teksten bliver tung og kedelig, og uden at fyssernes løftede pegefingre er til stede overalt. Bogen bør læses eller anvendes som opslagsværk af alle fysioterapeuter, der beskæftiger sig med mennesker i løbebevægelse. Godt gået drenge! – god læse lyst!

Anmeldt af fysioterapeut John Verner

"Gyldendals Løbebog", Christian Neergaard og Thomas Larsen, Gyldendal 2002 ISBN 87-00-46544-5

Når der skal ansættes fysioterapeuter!

Du kan være heldig, når du indrykker en stillingsannonce i det lokale dagblad, på din egen hjemmeside eller på en jobportal.

Men der er kun et sted at gå hen, **når du vil være sikker på at finde den rigtige fysioterapeut til jobbet.**

**”Tidsskriftet Fysioterapeuten
hjælper dig med at løse
rekrutteringsproblemet”**

Fysioterapeuten www.fysio.dk





Danske Fysioterapeuter

Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K.
telefon: 33 13 82 11
fax: 33 13 95 97
email:
df@danske-fysioterapeuter.dk
Postgiro: 8 00 17 90

Telefontid:
Mandag - onsdag: 9 - 15
Torsdag: 9 - 16
Fredag: 9 - 14

Formand:
Johnny Kuhr

Hovedbestyrelsen:
Johnny Kuhr
Solvejg Pedersen
Vibeke Laumann
Lise Hansen

Marianne Stannum

Lena Olsen
Brian Errebo-Jensen
Maila Pedersen
Lene Christoffersen
Observatør for de studerende:
Jacob Lindgreen

Sekretariatsleder:
Elisabeth Haase

Hovedstadskredsen (1)
Kredssekretær Bjørn Hesselbo
Tlf. 3535 2707
Telefontid: Mandag 17 -18 og
onsdag 11 - 14
email:
hovedstadskredsen@danske-
fysioterapeuter.dk

Københavns amtskreds (2)
Kredssekretær Birgitte Kristensen
Tlf. 3538 7545
Telefontid:
Mandag + torsdag 10.30 - 13.00
email: koebenhavnsamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Frederiksborg amtskreds (3)
Kredssekretær Annemette Elbrønd
Tlf.: 4825 5045
Fax: 4825 5099
Telefontid:
Mandag 16 - 17 og onsdag 10 - 13
email: frederiksborgamtskreds@danske-
fysioterapeuter

Roskilde amtskreds (4)
Kredssekretær Vibeke Johnsen
Tlf.: 4632 3881
Fax.: 4632 3819
Telefontid:
Tirsdag og torsdag 10-12
email:
roskildeamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Vestsjællands amtskreds (5)
Kredssekretær Bodil Feilberg
Tlf.: 5850 5116
Telefontid: Mandag 8.30-9.30 og
onsdag 10 - 13
email:
vestsjaellandsamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Storstrøms amtskreds (6)
Kredssekretær Susanne de Lichtenberg
Tlf.: 5573 2273
Telefontid: Mandag 13-15
og tirsdag 8.30-11.30
email:
storstroemsamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Bornholms amtskreds (7)
Kredssekretær Jens Borup Pedersen
Tlf.: 5649 1569
Telefontid:
Tirsdag 19 - 20 og fredag 13 - 15
email: bornholmsamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Fyns amtskreds (8)
Kredssekretær Dennis P. Madsen
Tlf.: 6613 2326
Fax. 6613 2345
Telefontid:
Mandag 13 - 15 og onsdag 11 - 16
email: fynsamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Nordjyllands amtskreds (9)
Kredssekretær Lene Christoffersen
Tlf. 9818 3509
Fax: 9818 7047
Telefontid: Tirsdag 10 - 13
og torsdag 17-18
email:
nordjyllandsamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Viborg amtskreds (10)
Kredssekretær Henny Brandt Jensen
Tlf. + fax: 9751 4766
Telefontid:
Mandag og fredag 12.30 - 14.30
email:
viborgamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Århus amtskreds (11)
Kredssekretær Søren Glad Selander
Tlf.: 8618 3666
Fax: 8730 0919
Telefontid:
Tirsdag 13-16 og fredag 10-13
email:
aarhusamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Ringkøbing amtskreds (12)
Kredssekretær Annette Lumby Rasmus-
sen
Tlf. 9740 4021
Telefontid: Onsdag 13.30 - 15.30
og torsdag 13.30 - 16.30
email: ringkoebingamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Vejle amtskreds (13)
Kredssekretær Helle Schou
Tlf. + fax: 7582 9577
Telefontid:
Tirsdag 12 - 13.30
og torsdag 10 - 12.30
email:
vejleamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Ribe amtskreds (14)
Kredssekretær Brian Errebo-Jensen
Tlf.: 7513 6261
Mobil 2679 2168
Telefontid: Mandag 12.30 - 15.00
og torsdag 19-20 på mobil 2679 2168
email:
ribeamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Sønderjyllands amtskreds (15)
Kredskontoret
Tlf.: 7462 3114
Telefontid:
Mandag 11-12 og torsdag 20 - 21
på mobil 2679 2168

email:
soenderjyllandsamtskreds@danske-
fysioterapeuter.dk

Færø-kredsen (16)
Kredssekretær Jorun Simonsen og Her-
vør Eydinsdottir
Tlf.: 00298319040
Fax: 00298315727
Telefontid: Tirsdag 19-20 og
torsdag 14-16 (lokal tid)
E-mail:fysioter@post.olivant.fo