

Nr. 22/december/2002

84. årgang



ANT til musearm

En undersøgelse af 21 patienter med besvær i skulder, arm, hånd og fingre. Side 14

Fysioterapeuten www.fysio.dk

*Smukt sænker smerten
Sine sølvtråde ned gennem
Svælget, spiserøret & du mærker
Sulten efter at blive holdt om*



■ Læs fysioterapeut
Hans Henrik Kleinerts
digte på side 22

Artikler

Det Nationale Indikatorprojekt



Efter nytår starter en landsdækkende overvågning af sygehuskvaliteten. Resultaterne for seks store sygdomsgrupper vil blive offentliggjort amt for amt, så borgere og politikere kan se, hvor god en kvalitet de får for deres penge. Samtidig skal overvågningen give terapeuter, læger og sygeplejersker et redskab til at udvikle deres virksomhed.

4

ANT til musearm



En undersøgelse af 21 patienter med besvær i skulder, arm, hånd og fingre viste, at de havde en infraklavikulær påvirkning af plexus brachialis. Der var god effekt af behandling med ANT konceptet.

14

Faget har fået en hemiplegi med neglect



Det er ikke al viden, der kan pakkes ind og ud af bøger. Hvis fysioterapifaget ikke passer på sig selv, bliver akademiseringen et handicap, mener lektor Steen Wackerhausen.

20

Debat om videnskabeliggørelse

Når patienterne går til fysioterapeut, er det for at få et bedre fysisk funktionsniveau, ikke for at få evidensbaseret fysioterapi

27



Jul og nytår i DF og på Fysioterapeuten

FOTO: LARS BAHL/BAM

DF's sekretariat har begrænset jule-åbningstid. Den 23., 27. og 30. december svarer sekretariatet kun mellem kl. 9 og 12. Af samme jule-årsag er dette det sidste nummer af Fysioterapeuten i år. Det første nummer i 2003 udkommer den 17. januar. Der er deadline for annoncering af møder og kurser den 2. januar og deadline for debat den 6. januar.

God jul og godt nytår til alle!

Det faste

Fysnyt 13

DFnyt 19

Litteratur 26

Debat 27



FORSIDE:
GITTE SKOV

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
89 39 88 33
www.stibomedia.dk
fysioterapeuten@stibomedia.dk

Kontrolleret oplag 8.949
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2001 - 30. juni 2002

84. årgang.
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 Couppe
Ulla Mulbjerg
Poul Henriksen
Jeanette Præstegaard
Karen Thøgersen
Nina Beyer
Jette Christensen
Bente Holm

ISSN 1601-1465

Motion for alvor

Motion har fået videnskabens blå stempel som et lægemiddel, der både kan forbygge og behandle en række sygdomme og lidelser. Det var baggrunden for og budskabet i en høring, som blev afholdt 21. november i Landstingssalen på Christiansborg. Her havde Praktiserende Lægers Organisation, Forum for Motion og Dansk Selskab for Almen Medicin sat "Motion som fremtidens lægemiddel" på dagsordenen.

Den fremlagte dokumentation for motionens effekt på en række sygdomme og lidelser var overbevisende. Eksempelvis at blot en halv times daglig motion kan minimere risikoen med op til 50 procent for udvikling af hjertekarsygdomme, diabetes II, depression m.fl., ligesom motion er yderst virksom som behandling på de samme lidelser. Eller som formanden for Forum for Motion, læge dr. med Henning Kirk, sammenfattede det: "motion er et meget potent lægemiddel."

Det var tale om en tiltrængt høring over et yderst relevant emne, og arrangørerne skal have stor ros for at have taget initiativet. Men der var også et men. Nemlig den nagende fornemmelse af, at dette fremragende lægemiddel risikerer ikke at blive behandlet efter fortjeneste.

Jeg savnede for eksempel en præsentation af projektet "Motion på recept" fra Ribe eller Vejle amter. Det seneste halve år har en gruppe læger, sundhedskonsulenter, fysioterapeuter og kostvejledere arbejdet på at beskrive projekterne, der går i gang i disse dage. Her har man forsøgt at indarbejde og tage højde for en række af de problemstillinger, der blev rejst på høringen. Der er lavet detaljerede beskrivelser af, hvordan man kan tilpasse behandlingen individuelt og systematisk opsamle og vurdere resultaterne for at sikre den bedst mulige effekt af de forskellige motionsformer.

I stedet havde arrangørerne valgt at lade en praktiserende læge fra Hillerød gøre rede for, hvordan han registrerer, hvad der findes af motions- og træningstilbud til ældre i lokalområdet. Et fint initiativ fra en praktiserende læge, men som model for hvordan man kan bruge motion som behandling, synes jeg det er noget tyndt.

Jeg håber, at jeg tager fejl. Altså at høringen er startskuddet til en proces, hvor der arbejdes lige så systematisk med motion som med nye operationsteknikker og farmica. Og at man forstår at udnytte de erfaringer, som en række andre faggrupper, herunder fysioterapeuter, allerede har gjort med motion. For opgaven må være at forene gode kræfter for at udnytte det fulde potentiale af det meget virksomme "lægemiddel" motion.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter

Seks store sygdomme skal overvåges

indgang I 1999 blev det besluttet at etablere Det Nationale Indikatorprojekt. Projektet løber fra 1. september 2000 - 1. oktober 2003 og omfatter alle amter og H:S. De konkrete mål med Det Nationale Indikatorprojekts gennemførelse er:

- * at udvikle den sundhedsfaglige kvalitet med fokus på kvalitetsmål og indikatorer for de sundhedsfaglige kerneydelser
- * at udvikle viden om den sundhedsfaglige kerneydelseskvalitet således, at denne kan indgå i en politisk-ledelsesmæssig prioritering samt
- * at udvikle retvisende information til borgerne om den sundhedsfaglige kvalitet.

Kilde www.nip.dk

(NIP) Efter nytår starter en landsdækkende overvågning af sygehuskvaliteten. Resultaterne for seks store sygdomsgrupper vil blive offentliggjort amt for amt, så borgere og politikere kan se, hvor god en kvalitet de får for deres penge. Samtidig skal overvågningen give terapeuter, læger og sygeplejersker et redskab til at udvikle deres virksomhed

AF JOURNALIST KIRSTEN BJØRNSSON
FOTO MIKE KOLLÖFFEL OG VIGGO LANDAU

■ Historien om Det Nationale Indikatorprojekt startede med en fejloperation på Randers Central-sygehus i december 1995.

En 79-årig kvinde fik fjernet en nyre i stedet for milten og døde kort efter. Det blev forståeligt nok en stor sag, hvor cheflæge Paul Bartels måtte stille op i medierne. Her oplevede han, at han ikke kunne svare på nogle af de allervigtigste spørgsmål.

"Det var en sag, der hurtigt holdt op med at dreje sig om den enkelte skandale," fortæller han.

"Enkelt-sager har sundhedsvæsenet altid kendt. Men her blev det til en anklage mod 1.500 menneskers virksomhed. Det var ikke kun kirurgen, der blev hængt ud. Hele staben blev voldsomt eksponeret."

Paul Bartels husker stadig klippene fra indslaget i lokal-tv. Hvor folk i snedriverne uden for sygehuset trak vældig på det, når tv-journalisten spurgte, om de havde lyst til at blive indlagt her.

"Vi konstaterede, at vi kunne svare på meget. Men vi stod helt på bar bund, når vi blev spurgt: Hvor godt er det, I laver? Og hvor godt er det i forhold til, hvad det burde være?"

Det var problematisk for mig som leder. For hvis der havde stået i avisen: De hugger af kassen på Randers Centralsygehus - så kunne jeg have aflagt et detaljeret månedligt regnskab og en ekstern revisionsrapport, der viste, at ingen tog af kassen."



DE STORE SPØRGSMÅL

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), som Paul Bartels i dag er leder af, skal kort fortalt levere svar på de spørgsmål, der stod ubesvarede efter den ulykkelige sag i Randers. Hvor god er den samlede behandling, et sygehus eller en afdeling giver sine patienter? Og lever det op til den kvalitet, fagfolk mener, behandlingen bør have?

Efter nytår begynder det danske sygehusvæsen at registrere kvalitet på seks store sygdomsområder: apopleksi, hoftenære frakturer, akut mave-tarm-kirurgi, skizofreni, lungecancer og hjerteinsufficiens.

For hver af disse sygdomme har en gruppe læger, sygeplejersker og andre fagfolk udvalgt en halv snes målepunkter (indikatorer), som tilsammen skal give et billede af kvaliteten i undersøgelse, behandling, pleje og genoptræning af denne patientgruppe.

Indikatorerne er f.eks. dødelighed, funktionsniveau efter operation, andel patienter, der modtager en bestemt behandling, osv.

For hver indikator er der fastsat en standard,



Hjerteinsufficiens er en af de udvalgte sygdomme. Her er tilbud om fysisk træning blevet en af indikatorerne.



Cheflæge på Randers Centralsygehus, Paul Bartels, er leder af Det Nationale Indikatorprojekt. I forbindelse med en uheldig sag på Randers Centralsygehus har han selv erfaret, hvor vigtigt det er, at et sygehus kan dokumentere kvaliteten.

f.eks. hvor stor dødeligheden må være, eller hvor mange procent af patienterne der skal nå et bestemt funktionsniveau.

ÅBENHED OM RESULTATER

Alle afdelinger, der behandler patienter fra en af de seks grupper, skal deltage i registreringen. De vil løbende få tilbagemeldinger om deres resultater, og hvordan de ligger i forhold til den vedtagne standard.

Resultaterne vil blive offentliggjort. Ikke de rene tal, for det vil give et uretfærdigt billede af afdelingernes kunnen. De afdelinger, der modtager de dårligste patienter, ville uundgåelig stå med de dårligste resultater.

”Det er klart, at man ikke umiddelbart kan sammenligne apopleksiafdelinger, der modtager gamle, svært plejekrævende, med apopleksiafdelinger, der udreder lettere grader af apopleksi. Man vil korrigere for sygdommens sværhedsgrad,” siger Paul Bartels.

Resultaterne bliver også korrigeret for andre forskelle i afdelingernes patientunderlag som for-

skelle i patienternes alder, køn og forekomsten af andre sygdomme.

Før det korrigerede resultat bliver offentliggjort, får afdelingen eller amtet lejlighed til at tilføje en forklaring på, hvorfor resultaterne måske er dårligere end standarden.

Paul Bartels tilføjer, at der formentlig vil være huller i registreringen her og der. Det viser erfaringen med andre former for registrering i sundhedsvæsenet.

”Men vi vil offentliggøre data alligevel. Det har vi forpligtet os til.

Så må det blive med den tværfaglige kommentar, at der måske er et problem, men at man ikke rigtig kan udtale sig om det, fordi man ikke har været gode nok til at samle data op. Det er jo også en oplysning til offentligheden.”

BORGERNES PENGE

NIP-projektet er en videreudvikling af den såkaldte Århus-model, som Paul Bartels udviklede i årene efter Randers-sagen, bl.a. sammen med læge, ph.d. Jan Mainz, der i dag er projektleder på NIP. ►

- ▶ De spørgsmål, som Randers Centralsygehus var forberedt på i 1995, er siden kommet højt på den politiske dagsorden. Og samtlige aktører i det danske sundhedsvæsen har været enige om at videreudvikle Århus-modellen til en landsdækkende model.

Amterne og H:S betaler for NIP-projektet. De faglige organisationer og videnskabelige selskaber har udpeget eksperterne i de arbejdsgrupper, der har udvalgt indikatorerne på de enkelte sygdomsområder. De centrale sundhedsmyndigheder bakkerte projektet op.

"Det handler om at stå til regnskab," siger Paul Bartels om formålet. "Ligegyldigt om man er en offentlig eller privat virksomhed, så forlanger borgerne at få at vide, hvad der kommer ud af de penge, de bruger på os."

Overvågningen kan blive et redskab for fagfolk og politikeres prioriteringer. Nu vil man kunne følge konsekvenserne for en patientgruppe, hvis afdelingerne opruster eller skærer ned.

Der kan også være situationer, hvor den enkelte patient kan bruge resultaterne som valggrundlag, afhængig af hvilke sygdomsgrupper man har valgt at overvåge. Men det ligger længere ude i tiden,.

"De sygdomme, vi har valgt i projektperioden, er i vid udstrækning akutte sygdomme, der ikke rammer den aktive, kompetente, vælgende forbruger. Når man pludselig falder om med halvsidig lammelse, går man ikke ind i en tabel og ser, hvilket sygehus der er det bedste," siger Paul Bartels.

"Men på vores resultater vil borgerne i et amt kunne se, om den apopleksibehandling, deres bedstemor måske skal have, svarer til, hvad man får andre steder i Danmark."

FEEDBACK PÅVIRKER PRAKSIS

Sidst og ikke mindst er overvågningen et redskab til at udvikle klinikken, fremhæver Paul Bartels.

"Vi har raffineret nogle kendte redskaber, nemlig afrapportering til fagfolk om, hvad resultatet er af deres virksomhed. For hvis man får feedback, så påvirker det i sig selv ens adfærd."

Der er ingen kliniske retningslinjer eller detaljerede anvisninger knyttet til indikatorerne. Hvis en afdeling konstaterer, at resultaterne er ringere, end de skal være, må læger, sygeplejersker og te-

rapeuter selv finde ud af, hvad det kan skyldes, og hvordan niveauet kan forbedres. Det er helt i overensstemmelse med moderne ledelsesfilosofi i sundhedsvæsenet, påpeger Paul Bartels.

"Det hele er blevet så komplekst, at man må lægge ansvar og kompetence ud til den enkelte medarbejder. Man må give medarbejderen, hvad der skal til for at klare jobbet, men som ledelse kan man ikke stå og sige: Har I nu husket at vaske hænder før operationen."

Ledelsen må se på, om organisationens mål bliver opfyldt, men medarbejderen er den, der ved hvordan."

ALLE FAGGRUPPER MED

Udvikling af indikatorer, registrering og bearbejdning af data kræver et stort apparat, og Paul Bartels forestiller sig ikke, alle sygdomme skal overvåges på denne måde. Måske med tiden de 25-30 største og dyreste sygdomsgrupper.

Til gengæld er han overbevist om, at den landsdækkende overvågning vil fortsætte ud over projektperioden, som er sat til et år.

"Projekt eller ikke projekt, så tror jeg ikke længere, noget sundhedsvæsen kan komme uden om at lave systematisk dataindsamling på store patientgrupper."

Projektet har meget til fælles med de kliniske databaser, der i de senere år er oprettet og drevet af læger inden for enkelte specialer.

Men til forskel fra de kliniske databaser måler Det Nationale Indikatorprojekt kvaliteten meget bredere.

"F.eks. koncentrerer de kirurgiske databaser sig gerne om det operative indgreb, og hvordan det er udført. Mens oplysninger om, hvordan patienten er forberedt til operationen, og hvordan det er gået postoperativt, er mere sparsomme."

Der er almindelig faglig enighed om, at den går ikke. De andre ting har også betydning, og man bevæger sig væk fra det rent lægelige område til den tværfaglige indsats.

Derfor kan alle faggrupper også lige så godt indstille sig på, at det her kommer." -

Se i øvrigt hjemmesiden www.nip.dk

Artiklen har været bragt i *Sygeplejersken* nr. 38/2002

Tegn på kvalitet

(NIP) En løbende overvågning af sundhedsvæsenets kvalitet kræver en faglig og politisk vilje, som først har været til stede i de seneste år. Men den kræver også nye metoder, som gør overvågningen overkommelig. Alternativet til dyre og tidskrævende gennemgange af hele forløb er at overvåge centrale processer og resultater som udtryk for kvaliteten på et område

AF JOURNALIST KIRSTEN BJØRNSSON
FOTO POUL RASMUSSEN

■ Det afgørende for patienterne er ikke, hvad der foregår i sundhedsvæsenet, men om der kommer et godt resultat ud af det.

Det er tankegangen bag Det Nationale Indikatorprojekt og helt i tråd med den internationale tendens inden for kvalitetsudvikling.

"I USA oplevede jeg i 1993, at man havde opgivet at lave audits, hvor man gennemgår et patientforløb fra ende til anden", fortæller Jan Mainz, der er projektleder på Det Nationale Indikatorprojekt.

"Det krævede for mange ressourcer. I stedet valgte man nogle kerneområder ud og sagde: Her skal resultaterne være i orden".

Det princip har Det Nationale Indikatorprojekt overført til seks store sygdomsområder. Tværfagli-



Apopleksi er blandt de sygdomme, der er omfattet af Det Nationale Indikatorprojekt.

- ge ekspertgrupper fra hvert område har gennemgået faglitteraturen og sammensat en buket på otte til 19 målepunkter, indikatorer, der tilsammen skal give et bredt billede af kvaliteten.



FORSKNING IKKE NOK

"Andre projekter stopper som regel, når man har konstateret, hvordan kvaliteten ser ud", tilføjer Jan Mainz.

"Men når vi får resultaterne, starter en ny proces. Så skal vi have fagfolk i de enkelte afdelinger og amter, men også nationalt til at se på dem. Inden for de enkelte specialer skal der etableres auditgrupper, som også skal vurdere forbedringspotentialer. Om man kan lære noget af et andet sygehus, der har flotte resultater på et område, hvor man selv har dårlige".

For 20 år siden satte ingen spørgsmålstejn ved kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Når lægerne sagde, den var i orden, så var den i orden. Og da man begyndte at tale kvalitetssikring først i 90'erne, startede man med områder som service og patienttilfredshed.

"Men langsomt er der kommet flere og flere data, som har sat spørgsmålstejn ved kvaliteten", siger Jan Mainz. Han henviser til forskningen fra 80'erne, der viste store variationer i klinisk praksis fra det ene sygehus til det andet. Nogle gynækologer foretog f.eks. tre gange så mange kejsersnit som andre, og ved fjernelse af livmoderen var forskellen endnu større.

"Det var her, man begyndte at sætte spørgsmålstejn ved, om den faglige kvalitet var lige god alle steder. Og langsomt skiftede fokus til de faglige kerneydelser".

Før den tid var tankegangen, at hvis fagfolkene havde de rigtige kvalifikationer, var det en garanti for kvaliteten. Det er ideen bag sundhedsvæsenets autorisationsordninger.

Siden skiftede interessen til processen, til rutiner og procedurer, men først i begyndelsen af 90'erne begyndte man at se på resultater.

I de kliniske forsøg har man altid sammenlignet resultater på mål som dødelighed og komplikationsrater. Men resultaterne af sundhedsvæsenets daglige praksis har der ikke været faglig og politisk vilje til at overvåge systematisk før i de senere år.

"Filosofien har været, at når vi har den kliniske forskning, og den viser, at vi skal bruge en bestemt pille, og vi bruger den pille, så må det være godt nok", siger Jan Mainz.

"Den tankegang er forkert, det ved vi i dag. Selv om man bruger evidensbaserede behandlin-

ger, er det ikke sikkert, behandlingen er i top. Man må f.eks. spørge, om alle patienter får den rigtige pille, og om det går hurtigt nok. Får patienterne den rigtige behandling, men for sent?"

Det Nationale Indikatorprojekt er på mange måder designet, så det kan bane vejen for løbende kvalitetsovervågning i stor målestok. De seks sygdomsområder er valgt ud, så der bliver opsamlet erfaringer med registrering på meget forskelligartede områder.

Der indgår både somatik og psykiatri, store akutte patientgrupper som mave-tarm-kirurgi, hoftenære brud og apopleksi, men også kroniske og livslange forløb som skizofreni og hjerteinsufficiens. Lungecancer, hoftebrud og apopleksi er klart afgrænsede diagnoser, mens hjerteinsufficiens er mere vagt defineret, og akut mave-tarm-kirurgi er en stor fællesbetegnelse.

FAGLIGT EJERSKAB

Jan Mainz understreger, at projektet bliver bakket op af alle aktører i sundhedsvæsenet. Amterne og H:S, der betaler for projektet, har været med til at udpege de seks sygdomsgrupper sammen med de øvrige parter, og de eksperter, der har udvalgt indikatorerne, er udpeget af de faglige organisationer og de videnskabelige selskaber.

"Så vi har en begrundet tro på, at de folk, der sidder i indikatorgrupperne, er dem, der ved mest på området. På den måde har vi forsøgt at gøre det faglige ejerskab til målepunkterne så stort som overhovedet muligt".

At få afdelingerne til rutinemæssigt at registrere deres resultater kræver en kulturændring. Og i første omgang er der også tale om et stykke ekstraarbejde. På fire af de seks områder har afdelingerne endda måttet registrere på papir i testfasen, fordi de nødvendige edb-programmer først er under udvikling.

Men når den landsdækkende registrering går i gang efter nytår, kommer det til at foregå på edb. Og med tiden og den elektroniske patientjournal vil ekstraarbejdet med registreringen blive yderligere begrænset.

"Så vil en lang række data blive født over i vores database direkte fra den elektroniske patientjournal", siger Jan Mainz.

"Allerede nu er der en del indikatorer, man slipper for at registrere, f.eks. dødelighed. Den får vi direkte fra registre."

Artiklen har tidligere været bragt i Sygeplejersken nr. 38/2002

INDIKATORER OG PROGNOSTISKE FAKTORER

Indikatorer kan være mål for resultatet, f.eks. er antallet af reoperationer en indikator for kvaliteten i behandling af hoftebrud. Indikatorer kan også være procesmål. F.eks. hvor mange af patienterne i sygdomsgruppen, der får vurderet deres ernæringsrisiko. Procesmål er valgt, hvis der er dokumentation for, at en bestemt proces er afgørende for et godt slutresultat.

For hver indikator er der sat en standard, så de deltagende afdelinger kan se, om deres resultater lever op til den bedste kendte praksis.

Et velkendt problem i den slags sammenligninger er, at en rå registrering af dødelighed, komplikationsrater osv. ikke siger noget om kvaliteten i en afdeling. Alt andet lige vil de højt specialiserede afdelinger have de dårligste resultater, fordi de modtager de dårligste patienter.

Derfor indgår det som en vigtig del af Det Nationale Indikatorprojekt, at afdelingernes resultater skal justeres for forskelle i patientgrundlaget.

For hvert sygdomsområde har man udpeget en række prognostiske faktorer, dvs. forhold, som har vist sig at forringe patienternes chancer for et godt resultat. Samtidig med, at afdelingen registrerer på de udvalgte indikatorer, skal den registrere patienternes alder, rygning, alkoholforbrug, over- eller undervægt osv.

Hvis disse registreringer viser, at afdelingens patientgrundlag er mere eller mindre belastet end gennemsnittet, skal afdelingens resultater justeres tilsvarende.

Denne bearbejdelse af data foregår på klinisk-epidemiologiske afdelinger, Aarhus Universitetshospital og på Center for Sygdomsforebyggelse i Glostrup.

TEMPUR®

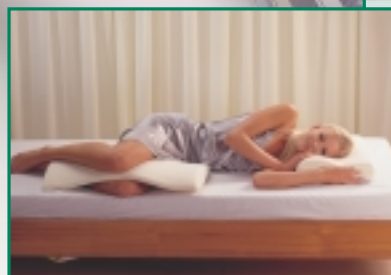
Decubitusprofylakse – Bedre end behandling...

TEMPUR® Produkterne er specielt effektive til forebyggelse og behandling af tryksår

Med virksomme og let anvendelige antidecubitus produkter kan tryksår forebygges.



Vissebjerg Tryk A/S



TEMPUR®
Multipuden



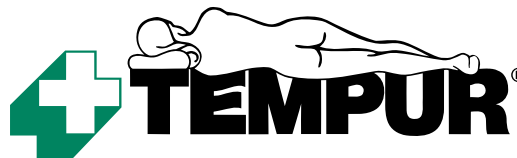
TEMPUR®
Kørestolspuden



TEMPUR®
Kombimadrassen

Få TEMPUR®
produkter
til afprøvning

Ring på vores gratis kundeservice **80 60 05 40** for yderligere information og bestilling af produkter.



TEMPUR DANMARK A/S · Holmelund 43 · DK-5560 Aarup
Tlf. 63 43 43 69 · Fax 63 43 43 60 · E-mail: info@tempur.dk

Fysioterapeutiske fingeraftryk

indgang DF har udpeget fysioterapeuter til fire af arbejdsgrupperne under indikatorprojektet: I arbejdsgruppen for apopleksi sidder Annette Winkel og Annette Ingemann; i arbejdsgruppen for hoftenære frakturer sidder Hanne Albert og Marianne Thorsen; i arbejdsgruppen for lungecancer sidder Lene Løchte og i arbejdsgruppen for hjerteinsufficiens sidder Hanne Morthorst.

(NIP) Det Nationale Indikatorprojekt er blevet til med fysioterapeuter i fire af de fem arbejdsgrupper – henholdsvis hjerteinsufficiens, apopleksi, hoftenære frakturer og lungecancer

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO MIKE KOLLÖFFEL

■ Selvom der fra begyndelsen har siddet en fysioterapeut i arbejdsgruppen, der skulle udvælge indikatorer for kvaliteten af behandlingen til patienter med hjerteinsufficiens, har det langt fra været givet fra starten, at nogle af indikatorerne skulle komme til at dreje sig om fysisk træning.

Men sådan er det blevet. Efter nytår skal alle landets hospitaler registrere, blandt andet om den hjerteinsufficiente patient er blevet NYHA-klassificeret (fysisk funktion) og har fået et formaliseret tilbud om fysisk træning, så det er en tilfreds Hanne Morthorst der gør status over forløbet i arbejdsgruppen.

”Når man begynder i sådan en arbejdsgruppe, starter man nok altid med et pænt højt ambitionsniveau, og så ender man et andet sted”, siger Hanne Morthorst, der var eneste fysioterapeut i en gruppe med syv læger, fire sygeplejersker og en enkelt diætist.

”Det har været en balancegang, men sådan vil det jo altid være, når man sidder i en tværfaglig arbejdsgruppe med hver sine forskellige indfaldsvinkler. Alle vil gerne på banen, og så er det jo spændende, hvilket kompromis man ender med”.

Det er ikke første gang Hanne Morthorst har siddet i en lignende gruppe, men meget er blevet lettere med tiden, mener hun.

”Før trænede vi patienterne, fordi vi havde erfaring for, at det var godt, men det videnskabelige

var ikke med. Tiden har arbejdet for os med en mængde af ny evidens inden for de sidste 10 år”.

ET FORSØMT OMRÅDE

Hanne Morthorst fremhæver, at det har været en stor fordel, at der til arbejdsgruppen har været tilknyttet en dokumentalist. Al tilgængelig litteratur er blevet gennemgået, og man har kunnet bede om at få specifikke problemstillinger undersøgt.

”Set med fysioterapeutøjne er jeg yderst tilfreds med resultatet, set i forhold til, hvordan det kunne være blevet, men samtidig er jeg meget spændt på, hvad der bliver justeret, når vi skal se, hvordan det er gået i testperioden”, forklarer Hanne Morthorst med henvisning til, at standarden for NYHA-klassifikationen er sat til 100 procent, og for tilbud om formaliseret fysisk træning til 50 procent.

”Der er i dag ikke noget tilbud om formaliseret fysisk træning til de hjerteinsufficiente patienter. Da man ved, at træningen har så god effekt, er jeg glad for, at det er blevet en indikator”.

”I starten forestillede jeg mig, at man kunne lave en start-test og så en test igen efter for eksempel et tre måneders forløb, men efter mange, lange diskussioner om registreringsmåde blev resultatet, at registreringen ikke kunne blive longitudinal, og derfor blev det til én registrering fire uger efter første patientkontakt”.

Hanne Morthorsts baggrund for at sidde i arbejdsgruppen er hendes erfaringer med træning af hjertepatienter generelt.

”Evidensen for træningseffekten er nu så solid, at man må forholde sig aktivt til det. Samlet ser jeg projektet som et godt skridt i retning af at højne kvaliteten i behandlingen af de hjerteinsufficiente patienter”.

”Indikatorerne vil betyde, at man rent faktisk



Annette Winkel håber, at indikatorprojektet vil være med til at hæve kvaliteten i behandlingen af apopleksipatienter.



Der kommer fokus på en patientgruppe - de hjerteinsufficente - der set med fysioterapeutøjne er yderst forsømt, mener Hanne Morthorst.



Hanne Albert sidder sammen med Marianne Thomsen i NIP-arbejdsgruppen vedrørende hoftenære frakturer.

forholder sig til hver enkelt patients funktionsniveau og behov for fysisk træning, og der kommer fokus på en patientgruppe, der set med fysioterapeutøjne er yderst forsømt”, siger hun.

OPLEVEDE STOR RESPEKT

For fysioterapeuterne i indikatorarbejdsgruppen vedrørende hoftenære frakturer, Hanne Albert og Marianne Thomsen, har det også været en god oplevelse at være med i udvælgelsen af indikatorerne – og de har været meget glade for at være to.

”Det var en perfekt kombination, at en af os var en hamrende dygtig kliniker, mens den anden havde forstand på videnskabelig metode. Man kan godt være ængstelig for, hvordan arbejdet vil forløbe i en tværfaglig gruppe med 12 personer med så forskellig baggrund og bekymret over, om man vil blive taget alvorligt, når man ”kun” er fy-

sioterapeut”, siger Hanne Albert, men tilføjer, at det er gået over al forventning.

”Vi oplevede stor respekt for det arbejde, fysioterapeuterne gør på de ortopædkirurgiske afdelinger, men vi blandede os kun i det, vi har forstand på, og absolut ikke i liggesår og røntgenbilleder”.

Hvor det ifølge Hanne Morthorst var en stor fordel at have tilknyttet en dokumentalist, ser Hanne Albert det som en fordel, at de i hoftegruppen har skullet lave hele litteraturgennemgangen selv.

”Det betød jo, at vi fik læst artiklerne rigtigt, rigtig grundigt, så jeg følte, at jeg kunne argumentere med stor vægt og ikke på baggrund af andenhåndsinformation”.

GANGFUNKTION OG SMERTE

Som en af indikatorerne på kvaliteten af behandlingen af hoftenære frakturer er valgt andelen af ►

Fysioterapeutiske fingeraftryk



*Så prøv dog
en **Dynamo[®]
Stol Aps***

**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

► patienter, der fem dage efter operation opnår en gangfunktion svarende til en "Timed Up & Go" score på mindre end 30 sekunder. Standarden er her sat til 50 procent.

En anden indikator er andelen af patienter, der fem dage efter operation har en VAS score på mindre end 4 ved mobilisering. Her er standarden sat til 85 procent.

Også ADL er kommet med, målt på andelen af patienter, der genvinder ADL-funktionen. Standard er sat til, at mindst 50 procent af patienterne fem dage efter operationen skal have en BADL score på mere end 22, og at mindst 50 procent fire måneder efter operationen skal have en total FRS (functional recovery score) på mere end 65.

På mange områder er indikatorerne inspireret af anbefalingerne i det tværfaglige referenceprogram for patienter med hoftebrud, der kom i 1999, men FRS er kommet til som noget nyt, fortæller Hanne Albert.

"Vi startede med Bartel, som er med i referenciprogrammet, men gennem litteratursøgningen fandt vi FRS, som er et hamrende godt skema, funktionelt og enkelt, og decideret beregnet til hoftefrakturer. Det var bare ikke oversat til dansk, men det er det nu".

Hanne Albert tør dårligt spå om indikatorprojektets betydning for fremtidens hoftepatienter.

"Det kommer helt an på afdelingerne. Det kan få alt fra uendelig meget betydning til uendelig lidt betydning. Men det plejer at være sådan, at når man ser, at andre er bedre end én selv, så operer man sig. Og jeg er sikker på, at det vil få fysioterapeuter til at tænke mere over deres praksis. Vi er ikke altid lige gode til at måle vores hverdag".

SKULLE ARBEJDE HURTIGT

Annette Winkel og Annette Ingemann har siddet i indikatorarbejdsgruppen vedrørende apopleksi.

Det var den gruppe, der gik først i gang, og de to fysioterapeuter blev kastet hovedkulds ind i arbejdet.

”Det kom bag på os, at vi allerede på det første møde blev konfronteret med et udkast til indikatorer. Men det skyldtes, at der i forvejen havde været noget lignende i gang i både Århus og HS”, fortæller Annette Winkel.

De to fik således ret travlt med en litteraturgenemgang inden det næste møde i gruppen. I udkastet var der nemlig ikke spor med om fysioterapi.

Men det kom der, og en indikator er således nu andelen af patienter, der af fysioterapeut vurderes med henblik på rehabilitering senest 2. indlæggelsesdøgn. Standarden er sat til mindst 90 procent.

Inden testfasen var tidsrammen sat til, at vurderingen skulle finde sted inden for 24 timer, men det har mange steder vist sig praktisk umuligt.

Selvom det nu er ændret til senest 2. indlæggelsesdøgn, forestiller Annette Winkel sig, at det vil give nogle organisatoriske udfordringer for fysioterapeuterne, der må være indstillet på at være til rådighed også i weekenden, hvis en patient for eksempel bliver indlagt fredag aften.

Hvad vurderingen konkret skal indeholde er fortsat op til den enkelte afdeling og fremgår således ikke af indikatorprojektet, som det for eksempel gør i forbindelse med de hoftenære frakturer.

”Det ville naturligvis være ønskeligt, hvis der var kommet konkrete test med i programmet, men jeg oplever det her som en start og forventer, det vil udvikle sig undervejs.

Annette Winkel håber, at indikatorprojektet vil være med til at hæve kvaliteten i behandlingen af apopleksipatienter.

”Styrken i det her er, at der ikke kun registreres, men at man også ser på, hvad der ligger bag de indkomne tal, og om der for eksempel er specielle vilkår, der gør, at en afdeling ikke når op på at få en fysioterapeutisk vurdering af 90 procent af patienterne inden for tidsrammen, men måske kun på 70 procent. Under alle omstændigheder vil det være et kvalitetsløft, at man ser på, hvorfor noget ikke kan lade sig gøre”. ■

De gamle skal styrketræne

(FORSKNING) ■ En australsk undersøgelse viser, at styrketræning med frie vægte havde signifikant større effekt på funktionsevnen end almindelig holdtræning med opvarmingsøvelser, bevægelighedstræning og muskeltræningsøvelser uden progressionsmuligheder. Barret C, Smerdely P: A comparison of community-based resistance exercise and flexibility exercise for seniors. Austr. J Physiother 2002, vol. 48, p. 215-219.

Samarbejde om genoptræning

(PROJEKT) ■ I forbindelse med et projekt etablerede Tønder sygehus og Vesteregnens kommuner et samarbejde om genoptræning af patienter med hoftenære frakturer. Der blev ansat en fysioterapeut for en toårig periode. Fysioterapeuten genoptræner patienterne på sygehuset og fortsatte derefter træningen i patientens eget hjem. I alt 62 patienter var med i projektet, der er blevet evalueret. Efter 12 uger kunne 77 % af projektpatienterne færdes udenfor, sammenlignet med de kun 28 % hos kontrolpatienterne. Projektet havde også som formål at sikre kontinuitet og optimering af træningsindsatsen på sygehuset og i kommunen. I den afsluttende evalueringsrapport anbefales det, at der ansættes en koordinerende fysioterapeut, der skal være bindeled mellem sygehuset og kommunen.

Motorik og kognitiv funktionsniveau

(BØRN) ■ I en artikel fra det norske Fysioterapeuten præsenterer Thomas Moser videnskabelige resultater af sammenhængen mellem motorik og kognitiv funktionsniveau. Det konkluderes i artiklen, at det kræver træning af de kognitive processer for at hæve det kognitive funktionsniveau. Om motorisk aktivitet kan fremme disse processer, vides endnu ikke. At motorik og læring hænger sammen, betyder ikke automatisk, at motorik er forudsætning for læring. Det kunne ligeså godt være omvendt, at børn med svage kognitive forudsætninger har svært ved at forstå bevægelsesopgaver, skriver Thomas Moser. Fysioterapeuten (Norge) nr. 12, november 2002. Artiklen kan downloades fra www.fysioterapeuten.no

Somatic Experiencing

(TRAUMER) ■ Somatic Experiencing er en metode til at behandle traumer via fokusering på kropslige fornemmelser, somatisk erfaringsdannelse, hvor man sætter kroppes selvregulerende processer i gang. Metoden bygger på dr. Peter Levines teorier og metode og kan benyttes til behandling af traumatiserede flygtninge. De første krops- og psykoterapeuter har taget uddannelsen som SE practitioners. En ny uddannelse påbegyndes i maj 2003. Metoden har været omtalt i Psykolog Nyt nr. 15 fra d. 23. august i år.

ANT til musearm

(FORSKNING) En undersøgelse af 21 patienter med besvær i skulder, arm, hånd og fingre viste, at de havde en infraklavikulær påvirkning af plexus brachialis. Der var god effekt af behandling med ANT konceptet

AF OVERLÆGE JØRGEN RIIS JEPSEN,
ARBEJDSMEDICINSK AFDELING I ESBJERG
FOTO MIKKEL ØSTERGAARD

■ To ud af tre bruger computer i det daglige arbejde og hver femte lønmodtager har computerintensivt arbejde i mindst tre fjerdele af arbejdstiden. Samtidig arbejder et stigende antal med computeren næsten hele dagen og bruger et pegeredskab - som regel en mus - i over halvdelen af arbejdstiden. Vi ved fra en lang række undersøgelser, at mange af disse computeroperatører får ondt i armen, specielt i den arm, der betjener musen.

Foreløbige resultater fra NUDATA (1), Neck and upper limb disorders among technical assistants undersøgelsen tyder således på, at ca. 25 procent af de knap 10.000 medlemmer af Teknisk Landsforbund, som undersøgelsen vedrørte, angav, at de gennem de sidste syv dage havde haft moderate eller svære smerter i nakke, skuldre, albuer og underarme eller hænder. Den objektive undersøgelse viste dog kun beskedne tegn på somatisk sygdom, og der fandtes ikke flere objektive forandringer hos dem, der havde symptomer, end hos de symptomfrie. Der var ingen sikker sammenhæng mellem smerter og arbejde med mus, når dette udgjorde mindre end 25-30 timer om ugen, hvorimod længere tids arbejde medførte stigende hyppighed af smerter (1).

FORSKNING

Gerr og medarbejdere har for nylig publiceret et epidemiologisk studie af incidensen af skulder/arm symptomer og fund i et amerikansk materiale af personer, der påbegyndte arbejde med PC. Her fandt man en endnu højere forekomst af symptomer, og modsat den danske undersøgelse fandtes hos de fleste med symptomer også objektive forandringer af sygelig karakter.

Der blev således fundet et stort antal tilfælde af de Quervains syndrom og en smertetilstand i skulder-nakkeområdet, som blev betegnet somatisk smertesyndrom (2). De Quervains syndrom blev defineret ved en positiv Finkelstein test. En falsk positiv Finkelstein test kan imidlertid optræde ved en fascie- eller muskelstramning, der påvirker den overfladiske sensoriske radialisgren eller n. interosseus posterior.

De objektive kriterier for det omtalte somatiske smertesyndrom, som var indskrænket nakkebevægelse eller ømhed ved palpation af bestemte muskler omkring nakken, kunne formentlig også ledsage en plexuspåvirkning. Det kan således ikke udelukkes, at de fund, der var basis for de stillede diagnoser, i virkeligheden kunne repræsentere en neuropati i arm eller skulder. En detaljeret undersøgelse af de perifere nervers funktion indgik ikke i hverken den danske eller den amerikanske undersøgelse.

DIAGNOSTISKE TILGANG

I såvel forskning som klinik har man gennem en årrække haft store diagnostiske problemer med arbejdsrelaterede bevægeapparatlidelser og herunder med armsmerter, der relateres til arbejde med mus. Når man ikke har kunnet diagnosticere en "specifik" muskuloskeletal sygdom som f.eks. epicondylitis lateralis eller supraspinatustendinitis, fordi kriterierne herfor ikke er opfyldt, har man i den videnskabelige litteratur og klinikken anvendt diagnoser som myofascielt smertesyndrom, myosis variae eller tendinitis antebrachii.

Herudover er arbejdsrelaterede smertetilstande i overekstremiteten navngivet med eksempelvis "cumulative trauma disorder" og "repetition strain injury". Disse smertetilstande betegnes også ud fra symptomer relateret til arbejde med mus, derfor er betegnelsen musearm nu almindelig. Der er dog ikke konsensus om diagnostiske kriterier for disse diagnostiske samlebegreber, der heller ikke udsiger noget præcist om patologiens art, det afficerede væv og dets lokalisation. Egentligt siges vel ikke mere end, at smerterne i armen antages at hænge sammen med arbejdet.

Mens den diagnostiske tilgang til disse patienter herhjemme især præges af et fokus på sygdomme i muskler, sener og insertioner, taler udenlandske erfaringer for en neuropatisk komponent i sådanne sygdomsbilleder, hvor de almindeligt anvendte diagnostiske kriterier for arbejdsrelateret muskuloskeletal sygdom i skulder og arm ikke slår til. Det er vel egentlig også en relevant hypotese, da der ud over smerter, ofte af en neuropatisk karakter, som regel også er klager over svaghed/udtrætbarhed og

indgang

En undersøgelse på arbejdsmedicinsk afdeling i Esbjerg tyder på, at musearm skyldes en irritation af plexus brachialis. Dårlige ergonomiske forhold og langvarig intensivt arbejde kan medvirke til udviklingen af musearm. Behandling med ANT kan forbedre symptomerne. En fremtidig undersøgelse skal afdekke om pauseudspænding kan forebygge generne.

soven/dødhedsfølelse. Denne symptomtriade må give mistanke om en neuropatisk affektion.

Der er således hos patienter med "uspecifikke" smertetilstande i skulder og arm, som ikke opfylder kriterierne for "specifikke" diagnoser, påvist tegn på en dysfunktion i de perifere nerver. Man har fundet øgede vibrationstærskler (3-5), abnorme reaktioner på "upper limb tension tests" (6,7), reduceret nervemobilitet (8,9), mekanisk allodyni over nervestammerne (10), axonalt flare respons (11), sekundær hyperalgesi (12) og allodynt respons på stimulation med vibration over tærskelværdien (4). Alt dette kan være udtryk for nervernes reaktion på læsioner eller belastning (7,13-19).

Disse og kliniske erfaringer har ført til forslag om, at multiple nerveentrapment syndromer kan bidrage til at forklare arbejdsrelaterede skulder-arm symptomer, også hos ansatte på kontor (20). At fokal neuropati, eksempelvis i form af nerveentrapment, kan være et væsentligt element i arbejdsrelaterede symptomer i overekstremiteten støttes desuden af høj forekomst af nerveentrapment i visse erhvervsgrupper, som det eksempelvis er påvist for n. medianus ved albuen hos svenske malkepiger (21).

DIAGNOSTISK ALGORITME

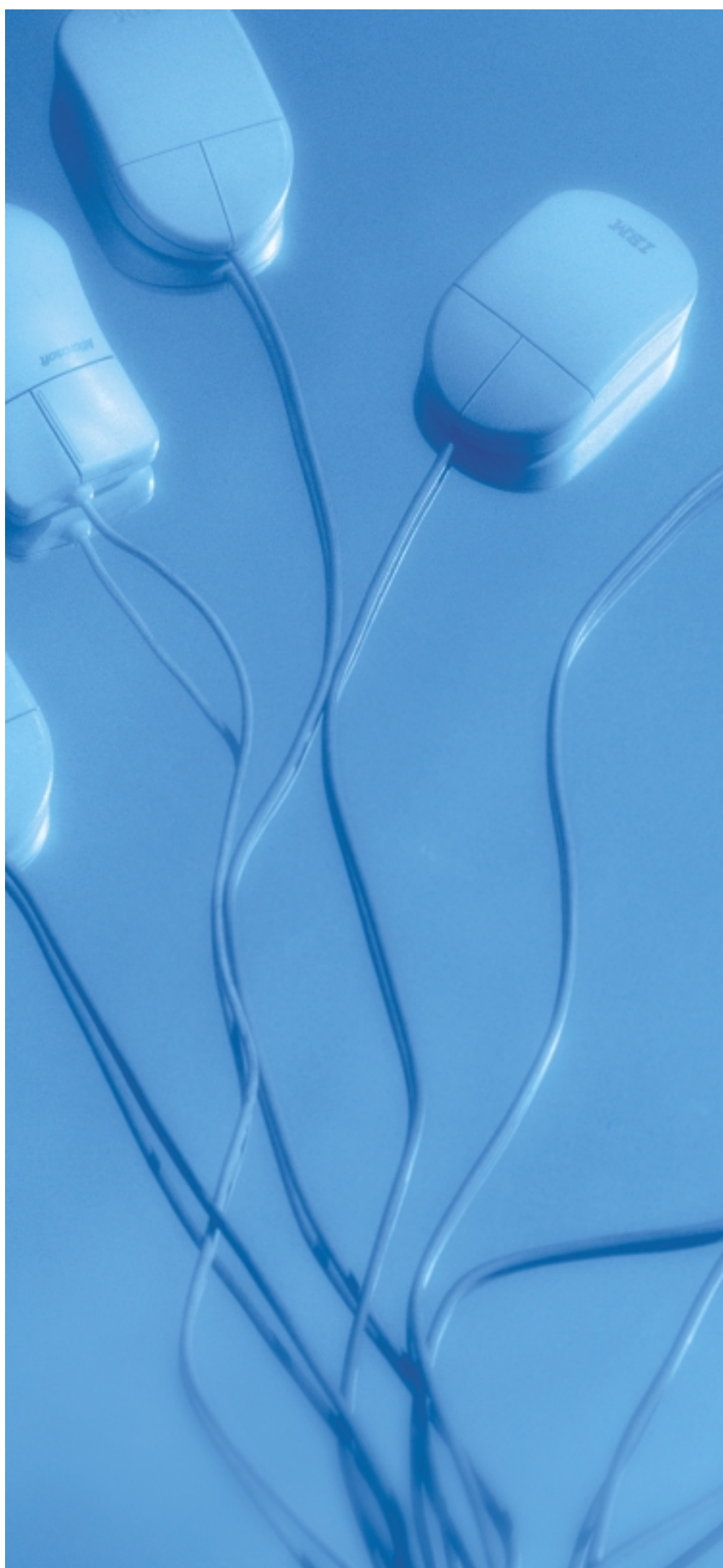
På arbejdsmedicinsk afdeling i Esbjerg har vi igennem en årrække arbejdet systematisk med en detaljeret diagnostik af smertetilstande i skulder og arm, der sigter mod identifikation og lokalisering af fokal neuropati.

Det har ført til udvikling af en undersøgelsesalgoritme, der primært fokuserer på selektiv undersøgelse af muskelkraft, mekanisk allodyni (abnorm ømhed) over nervestammer samt sensoriske udfald. Når disse udfald foreligger i et meningsfuldt anatomisk mønster, vurderer vi, at der er tale om en perifer nerveaffektion i overekstremiteten.

Undersøgelsen er dels dokumenteret som reliabel, dvs. at to blinde undersøgere finder stort set det samme, og dels som valid i forhold til symptomforekomst, dvs. at den kan skelne mellem arme med symptomer og arme uden symptomer (22).

Det at basere diagnostik af nerveentrapment på en systematisk undersøgelse af kraft i de enkelte muskler (foruden føleforstyrrelser og ømhed over nerverne) er velkendt og omtalt i talrige publikationer (23-26). Teknikken synes dog at være gået i glemmebogen hos mange, selv om der er fuld konsensus om nedenstående eksempler:

- Ved karpaltunnel syndrom er m. abductor pollicis brevis svag men m. flexor pollicis longus har normal kraft.



- ▶ • Ved pronator syndrom er begge svage.
- Ved radiale tunnel syndrom er m. extensor carpi ulnaris svag, men m. extensor carpi radialis brevis og longus har normal kraft.
- Ved "Saturday night palsy" er begge svage.
- Ved ulnaris kompression ved håndledet er m. adductor digiti minimi svag, men m. flexor digitorum profundus til de to ulnare fingre har normal kraft.
- Ved ulnaris kompression ved sulcus er begge svage.

En traditionel undersøgelse for muskuloskeletal sygdom, hvor der ikke systematisk undersøges for de neurologiske kvaliteter, kan næppe nå frem til en diagnose hos patienter, der ikke fejler noget i muskler, sener eller insertioner, led mv. Derimod kan reaktionen på upper limb tension test indicere en dysfunktion i overekstremitetens nerver, og der er som regel god overensstemmelse mellem vores undersøgelse og den funktionsneurologiske undersøgelse, som foretages af de fysioterapeuter, vi samarbejder med.



Professionel TENS/FES

ALPHA 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

ERFARINGER FRA ARBEJDSPLADSER

I 2000-01 har arbejdsmedicinsk afdeling i Esbjerg arbejdet med intervention i forhold til en epidemi af smertetilstande i overekstremiteten blandt lim-operatører på en virksomhed, der fremstillede gummiflåder (27). Efter sammenlimning af gummi med kontaktlim skal luftlommer klemmes ud af limsømmen ved hjælp af en såkaldt knoklepind. Her ved bearbejdes gummiet voldsomt med den dominante "knoklearm". Alle tænkelige ergonomiske og organisatoriske tiltag havde været forsøgt uden held.

Interventionen bestod i, at der tre gange dagligt af ca. 3-4 minutter blev foretaget udspænding af det neurogene bindevæv efter adverse nervous tension (ANT) konceptet (28-30). Efter et halvt års intervention kunne der påvises et fald i symptomforekomst og i visse objektive parametre, der afspejlede nervernes funktion. Derfor har virksomheden besluttet at fortsætte interventionen.

Dette statiske og kraftfulde arbejde adskiller sig dog betydeligt fra arbejde ved tastatur og computer. Det er imidlertid vores kliniske indtryk, at såvel "knoklere" som personer med smertetilstande i armen relateret til arbejde med mus kan have stort set det samme kliniske sygdomsbillede.

Vi har ved en tidligere lejlighed haft mulighed for at anvende vores kliniske diagnostik på computeroperatører på en virksomhed, hvor en større gruppe computergrafikere arbejdede med mus under optimale ergonomiske forhold. I forbindelse hermed fandt vi tilløb til de samme mønstre af neurologiske udfald, som vil til daglig ser på arbejdsmedicinsk afdeling.

Det vil være forventeligt, at de henviste patienter alt andet lige vil være mere syge end personer i arbejde og derfor udviser mere markante objektive fund.

VORE BEHANDLINGSFORSLAG

Patienter, på hvilke vi ved anvendelse af en systematisk undersøgelse af nervernes funktion finder tegn på nerveentrapment, behandles rutinemæssigt med fysioterapi baseret på ANT konceptet (28). Effekten af dette er endnu ikke dokumenteret, men det er vores klare kliniske indtryk, at det hjælper en del af patienterne, især nok dem, der er i stand til at kooperere med fysioterapeuten og bliver behandlet i en tidlig fase af sygdommen.

Igangværende undersøgelser på arbejdsmedicinsk afdeling tilstræber at belyse effekten af denne behandling. Vi forsøger at henvise selektivt til fysioterapeuter, som vi erfaringsmæssigt ved behersker metoden. Ud over ANT kan andre behandlingsmo-

daliteter være nødvendige. Til gengæld er det også vores erfaring, at patienterne ikke hjælpes, hvis denne tilgang forsømmes.

KLINISKE ERFARINGER MED MUSEARM

På arbejdsmedicinsk afdeling i Esbjerg har vi gennem en periode på et par år fået henvist 21 svært medtagne patienter, som alle havde betjent musen intensivt ved tegnearbejde på PC. Disse patienter havde varierende men altid alvorlig grad af besvær, der for alle viste sig ved smerter af neuropatisk karakter, og for de fleste desuden svaghed og soven eller dødhedsfølelse i skulder, arm, hånd og fingre.

Henvisningsdiagnoserne svingede mellem tennisalbue og overbelastning, men henviserne var ikke i tvivl om, at der forelå en smertetilstand, der hang sammen med intensivt musearbejde.

Stort set alle var forinden behandlet med konservativ fysioterapi indeholdende termiske modaliteter, massage, ultralyd og ofte generel elastik- eller anden styrketræning. Nogle patienter var anbefalet styrketræning i motionscenter eller svømning trods udtalt forværring herved, og herunder optræden af tardiv smerteforværring.

Ofte var også anden, f.eks. medikamentel eller alternativ behandling forsøgt, men alt uden effekt og ofte med forværring. Karakteristisk var en smerte af tardiv karakter. Den blev ofte forværret ved brug, herunder ved computeren, men problemerne blev endnu værre herefter, f.eks. om natten. Karakteristisk var også, at patienterne dårligt kunne ligge på den afficerede dominante side under søvn.

Når undersøgelsen af musepatienterne baseres på vores diagnostiske algoritme viste det sig, at alle 21 patienter havde stort set det samme billede af en infraklavikulær påvirkning af plexus brachialis med perifere irritationsfænomener af n. medianus og/eller n. radialis/interosseus posterior på albue niveau.

Vi ved ikke nok om patofysiologien, men det vil være naturligt at gøre sig overvejelser om, hvorfor alle patienter synes at præsentere netop disse objektive fund. Ved arbejde med tegneredskab holdes den dominante arm fremadført og underarmen næsten maksimalt proneret. Herved adskiller arbejdsstillingen sig ikke væsentligt fra keyboardarbejde. Med de store proksimale muskler i skulder og arm bevæges musen med meget fine og præcise bevægelser, som håndens mere perifere muskler snarere er beregnet til.

Ved denne overvejende statiske muskelfunktion kan måske optræde en relativ muskulær iskæmi med mulighed for et sekundært lettere muskulært

ødem og øget tryk, der kan medføre relativ iskæmi i vasa nervorum.

Med længere tids fremadført arm kan en succesiv relativ forkortning af pectoralis muskulaturen måske uden jævnlig udspænding risikere yderligere at forkortes over tid. Konsekvensen heraf kan være en stramning over plexus brachialis ved passagen bag m. pectoralis minor. Ultimativt kan disse strukturer måske fiksere dele af plexus, især dennes laterale del, hvor pladsen er mindst. Da udspænding af pectoralmuskulaturen i denne situation vil være smertefuld, øges tilbøjeligheden til at indtage den aflastede stilling, også uden for computerarbejdet.

Submaksimal pronation af underarmen medfører en passiv udspænding af m. supinator, som n. interosseus posterior løber under, og aktiv brug af m. pronator teres kan medføre tryk på n. medianus, hvor den passerer mellem denne muskels to hoveder.

Med repetitiv brug af finger-ekstensorerne optræder desuden en statisk belastning, primært af m. extensor indicis, idet pegefingeren hænger i luften afventende på det næste museklik.

Der er ikke hos nogen patienter fundet tegn på tendinit, tenosynovit, insertionsdendinit eller anden patologi i sener, herunder affektion af rotator cuffen, men det kan naturligvis ikke udelukkes at sådan patologi eller myofasciel ubalance samtidig er eller har været til stede.

Der er heller ikke fundet tegn på cervikalt rodtryk eller karpaltunnel syndrom, hvor sidstnævnte er en hyppigt angivet diagnose hos denne gruppe patienter. Manglende eller sjælden forekomst af disse diagnoser støttes af aktuell forskning om museskader i andet regi (1,2).

Ud over manglende effekt af den tidligere givne behandling kunne de fleste patienter berette om ændringer i arbejdet forudgående sygdomsdebut, f.eks. en pukkel af arbejde eller en ny arbejdsplads med ringe ergonomi.

Kun tre PC operatører kunne ikke oplyse om sådanne aggraverende faktorer. Bortset fra to måtte alle patienter opgive deres arbejde, og som følge af dette og institueret behandling baseret på ANT konceptet (28-30) er smertescore for gruppen reduceret signifikant ved opfølgning over ca. et år, og enkelte er blevet helt symptomfri. ►



► KONKLUSION

Det er svært at forklare smerter og funktionsforstyrrelser på anden måde end ved en neurogen påvirkning, men der er på ingen måde enighed om dette. Vi tror, at musearm skyldes en irritation af plexus brachialis, n. medianus og n. radialis/interosseus posterior på albueplan.

Vi tror desuden, at ergonomiske forhold, der strider mod anbefalingerne, samt langvarigt intensivt arbejde kan medvirke til udvikling af "musearm". Tilstanden har alvorlige arbejdsmæssige konsekvenser, men synes forudsat fysioterapi baseret på ANT konceptet at bedres over tid. Vi har planer om af afprøve pauseudspænding som en forebyggende intervention.

LITTERATUR

1. De første resultater fra NUDATA-undersøgelsen. www.nudata.dk/Pressemeddelelse%20nudata.pdf
2. Gerr F, Marcus M, Ensor C, Kleinbaum D, Cohen S, Edwards A et al. A prospective study of computer users: I. Study design and incidence of musculoskeletal symptoms and disorders. *Am J Ind Med* 2002;41:221-235.
3. Doezie AM, Freehill AK, Novak CB, Dale AM, Mackinnon SE. Evaluation of cutaneous vibration thresholds in medical transcriptionists. *J Hand Surg [Am]* 1997;22:867-872.
4. Greening J, Lynn B. Vibration sense in the upper limb in patients with repetitive strain injury and a group of at-risk office workers. *Int Arch Occup Environ Health* 1998;71:29-34.
5. Jensen BR, Pilegaard M, Momsen A. Vibrotactile sense and mechanical functional state of the arm and hand among computer users compared with a control group. *Int Arch Occup Environ Health* 2002;75:332-340.
6. Byng J. Overuse syndromes of the upper limb and the upper limb tension test: A comparison between patients, asymptomatic keyboard workers and asymptomatic non-keyboard workers. *Man Ther* 1997;2:157-164.
7. Elvey RL, Quintner JL, Thomas AN. A clinical study of RSI. *Aust Fam Physician* 1986;15:1314-1322.
8. Greening J, Smart S, Leary R, Hall-Craggs M, O'Higgins P, Lynn B. Reduced movement of median nerve in carpal tunnel during wrist flexion in patients with non-specific arm pain: a magnetic resonance imaging study. *Lancet* 1999;354:217-218.
9. Lynn B, Greening J, Leary R, Warren L, O'Higgins P, Smart S et al. The use of high-frequency ultrasound imaging to measure nerve movement that occur during limb movements in healthy volunteers and in patients with non-specific arm pain. *J Physiol* 2001;523:136.
10. Hall TM, Elvey RL. Nerve trunk pain: physical diagnosis and treatment. *Man Ther* 1999;4:63-73.
11. Helme RD, LeVasseur SA, Gibson SJ. RSI revisited: evidence for psychological and physiological differences from an age, sex and occupation matched control group. *Aust New Zeal J Med* 1992;22:23-29.
12. Arroyo JF, Cohen ML. Unusual responses to electrocutaneous stimulation in refractory cervicobrachial pain: clues to a neuropathic genesis. *Clin Exp Rheumatol* 1992;10:475-482.
13. Rempel D, Dahlin L, Lundborg G. Pathophysiology of nerve compression syndromes: response of peripheral nerves to loading. *J Bone Joint Surg* 1999;81-A:1600-1610.
14. Armstrong TJ, Buckle P, Fine L, Hagberg M, Jonsson B, Kilbom Å et al. A conceptual model for work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health* 1993;19:73-84.

Neurodynamisk behandling på video

Gisela Rolfs artikel om neurodynamik er downloadet mere end 5000 gange fra fysio.dk. Nu er det også muligt at følge den populære tysk-italienske fysioterapeut når hun behandler en ung hemiplegiker.

Videoen er allerede set 1400 gange, og det er også muligt at købe den på cd-rom. Klik ind på fysio.dk/nyheder/videokonference.



15. Mitchell S, Cooper C, Martyn C, Coggon D. Sensory neural processing in work-related upper limb disorders. *Occup Med* 2000;50:30-32.
16. Novak CB, Mackinnon SE. Multilevel nerve compression and muscle imbalance in work-related neuromuscular disorders. *Am J Ind Med* 2002;41:343-352.
17. Spindler HA, Dellon AL. Nerve conduction studies in the superficial radial nerve entrapment syndrome. *Muscle Nerve* 1990;13:1-5.
18. Greening J, Lynn B. Minor peripheral nerve injuries: an underestimated source of pain. *Man Ther* 1998;3:187-194.
19. Kramis RC, Roberts WJ, Gillette RG. Non-nociceptive aspects of persistent musculoskeletal pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 1999;24:255-267.
20. Novak CB, Mackinnon SE. Multiple nerve entrapment syndromes in office workers. *Occup Med* 1999;14:39-59.
21. Stål M, Hagert C-G, Moritz U. Upper extremity nerve involvement in Swedish female machine milkers. *Am J Ind Med* 1998;33:551-559.
22. Jepsen J Riis, Laursen L Hedegaard, Hagert, C-G Kreiner S, Brandt L, Larsen, A Ingeman. Reliability of physical examination for of upper limb neuropathy and the relation to symptom status. Submitted.
23. Anonymous. Aids to the examination of the peripheral nervous system. Ballière Tindall, London, 1986.
24. Kendall FP, Peterson F. Muscles - testing and function. 2002.
25. Lister G. Appendix: Muscle testing. The hand. Diagnosis and indications. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1993, pp. 513-526.
26. Tubiana R, Thomine J-M, Mackin E. Examination of the hand and wrist. Martin Dunitz, London, 1996.
27. Jørs, E., Berggren, C., and Laursen, L. H. Ergonomi på gummiflådefabrikken Viking. En beskrivelse af fysiske gener fra nakke-skuldre-arme. En undersøgelse af ANT-udspændings virkning på samme. 2001. Esbjerg, Arbejdsmedicinsk afdeling, Centralsygehuset.
28. Butler D. Adverse mechanical tension in the nervous system: A model for assessment and treatment. *Austr J Physiother* 1989;35:227-238.
29. Butler DS. Mobilisation of the nervous system. Churchill Livingstone, Melbourne, 1992.
30. Sunderland S. Nerves and nerve injuries. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1978. ■

Tag fysioterapien med i kufferten



(JOB) ■ Endnu en gang inviterer Danske Fysioterapeuter i samarbejde med Arbejdsformidlingen til informationsmøde om mulighederne for et job uden for landets grænser. Denne gang handler det om Sverige, Irland og Østrig.

Der afholdes to møder. Henholdsvis torsdag den 16. januar 2003 i Århus, i kredskontorets lokaler på Mindegade 10, st. og fredag den 17. januar 2003 i sekretariatet i København, Nørrevoldgade 90. Begge møder begynder klokken 12.30 med frokost og slutter kl. 15.

Tilmelding skal ske senest den 8. januar 2003 enten på nedenstående slip eller via e-mail til vv@fysio.dk. E-mail skal indeholde oplysninger om navn, medlemsnr., adresse, tlf. og e-mail.

Er man forhindret i at komme til et møde, kan man ringe direkte til Arbejdsformidlingens EURES-vejleder, Hanne Christensen, på tlf.: 3355 1714 mandag til torsdag 13-15.

EURES er et samarbejde mellem flere europæiske landes arbejdsformidlingssystemer og består af 450 Eurovejledere i de 15 EU-lande samt Norge, Island og Liechtenstein.

Se desuden: <http://www.euresjobs.com>

Tilmelding til informationsmøde

16/1, Århus

17/1, Kbh.

Navn: _____

Medlemsnr.: _____

Adresse: _____

Tlf.: _____

e-mail: _____

Faget har fået en hemiplegi med neglect



Lektor Steen Wackerhausen maner til besindighed i forbindelse med akademiseringen af grunduddannelsen, men langer også ud efter en blind fokuseren på akademisk videreuddannelse: "Man kan sagtens videnskabeliggøre et fag uden at putte et væld af amerikanske titler på det. Man kan løbe så langt efter de titler, at man løber hjemmefra og helt for-glemmer sig selv".

(INTERVIEW) Det er ikke al viden, der kan pakkes ind og ud af bøger. Hvis fysioterapifaget ikke passer på sig selv, bliver akademiseringen et handicap, mener lektor Steen Wackerhausen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO CLAUD HAAGENSEN/CHILI

■ Fysioterapi er kommet med i det akademiske fællesmarked. Det er sket uden hverken folkeafstemninger eller opinionsundersøgelser, og man har ligesom ikke kunnet være imod. Men derfor kan man godt være på vagt.

Steen Wackerhausen, der er mag.art. og ph.d. og lektor ved Institut for Filosofi på Aarhus Universitet, synes, der er grund til at passe på "den gamle dame", som han kalder fysioterapifaget.

Hans forbindelse til faget går langt tilbage, idet han i flere perioder har forelæst på de forskellige skoler for fysioterapi. Først i videnskabsteori og metode, siden i sundheds- og sygdomsbegreber samt kompetence og vidensforståelse. Og han synes, fysioterapi og fysioterapeuter har været et interessant bekendtskab.

"Fysioterapeuter er stærkt inspirerende i måden, de griber kontakten til patienterne an på. De evner at stå i en konkret situation med mennesker, der kommer fra forskellige sammenhænge og tage hensyn til disse sammenhænge. I modsætning til visse andre sundhedsfag, der behandler patienterne som både hoved- og historieløse", siger Steen Wackerhausen.

"Fysioterapeuterne har ikke bare kødmaskiner på bænken, men liv. Hvis man bare er en autistisk behandler, der helst vil være sammen med den

hovedløse patient, kan man sikkert være en udmærket kirurg, men ikke en kvalificeret fysioterapeut".

IKKE ALT KAN PAKKES IND I BØGER

Steen Wackerhausen har dels i sine forelæsninger dels gennem metodeartikler i *Nyt om Forskning* selv spillet en rolle i den videnskabeliggørelse af fysioterapifaget, som han nu frygter truer med at udrydde nogle af de kvaliteter, han fremhæver hos fysioterapeuterne.

"Jeg er begyndt at bekymre mig for, hvad man med fokusering på en firkantet, klassisk, akademisk model kan komme til at mangle", siger Wackerhausen.

"Den gamle dame har tidligere haft en halvsi-dig lammelse med afasi på teoriniveau, og det var hun selv klar over. Men nu er det som om, hun er blevet ramt på den anden side – bare endnu værre. Nu ved hun ikke engang, hvad det er hun mangler", siger Wackerhausen og genbruger det billede af en hemiplegi med neglect, han for nylig underholdt med på Københavnerskolens 100 års jubilæum.

"Neglecten består i, at der ikke er accept af den side af faget, der kræver levende deltagelse og læring i en praksis. Man forestiller sig, at al nødvendig viden kan pakkes ind i bøger og pakkes ud af bøger".

Steen Wackerhausen understreger, at det billede, han tegner, er et polemisk billede og mere et udtryk for, hvor galt det kan gå, hvis udviklingen fortsætter, end et udtryk for tingenes nuværende tilstand. Men sporene fra andre sundhedsfag, der har været igennem den samme videnskabeliggørelse, er tydelige nok, mener han.

"Det er sket for psykologerne, der nogle steder ikke ser en eneste patient, før de er færdige. Det er sket med lægekunsten, der har udviklet sig til videnskab, og det er ved at række ud hos selv de praktiserende læger, hvor intuition og erfaring ikke længere er videnskabeligt stuerent, men hvor det mere handler om, at man følger reglerne, og gør, hvad *'man skal'*. Og det er mit indtryk, at sygeplejerskerne marcherer i samme retning med fuld fart", siger Steen Wackerhausen, der nødigt vil kaldes romantiker og maskinstormer.

"Når jeg taler om intuition og tavs viden, er det ikke den halv-okkulte fra new age og megen alternativ behandling. Jeg taler om en verdslig intuition, som er lærbar i praksis, og som skal vise sin troværdighed i praksis. Men derved ikke sagt, at alle gamle rotter i fysioterapi er mestre – meget af det, der er indgroet i gamle rotter er stivnet ideologi snarere end intuition".

Wackerhausens forsvar for tavs viden og intuition stammer fra hans interesse for udviklingen af såkaldt kunstig intelligens.

"Man troede, at det, der skulle til, var at tage den geniale overlæges viden og principper og putte ind i computeren, men det, der skete, var at der kom en debil reservelæge ud af den. Der er mere til ekspertise end det, der kan skrives ud i bøger", mener Wackerhausen, og tilføjer, at en af fremtidens udfordringer for skolerne og praktikstederne består i at lære de studerende at erhverve sig pålidelig intuition.

"Man skal fastholde, at det læringssted, der er essentielt ikke bare er den boglige, skolastiske sammenhæng, men at der også er et meget væsentligt læringsrum i praksis", siger Wackerhausen, men tilføjer, at det hele tiden er en balance:

"En praktiker, som ikke har ressourcer til at analysere sin praksis, ender ofte med at blive inkompetent. Faget skal kunne gå på begge ben. De studerende skal ikke have detaljerede kogeboøger for praksis, men teoretiske færdigheder til at forholde sig reflektivt og kreativt til praksis. Teorien skal give kritiske perspektiver anvisninger og tommelfingerregler, men effektiv praksis er ikke, at man blindt følger teorien. Den skal blot levere forudsætningerne for, at man forholder sig kritisk og konstruktivt til praksis. Ellers forfalder fagets kompetence".

KRISE ER GODT

Steen Wackerhausen ser fysioterapifaget som værende i en identitetskrise – og det er herligt, mener han.

"Det er godt for et fag ikke at være for skråsikker. Fysioterapifaget er dejlig åbent, fordi det tillader en fortløbende dialog. Fysioterapiens første store identitetskrise kom med frigørelsen fra Fader Medicin. Nu er man på vej fra at være et rent praksisudøvende fag til at blive akademikere, og så er det da opmuntrende, at man spørger *'hvem er vi så?'* Det er fortrøstningsfuldt, hvis den gamle dame er i en identitetskrise. Så er hun nemlig ikke død".

Se også debatindlægget "Videnskaben skal forenes med hverdagen" på side 27. ■

Steen Wackerhausen udgav tidligere i år bogen "Humanisme, professionsidentitet og uddannelse i sundhedsområdet". Bogen blev anmeldt af fysioterapeut Pia Jørgensen i *Fysioterapeuten* nr. 16 og fik blandt andre disse ord med på vejen: "Jeg kan på det varmeste anbefale denne bog, ikke mindst i forbindelse med diskussionen af den fysioterapeutiske fagidentitet på de mange ny master og kandidatuddannelser".

fakta

PATIENT F

Smerte smerte smerte
Smerte smerte smerte smerte
Smerte smerte
Smerte

Smukt sænker smerten
Sine sølvtråde ned gennem
Svælget, spiserøret & du mærker
Sulten efter at blive holdt om



Hans Henrik Kleinert er født i 1953. Uddannet fra fysioterapeutskolens i 1977. Har arbejdet som fysioterapeut på hospital og i egen praksis. I 2000 uddannet organisk psykoterapeut fra Dansk Institut for Organisk Psykoterapi i Holbæk. Praksis på Østerbro i København. Har i alle årene som fysioterapeut digtet til skrivebordsskuffen.

PATIENT 5320

Fotografen har ligget i ruiner
I syriske udgravninger har han dokumenteret
Arkæologiske vidnesbyrd om svundne tider
Til alverdens tidsskrifter og han er berømt
Som en Hasselbladentusiast med perfektionistens
Tilnærmelse til virkeligheden i en kreds
Af aficionados og nu

Ligger han igen i ruiner, bare ikke så sjovt
Som tidligere, nu har succesen vendt ham ryggen
Som en prolaps der trods operation
Og genoptræning og reoperation og fornyet
Terapi har lammet hans højre ben
Det er et nyt vilkår som tvinger ham til at se
Livets realiteter i øjnene

Hvis ikke også selve livet skal ende i ruin
Heldigvis er han ikke blind for at kameraet
Kan sættes til at kikke lidt på hans egen existens
En dag siger han at han ved at han har gjort det godt
Og det er der ingen der kan tage fra ham
Det er han tilfreds med
Nu vil han lære at elske

PATIENT 999

Thomas, når jeg ser dig gå
Fra briksen til skrivebordet
Fuldstændig egenbenet
Båret af dine stativer
Fremført ved egen kraft
Når jeg mærker hvor glad du er
Svulmer mit fyshjerte af
Vemodig stolthed

Senere spiller vi fodbold
Du er målmand & dækker
Dit mål helt fantastisk
Så du vinder hver gang
Det er så fortjent så fortjent
Synes jeg hele vejen igennem
Jeg som ellers er en elendig taber

Du ler af dine lungers fulde kraft
Bliver næsten blå i hovedet
Thomas, din flamme brænder smukt
Fortærer muskelfibrene i din krop
Men sender lys gennem dine øjnes blåhvide brand.

PATIENT 53

Overrendt af glade unge mennesker
Faldt denne gamle mand i Tivoli
& sprængte sin lårbenshals
Med et skrig som steg over byens tage
& nu et halvt år efter
Kan benet ikke tage hans vægt

Hans smil er mildt &
Fylder rummet med mild energi
Hvilken styrke af mildhed
Næsten overvældende i sin insisteren
På at være så magtfuld
Som noget andet

Da jeg fortæller ham hvor stærkt han virker
Siger han at et langt liv har lært ham
At han kan holde sig selv
Levende ved at holde
Hjertet varmt & hovedet
Nogenlunde koldt.



PATIENT 4000

Min første HIV-patient
 Politisk aktiv bøsse
 Jeg er stiv af skræk
 & tager handsker på for at
 Massere hans lægge

Han er sød og spør den følgende gang
 Om jeg vil bruge handsker igen
 Nej, svarer jeg overrasket, jeg troede
 Ikke han havde opdaget det
 Jeg var flov, ved ikke hvad jeg mere sagde

Til sidst købte han min briks
 Han har fået installeret en dejlig
 Islandsk fyr på 19 som skal
 Massere hans ben fra øverst til
 Nederst FLERE GANGE DAGLIGT

Han synes heteroer er kedelige
 Også dig, siger han & kikker
 På min begyndende topmave. Du
 Er måske den mest kedelige jeg har mødt.
 Respekt for dig, Jens Peter!

PATIENT 29

Med en blanding af
 Sindelagskontrol og ytringsfrihed
 Forlanger manden at jeg skal
 Lytte til det bræk han lukker ud
 & være enig & det er jeg
 Overhovedet ikke & jeg fortæller ham
 At hans snak fjerner fokus fra
 Det han søgte hjælp for &
 Han klapper i som en østers
 Fornærmet da jeg beder ham om 82 kr.
 Går han & kommer ikke igen

Mens jeg skriver dette mærker jeg vreden
 Min egen vrede over at blive behandlet som
 en skraldespand
 Og hans vrede, som afmægtigt
 Er rettet mod en verden
 Som gør livet
 Glædesløst for ham

PATIENT 1714

Du ser ud som en der har båret
 Alverden på dine skuldre, med
 Bøjet hoved og bøjet ryg
 Møder du verden og du
 Er endnu ikke 20

I dine øjnes mathed
 Ses rådvildhed og opgivenesshed
 Og du ved det knap
 Indtrukket, fortvivlet
 Alene i mørket
 Søger du livet

Du skinner da du opdager
 At du bliver genkendt
 Og din krop retter sig ud, spontant
 Og møder smerten og trækker sig
 Sammen med et ryk



PATIENT 2102

Hun blæser når hun trækker vejret
Hendes briller vipper på en sjov måde
Hendes tøj er fra en anden tid
Hendes mand døde for et år siden
Hun ved ikke hvordan hun skal klare sig
Hendes økonomi er nærmest en ruin
Hun er bange, hendes tilværelse
Har ændret sig fra tryk til nervepirrende
Hun vil gerne røres ved
Men tør ikke & går
Som om hun aldrig har gjort andet
Med uforrettet sag.

PATIENT 2673

Han kommer ind uden at komme ind
Han taler uden at sige noget
Han har det fint uden at have det godt
Han er genial uden at vide noget

Hans krop er blød som gelé udenom en hård skal
Hans hårde skal er uden om en blød kerne
Han har det virkelig ikke godt
Han er berøvet sin genialitet

Han er tavs men siger alt
Han er fuldt til stede uden overhovedet at være det
Han er hård og blød og ikke til at mærke
Hans genialitet skjuler ham

Han har det glimrende men lider
Hans skal er skør skønt stærk som beton
Han ønsker at han ikke var her men det er han
Han er genial uden at vide noget

PATIENT 12

Hun ligger der på brixen
Som en strandet hval
Så meget spæk
Som jeg får lyst til at gi et smæk
For at se hvor længe det kan blævre

Hun har ondt overalt, gigt &
Astma & sukkersyge & you name it
& i al sin lidelse
smiler hun til mig &
jeg kan mærke at hun
tror på mig &
kan lide mig

& jeg kan lide hende



Er du annoncør og har du ikke
modtaget Fysioterapeutens
mediainformation for 2003,

kontakt da venligst Stibo Media
på telefon 8939 8833.

ny litteratur

Stabilitetstræning i praksis

(ANMELDELSE) Christopher M. Norris har skrevet en vedkommende bog om behandling af lave lændesmerter med afsæt i et af tidens varme emner inden for rygrehabilitering; stabilitetstræning. Bogens videnfundament ligger tæt op af de tanker og teorier, som er samlet inden for Kinetic Control konceptet (Queensland-gruppen, V. Janda, S. Sahrmann, M. Comerford) og er en god indføring for både nye interesserede og som opsummering for dem som i forvejen besidder relevant viden.

Bogens andet afsnit "Exercises for Establishing Stability" om opnåelse af stabilitet er basis. Øvelserne fokuserer på kontrol af bækken og neutralstilling i lænden for at kunne aktivere den lokale stabiliserende muskulatur (m. transversus og m. multifidi) og opretholde relevant holdning, og gøre brug af dette i sin dagligdag.

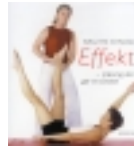
Bogens tredje afsnit "Building back fitness" om avanceret stabilitetstræning er for dem, som vil videre og har større krav til stabilitet i hverdagen, enten i form af arbejdsfunktioner eller inden for motion og idræt, og her gives eksempler på brug af træningsudstyr, som kan være en guideline, når folk skal træne videre på egen hånd.

I den daglige praksis er vi sikkert nogle, som kan forfalde til at bruge de samme rutineprægede øvelser til vidt forskellige patienter og glemme refleksionen over, hvad der er mest relevant for netop den aktuelle patient. Denne tankegang har præget rygbehandlingen gennem mange år, hvor f.eks. udholdenhedstræning bliver ordineret til stort set alle rygpatienter. Et mere nuanceret billede af træningsbehov og træningsvalg er ved at vinde indpas i vores fag, og det er her stabilitetstræningen har sin berettigelse. At kunne målrette vores behandling til den enkelte patient. C.M. Norris' bog er et godt bud i den retning og en af pointerne er, at de enkelte behandlingstiltag (og teknikker) ikke udelukker hinanden, men at eksempelvis mobiliseringsteknikker, stabilitet og senere styrke- udholdenhedstræning (med fokus på stabilitet) sagtens kan kombineres.

Hovedbudskabet er dog, at manglende stabilitet kan være årsag til, at mange patienter ikke responderer på behandling (f.eks. styrketræning), og at et betragteligt antal får recidiv. Nyere viden tyder på, at der er noget om snakken. Forfatterens kliniske indgangsvinkel er uden tvivl bogens store force, at omsætte teori til praksis, og der forefindes et hav af praktiske eksempler med logisk progrediering, således at øvelserne kan følge patienten fra første til sidste møde. Det mest oplagte er dog at bruge bogen som en reference og få inspiration til at vælge de relevante øvelser til et aktuelt niveau.

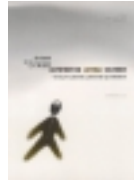
Anmeldt af Fysioterapeut Lars Jensen, Rygcentret HKP.

CHRISTOPHER M: NORRIS, "Back Stability", Human Kinetic", UK 2000, 270 sider, ca. 350 kr., ISBN 0-7360-0081-X



(TRÆNING) ■ "Effekt – træning der gør en forskel" beskriver og giver ideer til træningsøvelser, der opbygger kroppen til at klare de krav, som hverdagen stiller. Bogen henvender sig til mennesker, der har lyst til at træne på egen hånd og selv vil sammensætte et program.

BIRGITTE NYMANN. "Effekt – træning der gør en forskel". Borgens Forlag. 173 sider. Kr. 229.



(ALS) ■ "Amyotrofisk lateral sklerose" er en bog for patienter, pårørende og behandlere. Bogen indeholder ny viden om diagnosticering, symptombillede og medicinsk behandling. Fysioterapeutens rolle i forbindelse med respirationsbesvær beskrives.

OLE GREDAL, MERETE KARLSBORG, LENE WERDELIN. "Amyotrofisk lateral sklerose". Akademisk Forlag. 144 sider. Kr. 188.



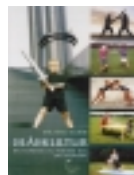
(LÆREBOG) ■ "Anatomi og fysiologi" er en lærebog, der kan benyttes som supplement til andre lærebøger i forbindelse med selvstudium og eksamenslæsning. Bogen veksler mellem korte forklarende tekster med efterfølgende mulighed for at teste forståelsen af stof-fet ved at besvare spørgsmål. Henvender sig primært til sygeplejersker, men kan også benyttes af fysioterapeuter i forbindelse med repetition.

JETTE STANSTRUP. "Anatomi og fysiologi - indlæringsopgaver". Nyt Nordisk Forlag. 160 sider. Kr. 248.



(TERAPI) ■ "At overvinde lavt selvværd" tager udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi. Bogen er en selvhjælpsbog og kræver derfor læserens aktive medvirken.

MELANIE FENNEL. "At overvinde lavt selvværd". Forlaget Klim. 258 sider. Kr. 278.



(SLÅSKAMPE) ■ "Slåskultur" indeholder teoretiske og metodiske overvejelser over slåskampens betydning som pædagogisk redskab og som socialiserende faktor. Bogen henvender sig primært til dem, der arbejder med børn fra 4-5 års alderen, skolebørn og unge. Bogen giver ideer til forskellige kampe, stunt og stagefight.

MICHAEL BLUME. "Slåskultur – en teoretisk og praktisk bog om slåskampe.". Forlagte Klim. 127 sider. Kr. 198.



(DEMENS) ■ I bogen "Kirstens dagbog – et liv med Alzheimers demens" er læseren vidne til langt forløb af et menneskeliv, der blev tiltagende mere kaotisk på grund af demens. Bogen giver et indblik i demenssygdommen.

KIRSTEN EWALDSEN. "Kirstens dagbog – et liv med Alzheimers demens". Institut for Pensions- og ældrepolitik, tlf. 98132211. Kr. 165.

Forklaring udbedes

Kommentar til Steen Berggreens indlæg i *Fysioterapeuten* 21/02:
"De gamle sidder med magten"

DEBATINDLÆG AF:

Lise Hansen, kredsformand i Vestsjællands Amtskreds

Dine filosofiske betragtninger à la Hegel i relation til artiklen "Nærvær tak" skal jeg undlade at kommentere. Men dine betragtninger/påstande om fordelingen af funktionstillæg i det offentlige og fordelingen af ydernumre i praksissektoren i 5. kreds bliver jeg som kredsformand nødt til at reagere på.

Steen, hvis man skal skyde på nogen synes jeg, det er altafgørende, at man ved, hvilke kugler man skyder med.

Du skriver at det: "nærmest er korrupt hvordan ydernumrene i 5. kreds fordeles" - der sidder "konger i et edderkoppespind og styrer fart og retning af udviklingen for Danske Fysioterapeuter". - "de "gamle" sidder med magten som de skalter og valter med efter forgodtbefindende".

Ydernumrene i 5. kreds fordeles, som i andre kredse, efter en praksis-

plan, der er vedtaget i Samarbejdsudvalget under Sygesikringen. I samarbejdsudvalget sidder de praktiserendes kontaktperson, dennes suppleant samt et tredje medlem. Alle tre er fysioterapeuter, valgt på demokratisk vis af de praktiserende fysioterapeuter i kredsen på deres årlige møde (se DF's håndbog s. 84: Retningslinier for de praktiserende fysioterapeuters kontaktpersoner og valg til SU under Landsoverenskomsten).

Derudover består Samarbejdsudvalget i vores kreds af tre amtsrådspolitikere.

At sige at dette forum "nærmest agerer korrupt", synes jeg er topmålet at enten frækhed eller uvidenhed.

Du sætter nærmest spørgsmålstegn ved de praktiserende i 5. kreds' evne til at vælge tillidsvalgte .

Samtidig insinuerer du, at fordelingen af funktionstillæg i det offentlige sker efter samme opskrift, nemlig: "korrupt, udemokratisk og feudalistisk".

Aftale - og forhandlingsretten vedr. forhandling af funktionstillæg i det offentlige ligger i kredsbestyrelsen (vedtaget af repræsentantskabet).

Kredsbestyrelsen i 5. kreds har udarbejdet lønpolitik og procedure for forhandling af Ny Løn i 5. kreds (ligger på hjemmesiden under 5. kreds).

Både lønpolitik og lønprocedure er godkendt af samtlige tillidsrepræsentanter i 5. kreds

Alle lønftaler godkendes af kredsbestyrelsen, der jo som bekendt er demokratisk valgt på kredsens generalforsamling.

Så jeg vil mene at der er alle mulige demokratiske sikkerhedsnet for at fordelingen af både funktionstillæg og ydernumre foregår "sobert".

Jeg vil sige til dig, at jeg føler mig groft provokeret af dit indlæg og vil bede dig her i bladet om at komme med dokumentation og udvidet begrundelse for dine påstande.

Ja, luften trænger til at blive rensset!

Kommentar til debatindlæg
"De gamle sidder med magten" i nr. 21

DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut, kontaktperson
Winnie Kyed

Jeg synes sandelig også, luften trænger til at blive rensset, som Steen Berggreen skriver i sit indlæg.

Han fremkommer med så grove og insinuerende påstande om „konger i edderkoppespind“ og „korrupte tilstande“, når ydernumre skal forde-

les, at dette må kræve en dokumentation.

Hvis denne ikke kan gives her i bladet, må det stå som Steen Berggreens egen frustration og uvidenhed i forhold til, hvordan praksisplan skal følges og samarbejdet i et udvalg bestående af politikere, embedsmænd og kolleger foregår.

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
eller med post til:
Fysioterapeuten,
Nørre Voldgade 90,
1358 København K

Fysioterapeuten nr. 1
udkommer 17. januar.

Deadline for debat:
6. januar kl. 12.00.

Undskyld!

Ordvalget var forkert, men problemstillingen er reel nok

DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut Steen Berggreen

Der skal lyde en uforbeholden undskyldning angående mit ordvalg "nærmest korrupt", for fordelingen af ydernumre og fordeling af funktionstillæg.

Det var letsindigt og ubetænksomt skrevet på et al for spinkelt vidensgrundlag og langt fra min oprindelige hensigt med debatindlægget. Jeg er klar over at ydernumre, samt fordelingen af funktionstillæg forval-

tes på bedste demokratiske vis og at de pågældende personer gør et stort stykke seriøst arbejde for dette.

Når det er sagt – stiller jeg mig stadig undrende overfor nogle af de dispositioner der er foretaget i forbindelse med fordelingen af de tre ydernumre der kunne søges om i 5. kreds i 2001 og derved praksisplanens udformning.

Jeg forstår ærligt og redeligt ikke bevæggrundene for de valg, man har truffet!

Det skulle have været essensen af kuglen. Hermed vil jeg godt bede "de ramte" om at se bort fra de resterende kugler mod 5. kreds. Det var et vådeskud foretaget med spredehag!

Jeg trækker alle insinuationer angående korruption tilbage igen, det var en klar misforståelse og en grov overtrædelse af alle demokratiske spilleregler. UNDSKYLD.

Videnskaben skal forenes med hverdagen

Når patienterne går til fysioterapeut, er det for at få et bedre fysisk funktionsniveau, ikke for at få evidensbaseret fysioterapi

DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut Kristian Thorborg

Vores fag står i øjeblikket over for en stor opgave, som omhandler, hvordan vi opfatter og definerer vores fagområde. Det er noget, som kan få sindene i kog, og ind i mellem virker det, som om vi fysioterapeuter er mere interesserede i at fastholde vores egen forforståelse af faget end i at udveksle synspunkter. Hvis dette er tilfældet, kan vi selvfølgelig trøste os med, at det ikke er første gang i historien, at folk er blevet ophidsede på den baggrund.

Der er ingen tvivl, om at den større fokus på den videnskabelige dokumentation af det, vi går rundt og laver, spiller en stor rolle i forhold til, at vi nu pludselig skal til at definere os selv, selvom vores fag officielt har eksisteret i 100 år.

"Evidensbaseret fysioterapi" hed-

der den videnskab, som skal gøre os klogere på vores fag og på, hvad vi kan. Når jeg personligt ikke bryder mig så meget om dette udtryk, er det fordi jeg oplever, at evidensen ikke altid har noget med virkeligheden at gøre.

Det seneste skrækeksempel på at videnskab og praksis har hver sin virkelighed, er Philadelphia Guidelines. Retningslinier for fysioterapeutisk behandling inden for områderne knæ, ryg, skulder og nakke. Retningslinierne har mødt en del kritik og frustration hos det danske "panel", som har skullet vurdere retningslinierne. Samtidig er det min fornemmelse, når jeg snakker med diverse kolleger med erfaring inden for de forskellige områder, at disse guidelines har betydet ligeså meget for deres fysioterapi som for min, hvilket desværre er meget tæt på ingenting.

Men hvordan kan det gå så galt, at de videnskabelige retningslinier, Philadelphiapanelet stikker ud, skaber mere frustration end vished, og - hvad værre er - ingen nævneværdige konsekvenser får i praksis? Er praktiserende fysioterapeuter ignoranter, der selv ved bedre, eller er det videnskaben, der ikke slår til i den pågældende situation? Egentlig er det vel ikke så mærkeligt, at vi som praktiserende fysioterapeuter kommer op på barrikaderne. Det er jo vores levebrød, som er truet, når forskellige guidelines viser manglende evidens. Man kunne beskyldes for at være farvet (biased) af vores frygt for manglende eksistensberettigelse.

Med baggrund i den videnskabelige historie vil man se, at fysioterapi langt fra er det eneste fag, hvor forskningen ind imellem skaber mere frustration end vished.

Den danske læge og fysiker Morten Colding-Jørgensen beskriver i sin bog *"Kaos og ikke elefanter"*, hvordan det lineære princip siden Newtons opfindelse af differential og integralregningen har præget næsten al videnskab gennem de tre seneste århundreder.

Det lineære princip er teorien om at alting kan udtrykkes i simple formler, og det danner baggrund for det meste af vores tekniske formåen i dag. Problemet med lineære fænomener er, at de i virkeligheden er sjældne i vores dagligdag. Vores dagligdag er mere kendetegnet ved dens uforudsigelighed end ved dens forudsigelighed. Et af de bedste eksempler på dette er vejret. På trods af vores stadig større tekniske formåen er det stadig fuldstændig umuligt for meteorologerne at forudsige vejret, derfor må de holde sig til korte prognoser, og selv her rammer de ofte forkert.

Siden 80'erne har naturvidenskaben været nødt til at udvikle nye teorier for at kunne forstå og beskrive mere komplekse og åbne systemer. Fraktaler er eksempler på figurer, som er bygget op af de samme enkeltelementer og efter samme matematiske princip, men som ender med at danne smukke men vidt forskellige figurer. Kaos-forskningen beskæftiger sig med at analysere og forstå komplekse systemer, deraf også navnet kompleksitets-forskning. Kaos-forskning handler om hvordan bittesmå ændringer (modifikationer) i hverdagen næsten aldrig følger lineære principper og derfor kan få uforudsigelige og store konsekvenser.

I virkeligheden kender vi kun disse principper alt for godt. Vi snakker bl.a. om "dråben der får bægeret til at flyde over". Eller som James Gleick beskriver det i sin bog *"Kaos - en ny videnskabs tilbliven"*:

Der manglede et søm, og skoen gik tabt; Der manglede en sko og hesten gik tabt; Der manglede en hest, og rytteren gik tabt; Der manglede en rytter og slaget gik tabt; Der manglede et slag og riget gik tabt.

Morten Colding-Jørgensen beskriver i sin bog den såkaldte sommerfugleeffekt. Meteorologen Lorenz introducerede begrebet med spørgsmålet: *"kan en sommerfugls vingeslag i Brasilien udløse en tornado i Texas?"*

Til dette svarer Morten Colding Jørgensen: *"Svaret må være klart ja, men heldigvis ikke hver gang... Men det kan ikke udelukkes at der under helt ekstraordinære forhold findes så ustabil en vejsituation, at dannelsen af en tornado afhænger af, om den sidder stille eller basker lidt med vingerne"*.

Ovenstående er eksempler på fænomenet "lille årsag, stor virkning", der er typisk for ikke-lineære systemer.

Det lineære princip holder altså ikke i hverdagen og som Morten Colding Jørgensen udtrykker det: *"hvad værre er så gælder det tilsyneladende heller ikke i vores forskning"*.

Spørgsmålet er om det lineære princip er specielt velegnet til at forsøge at forstå komplekse fænomener som f.eks. smerter eller bevægelse?

Når vi kigger på fænomener som smerte eller bevægelse, så kan vores udgangspunkt være en biomekanisk komponent, en hormonal komponent, en nervøs komponent, en emotionel komponent, en miljømæssig komponent... , ja man kan blive ved.

Nogle vil nok sige at det lige netop er det, evidensbaseret forskning handler om: at afgøre hvilke komponenter, der spiller en væsentlig rolle. Men i virkeligheden indgår alle disse komponenter i et komplekst samspil, en interaktion som er mest kendetegnet ved at have sit eget liv. Forskerne beskriver dette fænomen ved at betegne komplekse systemer som selvorganiserende, systemet finder selv en løsning. At fremhæve enkelte komponenter giver ikke mening. De enkelte komponenter må forstås i en sammenhæng.

Et andet stort problem ved evidensbaseret forskning inden for fysioterapi er, at resultaterne skal kunne reproducere af andre. Derfor er det vigtigt at de eksperimentelle om-

stændigheder er nøje beskrevet og kontrolleret, så udgangspunktet kan genskabes. Problemet med dette ønske er bare, at et kaotisk system aldrig gentager sig selv, men højst tilnærmer sig en tidligere tilstand. Samtidig skal vi huske på, at selv den mindste variation kan få uoverskuelige konsekvenser for det endelige resultat. Husk på sommerfugleeffekten.

Til sidst er der endelig problemet med, at mange eksperimenter udføres under så kunstige forhold, at resultaterne ikke kan overføres til virkeligheden. Evidens eller manglende evidens skabt under alt for kunstige forhold, er ikke interessant. Overskriften i Fysioterapeuten nr. 7/02, var "Guidelines er kun den halve sandhed". Kan man snakke om "en halv sandhed", eller er der snarere tale om sandheder opnået under modificerede og kunstige forhold.

Morten Colding Jørgensen skriver i sin bog om, hvordan der inden for mange forskningsområder hersker vildt kaos - i den gammeldags forstand - fordi de forskellige eksperimentelle resultater modsiger hinanden. Der kan ligefrem opstå forskellige skoler, der bekriger hinandens meninger.

Det er desværre min oplevelse, at den evidensbaserede forskning og dens spilleregler er blevet alt for dominerende, når vi forsøger at forstå vores fag og dets berettigelse.

Man skal som fysioterapeut i dag hele tiden være på vagt i forhold til "evidensen". Faren ved dette er efter min mening at faget bliver rensset for faglige diskussioner, holdninger og erfaringer. Man kan frygte at vi saver den gren over, vi selv sidder på. Fysioterapi, som den ser ud i dag, bygger primært på empiri og meget lidt evidens, men man skal huske, at, når patienterne går til fysioterapi i dag så er det med ønsket om et "bedre fysisk funktionsniveau", ikke at få "evidensbaseret fysioterapi". Evidensbaseret forskning inden for fysioterapi kan i værste fald nulstille vores empiri og i ►

- ▶ stedet ende som ubrugelige guidelines.

Dette indlæg er ikke et forsøg på at fremhæve praksis på bekostning af forskning, det er ikke et spørgsmål om enten/eller. Men det er en advarsel mod at fremhæve delene frem for helheden.

Jeg vil forsøge at illustrere, hvordan teori og praksis hører sammen med et lille eksempel. Da jeg for et års tid siden skulle tage kørekort, skulle vi selvfølgelig lære at manøvrere bilen sikkert. I teoritimerne blev vi undervist i bremselængder. Vi lærte ud fra lineære principper, hvilke forhold der gjorde sig gældende i forhold til bl.a. hastighed og underlag. Så kom dagen, hvor vi skulle på manøvrebane og glatbane og prøve vores viden af i praksis. Men som de fleste sikkert ved: et er teori, praksis noget andet.

I køreuddannelsen er man fuldt klar over dette, og derfor bruger man mange timer ude på manøvrebanen og glatbanen for at lære at omsætte sin viden til praksis, at applicere viden. Det samme gælder for vores eget fag. Hvis ikke vores viden får nogen konsekvens for vores måde at agere på som fysioterapeuter i praksis, så bliver vores viden ligegyldig. Det er ikke nok at gennemgå bremselængder på tavlen.

"Experience without theory is blind, but theory without experience is mere intellectual play" Immanuel Kant.

Ligesom bilisten må forstå sammenhængen mellem teori og praksis, må vi som fysioterapeuter skabe sammenhæng mellem videnskab og praksis. Dette bliver efter min mening vores største opgave som fag. Philadelphiaguidelines bidrager efter min mening ikke med noget særligt i den sammenhæng på trods af evidensen.

Skal vi blive bedre til at forstå komplekse fænomener som f.eks. smerte og bevægelse, må vi kigge på det i en større sammenhæng, de enkelte komponenter må afprøves i en sammenhæng.

Praksis er desuden meget vigtig i forhold til forskning, da det er vores eneste chance for at afprøve og integrere nye teorier i virkeligheden.

Det er desværre de færreste forskningsprojekter, som vender tilbage efter en prøveperiode for at høre, hvordan det så går med at applicere den nye evidens. Forskning og praksis bør være i konstant dialog for at udvikle vores fag. Evidens må her være et middel til at forbedre vores færdigheder, ikke et mål i sig selv.

Når jeg følger den faglige debat inden for fysioterapien i dag, så er den ofte reduceret til metodefejl, p-værdier, reproducerbarhed osv. Enhver faglig debat kan dræbes med henvisning til enten "evidens" eller "manglende evidens". Jeg savner i den grad diskussioner med faglige argumenter, holdninger, erfaringer og indhold. Mit indtryk er at denne "evidens-kultur" skræmmer mange fysioterapeuter fra at blande sig i debatten, fordi det er vigtigere at kende spillereglerne end at deltage i selve spillet.

Videnskabs-journalisten Tor Nørretranders skriver i sin bog *"Mærk verden"* fra 1991, at ambitionen med hans bog er: *"at forene videnskaben med hverdagen; at belyse selvfolgelige dagligdagsforhold på baggrund af de erkendelsesmæssige gennembrud, der er sket inden for en række videnskabelige områder"*.

Lad vores fag blive et af de områder, hvor videnskaben forenes med hverdagen. Lad fysioterapien forholde sig til livet i bevægelse, den ikke-lineære dynamik. Selvom vi på mange måder er ved at vænne os til tanken omkring kaotiske og komplekse principper, er vi stadig slaver af vores lineære tankegang og videnskabelige traditioner. Vores essentielle behov for at "kende sandheden" kan måske blive den største forhindring på vejen, når vi skal prøve at forstå og definere vores fag. Jeg håber at flere fremover tør blande sig i debatten, man skal i hvert fald ikke være så bange for "evidensen". Den er på

mange måder en overvurderet størrelse i forhold til virkeligheden.

"As far as the laws of mathematics refer to reality, they are not certain. And as far as they are certain they do not refer to reality". Albert Einstein.

Litteratur

- Albert H. *Reviews hjælper ikke klinikken*, Fysioterapeuten 7/2002
- Bak P. *How Nature Works : The Science of Self organized Criticality*. 1996
- Blenstrup T, *Skønne spildte kræfter*, Fysioterapeuten, 9/2002
- Colding-Jørgensen M, *Kaos og ikke-elfanter*, 1998
- Cormack JC, Evidence-based Practice...What Is It and How Do I Do It? JOSPT, 2002. Oct 10: p 484-487
- Couppé Ch, Bjordal JM, *Skal vi tro Philadelphia-guidelines?*, Fysioterapeuten 17/2002
- Gleick J, *Kaos. En ny videnskabs tilbliven*. 1989
- Hansen, JM, *Formlens elendighed*. Kronikken i Politiken, 18/3-1998
- Hauge E, *Aktive strategier til nakkesmerter*, Fysioterapeuten 7/2002
- Kleinert HH, *Fagets kerne til debat*, Fysioterapeuten 17/2002
- Kvale S, Nielsen K, *Mesterlære-Læring som social praksis*, 1999
- Langberg H, *Guidelines er ikke bedre end den litteratur, de bygger på*, Fysioterapeuten, 7/2002
- Lund H, Hovmand B, *Motorisk kontrol*, Klinisk Reumatologi; 295-302. 2002
- Nørretranders T, *Mærk verden*, 1991
- Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice, *Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions*, Phys Ther, 2001;81:1629-40
- Guldager A, Pilmark V, *Om at finde og forske i fagets kerne*, Fysioterapeuten, 15/2002
- Verner J, *Rehabiliteringen væk fra briksen*, Fysioterapeuten, 8/2002

Indmeldelse i DF eller overgang fra én medlemsstatus til en anden. **Hele blanketten bedes udfyldt.**

Meddelelse om ændring af navn, bopæl, ansættelsessted, arbejdsområde, stilling, arbejdsomfang m.v.: **Medlemsnr., dato for ændring samt CPR-nr. skal anføres** – på resten af blanketten anføres kun ændringerne. Er du med på div. lister, eksempelvis ergonomilisten, anføres det under andre meddelelser.

Medlemsnr.: _____ Dato for ændring: _____ / _____ CPR.-nr.: _____

Navn: _____

Evt. c/o: _____

Gade: _____

Postnr./by: _____

Opkrævningsadresse: _____

Navn: _____

Gade: _____

Postnr./by: _____

Telefonnr. privat: _____ Telefonnr. tjeneste: _____

Hovedansættelsessted: _____ Andet ansættelsessted: _____

Gade: _____ Gade: _____

Postnr./by: _____ Postnr./by: _____

Tillidshverv:

Tillidsrepræsentant	10	<input type="checkbox"/>
Tillidsrepræsentantsuppleant	20	<input type="checkbox"/>
Kontaktmand	30	<input type="checkbox"/>
Kontaktperson praktiserende	40	<input type="checkbox"/>
Kontaktpersonsuppleant praktiserende	50	<input type="checkbox"/>
Sikkerhedsrepræsentant	60	<input type="checkbox"/>
Sikkerhedsrepræsentantsuppleant	70	<input type="checkbox"/>
Sikkerhedsrepræsentant – Leder	80	<input type="checkbox"/>
Hovedbestyrelsen	90	<input type="checkbox"/>
Hovedbestyrelsessuppleant	100	<input type="checkbox"/>
Repræsentant	110	<input type="checkbox"/>
Repræsentantsuppleant	120	<input type="checkbox"/>
Kredsbestyrelsesformand/Kontakt	130	<input type="checkbox"/>
Kredsbestyrelsen	140	<input type="checkbox"/>
Kredsbestyrelsessuppleant	141	<input type="checkbox"/>
Tillidsrepræsentantråd	150	<input type="checkbox"/>
Tillidsrepræsentantrådssuppleant	160	<input type="checkbox"/>
FTF-delegeret	170	<input type="checkbox"/>

Medlemsstatus:

(kun 1 x)

Ordinært	1	<input type="checkbox"/>
Ekstraordinært	2	<input type="checkbox"/>
Passiv	3	<input type="checkbox"/>
Junior	4	<input type="checkbox"/>
Udland	5	<input type="checkbox"/>

Uddannelsessted:

(kun 1 x)

Århus	1	<input type="checkbox"/>
Holstebro	2	<input type="checkbox"/>
København/Teilmann	3	<input type="checkbox"/>
Skodsborg	4	<input type="checkbox"/>
Odense	5	<input type="checkbox"/>
Udland	6	<input type="checkbox"/>
Andet	7	<input type="checkbox"/>
H.P. Lund	8	<input type="checkbox"/>
Esbjerg	9	<input type="checkbox"/>
Næstved	10	<input type="checkbox"/>
Aalborg	11	<input type="checkbox"/>

Arbejdsløshedskasse:

(kun 1 x)

Medlem FTF-A – ansatte	1	<input type="checkbox"/>
Medlem ASE eller DANA – selvstændige	2	<input type="checkbox"/>
Andre – a-kasser	3	<input type="checkbox"/>

Arbejdsgrupper/udvalg:

Hvilke? _____

Andre Meddelelser:

HOVEDARBEJDSOMRÅDE – SØJLE A HVIS ANDET ARBEJDSOMR. – SØJLE B (kun 1 x pr. søjle)

Ansæt efter overenskomst med:

Amtsrådsforeningen:	A	B
Sygehus	10	<input type="checkbox"/>
Plejehjem	20	<input type="checkbox"/>
Centerskoler/Specialbørnehaver	30	<input type="checkbox"/>
Selvejede institutioner	40	<input type="checkbox"/>
Hjælpecentral	50	<input type="checkbox"/>
Andet	60	<input type="checkbox"/>

Kommunernes Landsforening:

Plejehjem	70	<input type="checkbox"/>
Centerskoler/Specialbørnehaver	80	<input type="checkbox"/>
Selvejede institutioner	90	<input type="checkbox"/>
Hjælpecentral	100	<input type="checkbox"/>
Andet	110	<input type="checkbox"/>

HS:

Hospitaller	120	<input type="checkbox"/>
Fysiurgiske klinikker	130	<input type="checkbox"/>
Andet	140	<input type="checkbox"/>

Københavns/Frederiksberg Kommune:

Plejehjem	170	<input type="checkbox"/>
Centerskoler/Specialbørnehaver	180	<input type="checkbox"/>
Selvejede institutioner	190	<input type="checkbox"/>
Forvaltningen	200	<input type="checkbox"/>
Andet	210	<input type="checkbox"/>

Finansministeriet:

BST-stat	230	<input type="checkbox"/>
Selvejede institutioner	240	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeutskoler	250	<input type="checkbox"/>
Arbejdstilsynet	260	<input type="checkbox"/>
Andet	270	<input type="checkbox"/>

Dansk Arbejdsgiverforening:

Virksomheden er medlem af DA	310	<input type="checkbox"/>
Virksomheden har tiltrådt DA-OK	320	<input type="checkbox"/>
Andet	330	<input type="checkbox"/>

Andre overenskomster:

Grønland: Det offentlige aftalenævn	400	<input type="checkbox"/>
Færøerne: Det færøske Sygehusvæsen	410	<input type="checkbox"/>
Udlandet: Overenskomst ml. DF og div.	420	<input type="checkbox"/>
Ansatte i DF	430	<input type="checkbox"/>
Andet	440	<input type="checkbox"/>

Ansæt privat:

	A	B
Hos praktiserende fysioterapeut m. overenskomst m. Sygesikringen	340	<input type="checkbox"/>
Ved private behandlinginstitutioner	350	<input type="checkbox"/>
Andre private	360	<input type="checkbox"/>

Selvstændig virksomhed:

SYGESIKRINGEN: (kun angivelse, hvis man har eget ydernummer)

Klinikejer	280	<input type="checkbox"/>
Lejer sig ind på klinik	290	<input type="checkbox"/>
Har udelukkende hjemmebehandling	300	<input type="checkbox"/>
Rideterapi	301	<input type="checkbox"/>

Anden selvstændig virksomhed:

Anden klinikdrift/motionscentre o.l.	371	<input type="checkbox"/>
Salgsvirksomhed	372	<input type="checkbox"/>
Free-lance konsulent	370	<input type="checkbox"/>

Arbejdsløs:

Ikke i arbejde (ansat)	380	<input type="checkbox"/>
Ikke i arbejde (selvstændig)	390	<input type="checkbox"/>

Stillingskategori:

Fysioterapeut	10	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut med ydernummer	20	<input type="checkbox"/>
Afdelingsfysioterapeut	30	<input type="checkbox"/>
Overfysioterapeut	40	<input type="checkbox"/>
Anden lederstilling	50	<input type="checkbox"/>
Sagsbehandlerfysioterapeut	100	<input type="checkbox"/>
Distriktsfysioterapeut	101	<input type="checkbox"/>
Rektorer	110	<input type="checkbox"/>
Instruktør	120	<input type="checkbox"/>
Fysioterapilærer	130	<input type="checkbox"/>
Konsulent	140	<input type="checkbox"/>
Bedriftsfysioterapeut	150	<input type="checkbox"/>
Underviser	160	<input type="checkbox"/>
Anden stilling	170	<input type="checkbox"/>
Privatklinik/Center uden overenskomst m. Sygesikringen	171	<input type="checkbox"/>

Arbejdsomfang:

Hovedarbejdsområde: Antal timer/uge.....
Andet arbejdsområde: Antal timer/uge.....

Indmeld.dato (år,md., dag) _____

Aut. dato (år + md.) _____

Praktiserende (hvis ja x)

Yder nr.: _____

Kreds: _____

Dato: _____

Underskrift _____

Fagfestival



DANSKE FYSIOTERAPEUTER

Sæt **X** i kalenderen 20.– 22 november 2003

Danske Fysioterapeuter afholder Fagfestival

– “Fra fag til profession”.
Tre dage med faglig
inspiration og oplægsholdere
fra ind- og udland

Fagfestival 2003 finder sted i
Odense Kongrescenter den
20.- 22. november 2003

Mød blandt andet:

- Louis Gifford, Storbritannien
 - Peter O’ Sullivan, Australien
 - Jules M. Rothstein, USA
 - Ronald J. Donaldson, USA
 - Michael Kjær, Danmark
 - Torben K. Jensen, Danmark
 - Og mange flere
- og få mulighed for at diskutere og udveksle
og erfaringer med andre fysioterapeuter

På fagfestivalen vil der bl.a. være oplæg og workshops om:

- forebyggelse
- sundhedsfremme
- træning
- smerte
- rehabilitering
- klinisk ræsonnering
- ledelse
- kvalitetsudvikling
- videns- og uddannelsesudvikling
- og mange andre emner

Pris: 1250,- kroner for ordinære medlemmer
og 500,- kroner for studerende

En række faggrupper og fraktioner vil afholde
generalforsamling og/eller landsmøde i forbindelse
med arrangementet.

Følg med i Fysioterapeuten og på www.fysio.dk
for yderligere oplysning om program og tilmelding.