

Nr. 3/februar/2003

85. årgang



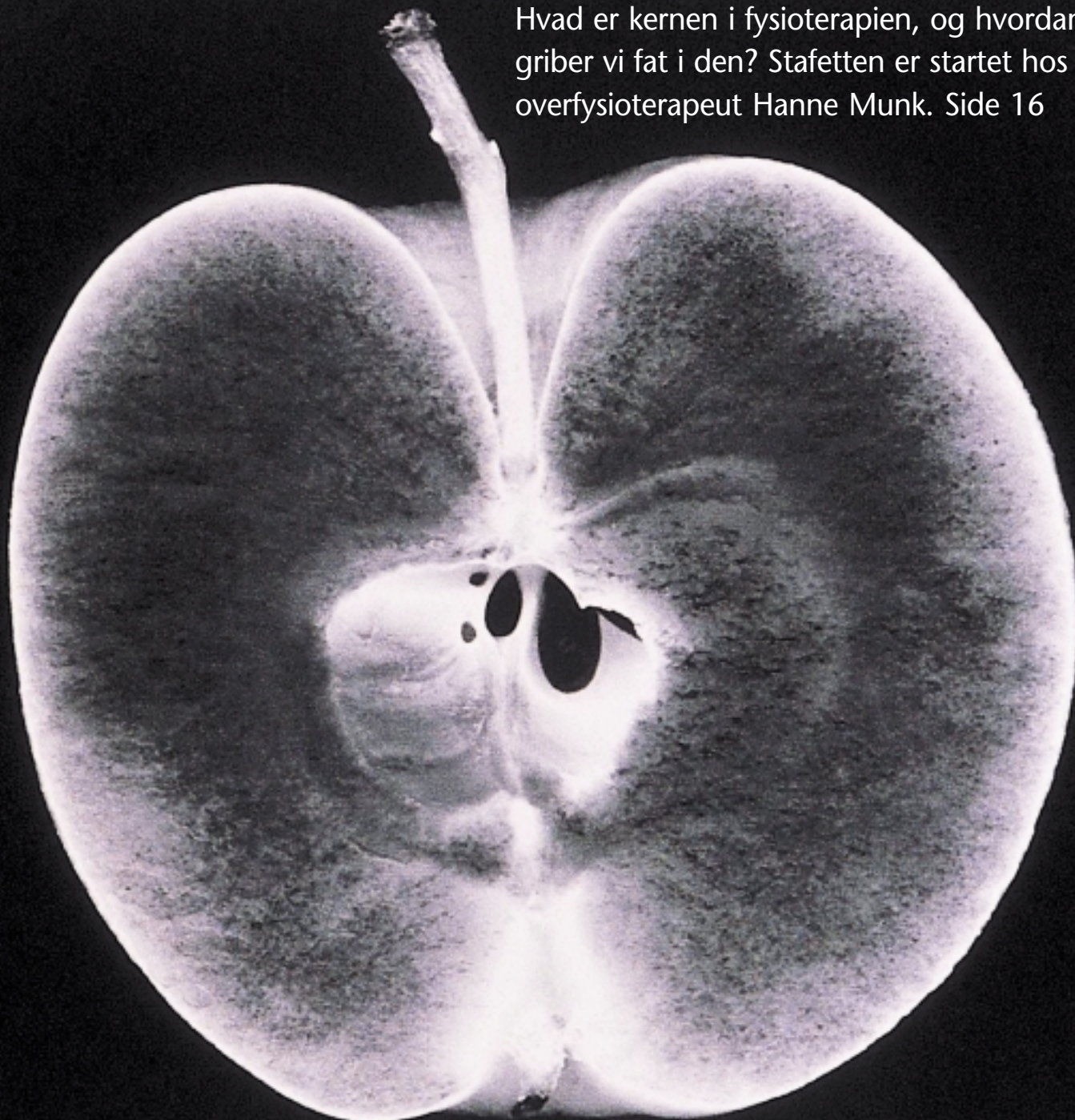
#### Skulderen

Fysioterapeut Mogens Dam giver sit bud på øvelser til behandling af skulderlidelser. Side 8

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

## ■ Fagets kerne

Hvad er kernen i fysioterapien, og hvordan griber vi fat i den? Stafetten er startet hos overfysioterapeut Hanne Munk. Side 16



### Artikler

#### De måske egnede



Er fysioterapeuter indlysende rigtige som faggruppen, der skal tage sig af patienter med motion på re-

cept? Fagbladet følger op på debatten på [fysio.dk](http://fysio.dk).

4

#### Funktionel stabilitet

Antallet af patienter med skulderproblemer er stigende. En bedre diagnosticering og mere specifik og målrettet træning har betydning for behandlingsresultatet.

8

#### Hvor tingene mødes og heles



Første del af en interview-serie om fagets kerne. Stafetten starter hos overfysioterapeut

Hanne Munk, der giver den videre i næste nummer.

16

#### Med hænderne på



Fire gigtpatienter stiller deres syge led til rådighed for en klasse fysioterapeutstuderende.

20

#### Sygehus forsker i sjov rygtræning



ILLUSTRATION: HENNING CHRISTENSEN

Får man det bedre, hvis man får lov at lege sjove lege, spille bold og danse, end hvis man skal lave obligatoriske, kedelige øvelser?

Administrerende overlæge Mette Harreby fra reumatologisk afdeling på Næstved Sygehus har netop modtaget 70.000 kroner til et toårigt forskningsprojekt i rygtræning.

114 gigtpatienter med lænderygsmerter og iskias trækker lod om henholdsvis "den sædvanlige" og "den sjove" træning og får herefter hver 12 gange træning. Effekten følges op efter et år.

I den sjove træning indgår ingen obligatoriske øvelser, men leg boldspil og dans.

Fysioterapeuterne Kirsten Boysen, Paulette Olsen og Pia Jensen medvirker ved projektet.

### Det faste

fysio.dk

7

Fysnyt

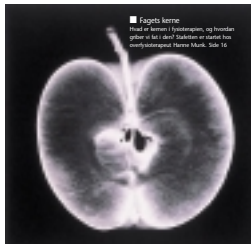
11 + 13

Anmeldelse

23

Debat

24



**FORSIDE:**  
PHILIP KREJCAREK/  
POLFOTO

**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

85. 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

## Regioner eller ej

Politikerne er i færd med at ændre det kommunale danmarkskort. Det vil ikke mindst få betydning for, hvordan sundhedsvæsenet kommer til at se ud og bliver organiseret. Det er en omfattende proces, der ikke foretages i løbet af nogle uger eller måneder. Derfor har politikerne da også valgt at inddele forløbet i forskellige faser.

Første udspil var den såkaldte 100 dages rapport, der udkom for et år siden. Her kunne det rådgivende udvalg, der har fået til opgave at tage temperaturen på sundhedsområdet, fortælle, at det ikke står så slemt til, som man ofte kan få indtryk af. I hvert fald når snakken falder på de mange forskellige overenskomster og aftaler, der eksisterer for de enkelte faggrupper på sundhedsområdet. Udvalgets konklusion var kort og godt, at disse aftaler ikke står i vejen for, at man organiserer arbejdet på andre og mere effektive måder.

Næste udspil kom i januar i år. Her har udvalget kigget på den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, ikke mindst hvordan amterne klarer rollen med at administrere sygehusene. Det korte svar lyder, at de har klaret opgaven godt. Men også, at tiden er moden til at vælge en anden model. Her foreslår udvalget, at der oprettes regioner, som får ansvaret for sygehusene. Udvalget giver ikke noget bud på antallet af regioner, men foreslår et befolkningsunderlag på omkring 400.000 per region, og for hovedstadsområdet 700.000.

Det er ikke overraskende, at udvalget foreslår regionsmodeller. Det ligger fint i forlængelse af den udvikling, der har fundet sted de seneste år, hvor amterne i stadig større omfang samarbejder på sundhedsområdet. Set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv virker det logisk, da der formentlig kan være penge at spare blandt andet ved at samle specialerne færre steder i landet. Til gengæld løser forslaget ikke et andet og for fysioterapeuter væsentligt problem, nemlig den udbredte kassetænkning, der stiller sig i vejen for det sammenhængende patientforløb. Det vil stadig ikke være afklaret, hvem der har ansvaret og skal betale, når patienten bevæger sig mellem sygehus og hjemkommune. Så opgaven vil stadig være at få borgeren eller patienten i centrum, regioner eller ej.

Spørgsmålet er i det hele taget, om strukturændringer og regioner giver meget mere sundhed for pengene og afhjælper de grundlæggende problemer i sundhedsvæsenet? Mit svar er nej. Jeg mener, der i stedet er behov for en gennemgribende reform, der sætter fokus på værdier og holdninger i sundhedsvæsenet. Men det er selvfølgelig et langt vanskeligere skridt at tage. Den dagsorden skal nok sættes af borgerne selv og meget gerne med hjælp fra fysioterapeuter og andre sundhedsfaglige grupper.



**Af Johnny Kuhr**  
*formand for  
Danske  
Fysioterapeuter*

I de seneste uger er der indløbet en lang række indlæg på debatsiderne på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk) med overskriften "motion på recept". Redaktionen har plukket i debatten og bedt et par af debattørerne uddybe deres synspunkter.

*Fysioterapeut Steffen Bader er ikke i tvivl: Fysioterapeuter har særdeles gode forudsætninger for at behandle patienter med recept på motion, mener han. "Det kan næsten lyde som om, vi står helt uden tøj på, men jeg synes vi er godt klædt på til opgaven". Steffen Bader mener, det vil være at skyde ved siden af, hvis man fokuserer ensidigt på træningsfysiologi og glemmer den pædagogiske indfaldsvinkel.*



## De måske egnede

**(DEBAT)** Er fysioterapeuter indlysende rigtige som faggruppen, det tager sig af motion på recept, eller er for eksempel en idrætsfysiolog bedre kvalificeret til opgaven? Debatten bølger på [fysio.dk](http://fysio.dk)

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO PALLE SKOV

"Jeg er ikke så sikker på, at det er en selvfølge, at vi som fysioterapeuter skal iværksætte motion på recept. Jeg tror faktisk ikke, at vi er den mest kompetente faggruppe. Ærlig talt mener jeg, en idrætsfysiolog vil være mere kvalificeret til opgaven".

”Jeg bliver ærligt talt irriteret over denne „træden sig selv over tæerne“, som er så udbredt i vores faggruppe. Sundhedsfremme er ved at blive et så alment gyldigt begreb, at mange andre faggrupper (ergoterapeuter, biologer, diætister, autodidakte, fitness-instruktører med et weekend kursus i anatomi og fysiologi bag sig m.fl. ) snupper motionsopgaverne for næsen af os. Og det, vi gør, er at finde frem til vores egen utilstrækkelighed”.

Thomas Hou Nielsen på [fysio.dk/debat](http://fysio.dk/debat)

“

ben i begge lejre, føler han sig absolut mest som fysioterapeut.

”Men jeg tror, det er vores held, at idrætsfysiologerne ikke har tradition for at behandle og ikke som os har et oplagt regi at gøre det i, for jeg synes deres uddannelse passer bedre til konceptet”, siger Thomas Bandholm.

”Jeg mener, det er nødvendigt, at man som behandler forstår for eksempel den forandring, fysisk aktivitet indicerer i sukker- og fedtstofskiftet. Det er ikke lige meget, hvor længe og med hvilken intensitet man træner. Idrætsuddannelsen indeholder mere træningsfysiologi og dosering af træning. Her synes jeg, fysioterapeutuddannelsen halter en smule”.

Thomas Bandholm understreger, at han ikke mener, fysioterapeuter ikke er kvalificerede til opgaven. Og absolut heller ikke, at de som han selv skal tage en idrætsuddannelse oveni.

”Men jeg mener, det er vigtigt at være fremme i skoene, så andre mindst lige så kvalificerede ikke render med opgaven”.

”Jeg er glad for at der er så meget røre omkring træning, da jeg fortsat mener, at det er *det* centrale område, som vi som fysioterapeuter bør arbejde inden for i fremtiden. Jeg vil gerne stimulere til, at DF går mere aktivt ind i at opgradere fysioterapeuter til i fremtiden at være klædt på til at varetage de mange opgaver, der kommer med motion på recept. Og det skal ske hurtigst muligt. Lad os undlade at diskutere, hvem der er bedst til at varetage opgaven på nuværende tidspunkt og i stedet sikre, at vi er det i den nærmeste fremtid.

Henning Langberg på [www.fysio.dk/debat](http://www.fysio.dk/debat)

“

Således skriver fysioterapeut Thomas Bandholm i et indlæg under debat på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk).

Fysioterapeuten har kontaktet Thomas Bandholm og bedt ham uddybe sit synspunkt.

### ET BEN I HVER LEJR

Thomas Bandholm forklarer, at selvom han er ved at skrive speciale på idrætsstudiet og derfor har et

” Det er vigtigt at adskille træning som en del af rehabiliteringen af/forebyggelsen mod lidelser i bevægeapparatet fra den træning, der sigter mod at inducere fysiologiske adaptationer essentielle for behandlingen af livsstilssygdomme. Det er måske især sidstnævnte tiltag, hvor vi som fysioterapeuter må forvente, at andre faggrupper med stor teoretisk og praktisk kompetence vil tilbyde deres viden. Jeg kan se nogle områder, hvor jeg som nyuddannet fysioterapeut manglede kompetence (basal fysiologi, patofysiologi og træningsfysiologi). Med den fysioterapeutiske grunduddannelse vil det dog være relativt nemt at opgradere sin viden på disse områder gennem kursusvirksomhed.

Lars Raundahl Rasmussen på [www.fysio.dk/debat](http://www.fysio.dk/debat)

“

- Thomas Bandholm tilføjer, at efteruddannelse i træningslære vil være relevant. For eksempel kunne man følge kurset Fysisk aktivitet og Sundhed på idrætsstudiet via Åben Uddannelse, foreslår han.

#### FYSIOTERAPEUTER ER BEDST

En af dem, der på [fysio.dk](http://fysio.dk), har reageret på Thomas Bandholms indlæg, er Steffen Bader. Han erklærer sig enig i, at idrætsfysiologerne er dygtige, men tilføjer, at det ligger ham meget fjernt at reducere motion til udelukkende et idrætsfysiologisk fænomen.

”Jeg er enig i, at vi skal fagudvikle på området – og gerne tværfagligt, men jeg synes, man skylder ved siden af, hvis man kun fokuserer på træning og fysiologi”.

Den store udfordring ligger et andet sted, me-

MouseTrapper Electronic har en gennemtænkt ergonomisk udformning som giver god beskyttelse mod nedslidningsskader som musearm, myoser og kontornakke. Du arbejder enklere og hurtigere med det nye unikke rulleband. Få yderligere information på [www.mousetrapper.dk](http://www.mousetrapper.dk)

**TestLab-System A/S**  
Tlf 46 74 05 05 Fax 46 74 05 10 [www.testlab.dk](http://www.testlab.dk)

”

Det er vigtigt, vi lærer at bruge og anvende de remedier, som vi har til træning i terapien. Vi kan ikke komme udenom, at grunduddannelsen simpelthen er for dårlig på dette område, hvilket betyder at vi ikke umiddelbart er kvalificerede til at dække området „motion på recept“, hvis jeg skal være helt ærlig. Hvis vi skal opretholde den status, vi har i samfundet som faggruppe, er vi nødt til at følge med på dette felt.

Lotte Paarup på [www.fysio.dk/debat](http://www.fysio.dk/debat)

“

ner Steffen Bader.

”Man behøver ikke at have set mange afsnit af „Livet er fedt“, før man ved, at det ikke er manglende viden, der er problemet. Det handler om at finde ind til den enkeltes motivation, aflære gamle, uhensigtsmæssige mønstre og indlære nogle nye. Neurologer ved også mere om hjernens opbygning end fysioterapeuter, men det gør dem ikke bedre til at træne med apopleksipatienterne, end vi er. Vi har nogle styrker i den kropslige tilgang til de mennesker, vi har med at gøre - mennesker, der ofte er i krise”.

”

Det er utrolig vigtigt, hvordan vi sælger budskabet, og at vi er kvalificerede til at lave decideret træning med vores patienter. Fagligt er vi kvalificerede, men rent teknisk i forhold til at arbejde med træningsapparater synes jeg, det er vigtigt, at vi dygtiggør os og lærer at bruge de remedier, der forefindes, korrekt.

*Pernille Mortensen på  
www.fysio.dk/debat*

“

Steffen Bader underviser på Center for Videregående Sundhedsuddannelser i Odense og har derfor også lyttet, når der har været kritik af fysioterapeutuddannelsens manglende fokus på træningslære.

”Det er en grunduddannelse, og der er ikke mulighed for at gå i dybden med alle emner. Men til gengæld undervises også i for eksempel vævets reaktioner på aktivitet og inaktivitet, ligesom psykologi og pædagogik er en del af uddannelsen. Nogen får det næsten til at lyde, som om vi står helt uden tøj på, men jeg synes, vi er godt klædt på til opgaven. Fysioterapeuter, der skal arbejde med motion på recept, skal selvfølgelig fordybe sig i dette område fagligt, ligesom fysioterapeuten på en ortopædkirurgisk afdeling skal fordybe sig i dét arbejdsfelt. Man kan have lige så uanede mængder af viden, det skal være, men det nytter ikke noget, hvis man ikke forstår at formidle den viden og skabe en læringsituation for den enkelte patient”.

Steffen Bader mener dog ikke, det er alle patienter med en recept på motion, der skal rundt om fysioterapeuten.

”Jeg tor, vi skal dele det lidt op. Der vil være en del personer i en risikogruppe men uden medfølgende sygdomme, der vil kunne klare sig fint med et veltilrettelagt forløb i idrætsforeningen, mens det er dem med diabetes, forhøjet blodtryk, ledlidelser og så videre, vi skal tage os af. Og det er jo patienter, vi står med til daglig i både klinikkerne og på sygehusene, så jeg ved ikke, hvorfor vi lige pludselig ikke skulle kunne finde ud af det”. ■

## Spørg Danske Fysioterapeuter

**(FAQ)** ■ Sekretariatet modtager hver dag mange spørgsmål fra medlemmerne om løn- og overenskomstspørgsmål både skriftligt og per telefon. Spørgsmål og svar lægges løbende ud på hjemmesiden [fysio.dk/offentlig](http://fysio.dk/offentlig).

## Få del i tiden

**(ARBEJDESTIDSAFTALER)** ■ „Få del i tiden“ er den anden af i alt fem nyhedsaviser om erfaringerne med lokale arbejdstidsaftaler. De sidste tre aviser udkommer løbende i første halvdel af 2003. Aviserne er tænkt som inspiration til ledere, tillidsrepræsentanter, sikkerhedsrepræsentanter mv., der overvejer eller allerede er i gang med at forhandle en lokal arbejdstidsaftale på deres arbejdsplads. Læs mere på [fysio.dk/offentlig](http://fysio.dk/offentlig)

## Klinikregister

**(LINK)** ■ Der er nu lagt en komplet klinikregister ud på [fysio.dk/prakis](http://fysio.dk/prakis). Det linker direkte til et nyt vindue med Krop og Fysiks klinikregister, der er opdelt på amter.

## Får børn museskader

**(NYHED)** ■ Med jævne mellemrum bringer aviserne historier om børn der i en tidlig alder har fået skader efter at have siddet for længe ved computeren. Jyllandsposten bragte for nylig en artikel, hvor der hævdes at børn ned i femårsalderen behandles for museskader. Fysio.dk opfordrer fysioterapeuter, der har kendskab til omfanget af problemet om at skrive til redaktionen.

## Top 10 downloads

**(LØNMAGASIN)** ■ Det mest downloadede dokument i januar 2003 er Løn- og overenskomstmagasinet der er downloadet 5.333 gange. I magasinet er der, udover de nye lønninger, også en række artikler omkring de nye barselsregler, feriereglerne, forhold som du skal være opmærksom på inden du søger ny job, idekatalog til Ny Løn, vejledende takster for undervisning samt andre aktuelle emner som der erfaringsmæssigt ofte er spørgsmål til. Læs mere på [fysio.dk/offentlig](http://fysio.dk/offentlig)

# Funktionel stabilitet

**indgang** Fysioterapeuter oplever, at antallet af patienter med skulderproblemer er stigende. En af grundene kunne være, at fysioterapeuterne er blevet bedre til at behandle skulderskader. En bedre diagnosticering og en mere specifik og målrettet træning har betydning for behandlingsresultatet. Mogens Dam beskriver i artiklen de overordnede principper for rehabiliteringen og giver eksempler på øvelser.

**(TRÆNING)** I artiklen gives der et bud på, hvilke øvelser man kan vælge i forbindelse med behandling af skulder.

**AF:** PRAKT. FYSIOTERAPEUT MOGENS DAM

**FOTO:** GEIR HAUURSSON

Det ser ud som om, at antallet af patienter med skulderproblemer, er stigende. Det kan skyldes, at fysioterapeuter er blevet bedre til at diagnosticere og derfor har større succes med behandlingen og rehabiliteringen. At fysioterapeuter kan behandle flere forskellige patologiske tilstande i skulderen giver et øget flow af skulderpatienter i klinikkerne.

Men antallet er desuden steget generelt. En af årsagerne kan være en øget forekomst af statiske arbejdsfunktioner som for eksempel PC-arbejde, og at flere fortsætter med at være idrætsaktive i en højere alder end tidligere, da ældre i højere grad end yngre har risiko for degenerative forandringer i rotatorcuffen.

Det kan være en udfordring at overbevise patienterne om, at de rent faktisk skal træne sig ud af et problem, der skyldes over- og fejlbelastning. Denne udfordring bliver man nødt til at påtage sig i rehabiliteringen, for at behandlingen får den fornødne succes. Der ligger altså en opgave i at uddanne patienten for at opnå god compliance.

De forskellige symptomer og diagnoser skal angribes forskelligt. Der kan være nogle øvelser, der ofte vil indgå i rehabiliteringen, men standardprogrammer findes ikke.

Planlægning af træning af skulderproblemer kræver derfor en nøje analyse af patologi og årsag til eventuel patologi. Denne artikel bygger på "common sense" og mine erfaringer med behandling af patienter med skulderskader. Mit forslag til øvelsesvalg baserer sig således på egne erfaringer kombineret med en funktionel tilgang til anatomen.

Artiklen giver et bud på, hvordan en del skulderproblemer primært skal angribes træningsmæssigt. Øvelserne bør indgå i en samlet rehabilitering og skal ses som et sekundært profylaktisk tiltag i forbindelse med manuelt behandlede skulderproblemer.

Ønskes der yderligere inspiration kan "Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes" af Shirley Sharmann varmt anbefales.

## UDREDNING AF SKULDERSKADER

Ved traumatiske skulderskader, som f.eks. glenohumeral luksation eller akromioklavikulær luksation, er patologi givet, men symptombilledet varierer, alt efter hvor alvorlig skaden er.

Skulderproblemer kan også skyldes andet end traumer, idet der ofte vil være tale om en glidende overgang imellem uhensigtsmæssig biomekanik og patologi. Uhensigtsmæssige biomekaniske forhold kan således forårsage patologiske tilstande i skulderen.

For at afdække skulderproblemet må man derfor benytte sig af et stort testbatteri, der både tester patologi og afdækker årsagssammenhængen. I denne artikel beskrives testbatteriet ikke, men der gives forslag til forskellige øvelser, der kan benyttes i skulderrehabiliteringen. Der argumenteres endvidere for, hvorfor og hvornår de enkelte øvelser bør indgå.

Differentialdiagnoser, hvor cervikale og thorakale problemstillinger indgår, forudsættes manuelt behandlet som udgangspunkt for rehabiliteringen. Artiklen drejer sig primært om differentialdiagnoser, hvor klinisk og funktionel instabilitet samt im-

### ■ FAGLIG VEJLEDERUDDANNELSE

Center for udvikling og uddannelse i Vejle Amt udbyder nu, i samarbejde med Sønderjylland, Ribe og Fyns Amter, faglig vejlederuddannelse.

Uddannelsen er tværfaglig og henvender sig til alle medarbejdere med en mellemlang videregående uddannelse og varer ca. 2½ år.

Uddannelsen starter den 6. maj 2003  
Ansøgningsfrist er tirsdag den 18. februar 2003

#### Formålet med uddannelsen er at:

- at øge den enkelte medarbejders kompetencer til at varetage systematiseret vejledning/og refleksion for grupper af kollegaer og individuelt
- at medarbejderen i samarbejde med kollegaer kan danne rum for refleksion, og derved give mulighed for høj kvalitet og udvikling inden for faget
- at den enkelte medarbejder bliver bevidst om egen indflydelse og interaktion i relation til andre
- at medarbejderen får viden om og kan handle ud fra flere forskellige vejledningsmetoder.

Uddannelsen er rettet mod praksis og er opbygget i moduler og veksler mellem teori og praksis.

Den teoretiske del af uddannelsen foregår i Vejle.

Er du interesseret så klik ind på [WWW.uddannelsescentret.dk](http://WWW.uddannelsescentret.dk) og læs nærmere. Her finder du uddannelsesordning, pris og hvordan du tilmelder dig.

Henvendelse kan også ske til konsulent Bolette Trier, tlf. 76498413/21208671 eller [bot@vejleamt.dk](mailto:bot@vejleamt.dk)



pingement problemer indgår. Kostal og klavikulær nervepåvirkning er i høj grad også et trænerbart problem, forudsat at kostale dysfunktioner er manuelt behandlede. Myofascielle smerter er ofte en konsekvens af fejl- eller overbelastet muskulatur, og er derfor også trænerbare.

### TRÆNING

Det overordnede princip er, at patienten skal lære at beskytte og kontrollere leddet. I behandlingen skal fysioterapeuten sørge for, at patienten træner på en sådan måde, at han opnår en sufficient orientering af glenohumeralledet, således at glenohumeral funktion bliver mulig, uden at ledstrukturerne lider overlast.

Der fokuseres også på "full cain" stabilitet. Det vil sige, at kraftoverføringen op igennem kroppen kan foregå uden tab af energi. Såfremt kraftgenereringen i UE og trunkus ikke udnyttes, vil belastningen på glenohumeralledet blive større og kan manifestere sig som smerteproblemer i leddet. For at kraftgenereringen kan foregå uden energitab i trunkus, må man ikke tabe rigiditeten i trunkus. Derfor indgår der i de fleste skulderøvelser, at man kontraherer m. transversus abdominis og mm. multifidi for at opnå lumbal stabilitet.

### WALLSLIDE



Stå med front mod væg. "Sæt navlen" og hold denne under hele øvelsen, således at lumbalcolumna kontrolleres i neutralstilling. Lad underarme/hænder hvile på væg.

Armene eleveres samtidig med at underarme/hænder glider op ad væggen. Underarmene hol-



des lodret. Vær opmærksom på, at patienten ofte har svært ved dette, uden at albuerne kører ud til siden, så glenohumeralledet indadroteres.

Den beskedne reduktion af belastning som at lade underarm/hånd hvile op ad væggen kan være nok til, at patienten med skulderskader kan elevere armene med reducerede eller helt uden smerter.



For at kunne foretage 180° elevation kræver det, at angulus inf. scapulae kommer frem til midt på siden af trunkus (se foto ovenfor), hvilket er tegn på, at der forekommer et akromialt løft i forbindelse med elevationen. Dette løft er nødvendigt, for at elevation kan foregå, uden caput humeri kolliderer med acromions underside. Manglende løft kan skyldes en insufficient m. serratus ant. og stram m. pectoralis min. En anden årsag til, at løftet ikke kan foregå, kan være, at der er tale om en gammel klavikula fraktur, som er helet op i en kortere tilstand. Hele skulderåget vil i så fald være trukket frem. ▶



- ▶ Øvelsen kan varieres ved, at armene ikke føres op langs med ørerne, men føres skråt opad, således at armene maksimalt eleveres, så man ender i "flyv-stilling". Formålet med denne øvelse er at indøve det akromiale løft. Desuden aktiveres samspillet mellem m. serratus ant., m. trapezius og m. pectoralis minor inhiberes aktivt. Belastningen er relativ lille, da øvelsen skal stimulere til et hensigtsmæssigt innervationsmønster samt reducere tonus i de kontrakte strukturer.

### FREMLIGGENDE ELEVATION



Fremliggende med armene langs med ørerne. Navlen "sættes" og lumbalcolumna holdes i neutralstilling under hele øvelsen. Armene løftes, og patienten forsøger at initiere bevægelsen thorakalt. Stillingen holdes 5-7 sek. Armene sænkes, og først nu slippes lumbalcolumna.

Øvelsen træner nedre del af m. trapezius og inhiberer m. pectoralis minor (reciprok antagonist-hæmning).



Det vil ofte være svært at holde lumbalcolumna neutral, og mange initierer bevægelsen lumbalt, og specielt patienter med udtalt thoracal kyfoisering/lumbal lordosering vil have svært ved dette. Denne øvelse kan uden videre progredieres med håndvægte. Vær dog opmærksom på, at øvelseskvaliteten forbliver som ovenfor beskrevet.

Øvelsen har som mål at træne den nederste del af m. trapezius med belastning.

### STEM



Patienten står med håndvægten ind over skulderen. Der startes fra 90° elevation. M. levator scapulae og m. rhomboidei skal være afslappede. Navlen "sættes" og neutralstillingen i lumbalcolumna holdes under hele øvelsen. Håndvægten stemmes op, idet håndvægten holdes ind over skulderen i hele øvelsen. Håndvægten sænkes igen, men bør ikke komme under 90° elevation i glenohumeralledet.

Der startes fra 90° for at undgå, at bevægelsen initieres ved at aktivere m. levator scapulae og m. rhomboidei, idet det ville hindre sufficient løft af acromion. Målet med øvelsen er, at træne udadrotation af scapula angulus inf. som et samspil mellem de forskellige dele af m. trapezius, således at scapula udadroteres, og en elevation af hele skulderbæltet undgås.

### RETRAKTION



Patienten sidder eller står. Elastikken fattes med tommelfingrene vendende opad. Trækretningen bør være skråt nedad. Navlen "sættes" og lumbal-

columna holdes i neutralstilling under hele øvelsen. Der trækkes i elastikken ved at samle skulderbladene uden albuefleksjon, og stillingen holdes 3-5 sek. Derefter slippes der kontrolleret igen.

Målet med øvelsen er at træne retraktion af scapula, som opstår som et resultat af samspillet mellem m. trapezius og m. rhomboideus. Den skrå trækretning vælges for at undgå, at bevægelsen initieres af m. levator scapulae og m. rhomboideus. Vær opmærksom på, at scapula ikke eleveres under øvelsen, idet vil umuliggøre sufficient løft af acromion.

### PROTRAKTION



Patienten står med ryggen til væg og trisse/elastik. Der fattes om elastik/trisse med albuerne strakte og tommelfingrene vendende op efter. Navlen "sættes" og lumbalcolumna holdes i neutralstilling under hele øvelsen. Armene stemmes fremad, således at skulderbladene trækkes frem omkring thorax. Der vendes kontrolleret tilbage til udgangsstillingen.

Målet med øvelsen er at opnå styrke og kontrol af m. serratus ant. Hvis m. serratus ikke har den sufficient styrke og kontrol, kan angulus inf. scapulae ikke svinge frem til midt på siden af trunkus, og der kan ikke foregå et acromialt løft. ►

## Funktionelle lidelser

**(BEHANDLING)** ■ Månedsskrift for Praktisk Lægegerning har i efteråret bragt en række artikler om udredning og behandling af funktionelle lidelser. Læge Per Fink fra Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser i Århus har sammen med Marianne Rosendahl og Thomas Toft skrevet de første artikel i rækken. I artiklen gør de rede for forekomst og ætiologi. Månedsskr Prakt Lægegern. September 2002, 1211-21.

## 2003 Handicapår

**(EUROPA)** ■ 2003 er valgt til europæisk handicapår. 32 projekter har fået støtte. Projekterne er spredt over hele landet. Handicapåret blev indviet d. 5. februar i København. Læs mere om projekterne og handicapåret på [www.handicapaar.dk](http://www.handicapaar.dk) Man kan også indsende oplysninger om aktiviteter til kalenderen på handicapårets hjemmeside. Oplysninger indsendes på e-mail: [2003@handicapaar.dk](mailto:2003@handicapaar.dk)

## Patellofemorale smerter

**(EVIDENS)** ■ I en randomiseret og placebokontrolleret studie har fysioterapeuterne K. Crossley et al undersøgt effekten af fysioterapi til 71 patienter med patellofemorale smerter. De inkluderede patienter var 40 år og derunder og havde haft smerter i mindst en måned. Fysioterapibehandlingen bestod af styrketræning af m. quadriceps, ledmobilisering af patellofemuralledet, tapening af patella og daglige hjemmeøvelser. Kontrolgruppen fik simuleret ultralydsbehandling, påførelse af ikke-terapeutisk gel og placebo tapening. Gruppen, der modtog fysioterapi, fik signifikant smertenedsættelse og mindre besvær end placebogruppen. Læs om undersøgelsen i *The American Journal of Sports Medicine*: 30:857-865 (2002) Kay Crossley et al: Physical Therapy for Patellofemoral Pain – A Randomized, Double-blinded, Placebo-Controlled Trial.

## Billeder af diskusprolaps

**(RYGDOKTOR)** ■ På Rygdoktor.dk er det muligt at hente billeddiagnostiske billeder. For at fremme forståelsen ledsages billederne af de forskellige lidelser med normalbilleder, så man let kan sammenligne. Billederne kan benyttes til patientundervisning og til selv at indhente ny viden. På Rygdoktor.dk kan man endvidere finde for eksempel vejledning til undersøgelsesprocedurer og et videooptagelse af undersøgelse af en Morbus Bechterewpatient.

► RYGLIGGENDE INDADROTATION



Patienten ligger på ryggen med armen i 90° abduktion. Overarmen støtter evt. på en lille pude, således at den ligger i scapulas plan. Albuen flekteres 90°. Modsat hånd placeres på processus coracoideus for at registrere, at scapula forbliver i ro (se foto). Navlen "sættes" og lumbalcolumna holdes i neutralstilling under hele øvelsen. Armen indadroteres så langt, at scapula lige præcis kan holdes i ro. Derefter udadroteres så langt som muligt. Bevægelsen stoppes eventuelt i mellemstilling for at sikre, at bevægelsen ikke bliver for hurtig og ukontrolleret.

Glenohumeral indadrotationen bør andrage 70°, uden at scapula roterer med. Manglende glenohumeral indadrotation vil forårsage, at acromion bliver trukket med frem og op ved fremadføring af eleveret arm, og det acromiale løft er ikke muligt. Desuden kan konsekvensen være, at caput humeri kommer til at stå udadroteret og anteriort. De anteriore ledstrukturer vil da blive sat under stress.

Øvelsen kan kombineres med stræk af den posteriore kapsel/m.infraspinatus og m. teres minor.



For at strække den posteriore kapsel lægger patienten sig på siden med skulderen trukket tilbage, således at scapula er fikseret. 90° fleksion i skulderen. Der fattes med modsat hånd om håndleddet, og armen indadroteres passivt, til der fornemmes et stræk. Strækket holdes 20-30 sek. Der

kan også arbejdes med hold/slap af teknik. Patienten skal undgå at strække for voldsomt, idet det kan stresser de glenohumerale ledstrukturer, led og kapsel og forårsage blivende smerte/irritation.

Indadrotationen bør umiddelbart efter trænes med forrige øvelse for at opnå kontrol over den øgede bevægelighed (ROM). Hvis ikke ROM kontrolleres, er der ringe sandsynlighed for, at den øgede bevægelighed udnyttes i hverdagen, og den vil derfor hurtigt blive tabt igen.

Øvelsen "Rygliggende indadrotation" kan let progredieres med håndvægt. Vær dog opmærksom på, at den ovenfor beskrevne kvalitet opretholdes.

FREMLIGGENDE INDADROTATION



Patienten ligger helt ude til kanten af plinten i fremliggende stilling med 90° abduktion i skulderleddet og 90° fleksion i albueleddet. Skulderen indadroteres omkring humerus' akse. Albuen skal blive på samme sted under hele øvelsen.



Hvis albuen ekstenderes under indadrotationen, er det m. triceps, der primært udfører bevægelsen og ikke som ønsket m. subscapularis.

Hvis armen adduceres under indadrotationen, er det m. latissimus, der dominerer over m. subscapularis.



En kombination med såvel m. latissimus og m. triceps dominans over m. subscapularis kan også forekomme. Det viser sig ved, at albuen strækkes og armen adduceres ved forsøg på indadrotation. Her er m. subscapularis altså underlagt såvel m. latissimus dorsi som m. triceps brachii.

Målet med øvelsen er at træne m. subscapularis i forhold til den dominerende muskel således, at indadrotation kommer til at foregå omkring en konstant akse i glenohumeralledet.

Øvelsen træner mere kontrol end styrke. Når der først er opnået kontrol, må der fokuseres på styrke af specielt rotatorcuffen, for at patienten kan håndtere de store kræfter, skulderen bliver udsat for. En anden grund til at træne isoleret og tungt med håndvægte eller trisser på rotatorcuffen kunne være, at der var tale om læsion i denne.

#### LIGGENDE UDADROTATION



Patienten ligger på modsat side med overarmen hvilende på trunkus. Patienten holder en 90° flexion i albuen og har en håndvægt i hånden. Der udadroteres i skulderen, men patienten skal gøres ►

## Columnapris til fysioterapeut

**(FORSKNING)** ■ Fysioterapeut Tom Petersen har fået Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicins Columnapris på 15.000 kr. for sit videnskabelige arbejde inden for rygområdet. Det velanskrevne forskningstidsskrift Spine publicerede i august 2002 Tom Petersens artikel: The effect of McKenzie therapy as compared with that of intensive strengthening training for the treatment of patients with subacute or chronic low back pain: A randomized controlled trial. 260 patienter med kronisk lænderygbesvær blev randomiseret til enten behandling efter McKenziemetoden eller til intensiv styrketræning i otte uger med efterfølgende to måneders selvtræning. Studiet viste, at McKenziemetoden er ligeså effektiv som intensiv styrketræning. Læs email-interview på fysio.dk

## Hæder til fysioterapeut

**(PRIS)** ■ Sønderjyske fysioterapeuter har valgt at hædre fysioterapeut Karen Berggreen med en særlig pris for fagligt engagement. I indstillingen hedder det, at Karen Berggreen, der er praktiserende fysioterapeut i Jels, gennem sit mangeårige klinikarbejde har vist sin faglige interesse ved at efteruddanne sig i flere forskellige dele af faget. Karen Berggreens arbejde med inkontinens har haft stor betydning for mange mennesker. At Karen Berggreen samtidig er et venligt og smilende menneske med overskud til at smitte andre med livsglæde er en sjælden evne, der gør hende til den rigtige modtager af prisen, står der i begrundelsen for tildelingen.

## Efterlysning af fysioterapeuter til test

**(BØRN)** ■ I juni 2003 igangsætter institut for Socialmedicin og epidemiologi ved Århus universitet et femårigt forskningsprojekt. 1.500 børn skal testes for at se, om der er en sammenhæng mellem livsstilsfaktorer hos forældrene før og under graviditeten og neurologisk, kognitiv og motorisk udvikling hos børnene. Fysioterapeuterne skal bl.a. foretage en Movement ABC test. Interesserede fysioterapeuter, der kan teste børn i Aalborg, København, Odense og Århus, kan henvende sig til Annette Sandahl, e-mail: annette-sc@ofir.dk Læs mere om forskningsprojektet på fysio.dk/debat.

## Pjece om Fælles sprog

**(ÆLDRE)** ■ Kommuneinformation har udgivet pjecen "Værd at vide om Fælles Sprog". Pjecen er relevant for alle, der arbejder på det kommunale ældre- og handicapområde. I pjecen introduceres Fælles Sprog, og der samles op på de erfaringer, som kommunerne har gjort på området. Pjecen kan bestilles på www.ki.kl.dk. Stykpris kr. 130, ved køb af 10 stk. og derover kr. 117.

- ▶ opmærksom på, at trunkus ikke må roteres tilbage således, at der ikke bliver tale om glenohumeral udadrotation.

Målet med øvelsen er at øge styrken i m. supraspinatus og m. infraspinatus, og idet øvelsen foregår med *glenohumeraledet i safezone*, undgås at leddet stresses.

### ELEVATION

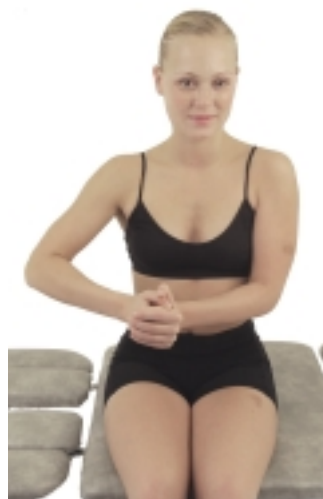


Patienten står med hænderne nede foran hofterne. Navlen "sættes" og lumbalcolumna holdes i neutralstilling under hele øvelsen. Armene eleveres i scapulas plan, som er let skråt fremad, samtidig med, at tommelfingrene roteres imod loftet. Armene sænkes kontrolleret igen samtidig med armen indadroteres igen.

Ved impingement problemer kan armen evt. eleveres mindre, således at subacromial kollision undgås. Impingement vil vise sig ved smerter. Hvis dette er tilfældet, må man korrigere som beskrevet.

Målet med øvelsen er at belaste rotatorcuffen samtidig med, at der stilles krav til scapulas styring.

### M. SUBSCAPULARIS



Patienten sidder eller står med 45° elevation i glenohumeraledet i scapulas plan. Albuen holdes i 90° fleksion. Modsat hånd giver isometrisk modstand. Navlen "sættes" og lumbalcolumna holdes i neutralstilling under hele øvelsen. Patienten forsøger nu at indadrottere mod modstanden. Den isometriske kontraktion holdes i 3-5 sek.

Øvelsen kan meget vel foretages med elastik eller trisse således, at muskelarbejdet bliver af dynamisk karakter.

### UDTRÆTNING OG SMERTE

Ved alle øvelser må man være opmærksom på den ekscentriske del. Denne skal ske fuldt kontrolleret, og da den ekscentriske belastning er sværest at håndtere og belaster muskel/sene komplekset mest, vil man først se eventuelle problemer træde frem i forbindelse med det ekscentriske muskelarbejde. De første tegn er, at der vil fremkomme en mild form for tremor, som ses ved at bevægelsen sker rykvist. Det bør man være opmærksom på, idet det er første tegn på udtrætning, og udtrætning vil kunne forårsage funktionel instabilitet.

Hvis træningen forårsager smerte i skulderen, kan det skyldes, at strukturer, der er sæde for patologi, bliver stressede. Derfor er det vigtigt, at der vælges øvelser, der foregår i "safe zone" i forhold til de skadede strukturer.

Smerter i skulderen kan også skyldes, at den funktionelle stabilitet ikke kan modsvare de kræfter, skulderen udsættes for. Dette er en konsekvens af, at der trænes på for højt niveau. Overordnet kan man sige, at ubehag, stramning, spænding og ømhed er acceptable størrelser i forbindelse med træning. Dette forudsætter dog, at smerten forsvinder, når træningen ophører. Smerter, der også er der efter træning, indikerer, at der er trænet på for højt niveau og bør give anledning til, at træningen justeres.

Såfremt rehabiliteringen ikke forløber som ventet, må det give anledning til reflektion. Det kunne være, at der arbejdes i forkert retning, eller med for høj belastning, således at den funktionelle stabilitet ikke kan opretholdes. Endelig kunne der også være patologiske tilstande, der ikke lader sig ordne ad konservativ vej, og man må således forsøge videre udredning og eventuel ortopædisk kirurgisk løsning. ■

# Ved ikke nok om medicin

**(FORSKNING)** Ved fysioterapeuter nok om den medicin, deres patienter tager? En australsk undersøgelse viser, at der er behov for, at fysioterapeuter får en målrettet viden om NSAID. Fysioterapeuten har bedt Bente Holm fra Hvidovre hospital om at referere undersøgelsen og vurdere, om nogle af de samme forhold gør sig gældende i Danmark.

AF BENTE HOLM, HVIDOVRE HOSPITAL

Karen Grimmer et al har i Australian Journal of Physiotherapy publiceret en undersøgelse af australske fysioterapeuters kendskab og holdning til brugen af NSAID.

Baggrunden for at belyse dette emne er, at loven om receptfri medicin i Australien netop er blevet ændret, således at en del antiinflammatorisk medicin (NSAID) er blevet receptfrit og kan købes også i almindelige butikker.

Denne medicin bruges ofte som en del af behandlingen af dysfunktioner inden for det muskuloskeletale område, hvor også fysioterapi indgår. Det har derfor været værd at undersøge, om der var behov for udvikling af informationsmateriale til fysioterapeuterne om brugen af NSAID, og hvis der var, hvilke områder skulle denne information så dække.

Dette blev undersøgt via en spørgeskemaundersøgelse foretaget i Sydaustralien og Tasmanien. 750 fysioterapeuter fra både land- og bydistrikter modtog et gennemarbejdet spørgeskema. 285 fysioterapeuter besvarede skemaerne, hvilket blev vurderet til at være repræsentativt for arbejdsstyrken på daværende tidspunkt.

Resultatet viste, at der ikke fandtes en standardinformation til fysioterapeuter i brugen af NSAID. 85 procent af de adspurgte besad ikke opdateret viden om NSAID. Disse fysioterapeuter havde ringe kendskab til salg, brug, kontraindikationer og lovgivning, dog kendte de fleste til indikationsområderne.

Konklusionen af undersøgelsen blev, at der er behov for en standardiseret, uafhængig og opdateret informationspakke til fysioterapeuter om brugen af NSAID med udgangspunkt i fysioterapi og patienttype. Denne skulle indeholde informationer om:

- De forskellige præparater
- Indikationer
- Dosering
- Virkning
- Bivirkninger
- Kontraindikationer.

Diskussionen efterfølgende gik på, om svarene var repræsentative for fysioterapeuter som helhed, og hvem der skulle være ansvarlige for denne information. Artiklen stiller forslag om, at man kunne starte med at inkludere medicinering i grunduddannelsen. Efterfølgende kunne der suppleres med mindre kurser, og endelig kunne man også forestille sig regulære artikler, nyhedsbreve i de videnskabelige tidsskrifter.

Konklusionerne ser ud til at kunne overføres til danske forhold med det budskab, at danske fysioterapeuter også har brug for en informationspakke om NSAID for at sikre, at vi giver vores patienter den korrekte information.

*Har du rygrad til dit job?*

*Få styrke på en Dynamo Stol*

**prøv den gratis i 14 dage!**

*Dynamo Stol ApS  
Postboks 162  
DK- 4000 Roskilde  
Tlf: (+45) 46 75 09 70  
Fax: (+45) 46 75 09 50*

*e-mail: kontakt@dynamo-stol.dk*

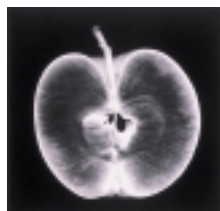
**Besøg vores hjemmeside: [www.dynamo-stol.dk](http://www.dynamo-stol.dk)**





## Hvor tingene mødes og heles

**indgang** ■ Hvad er fagets kerne? Er det den passive behandling, den aktive træning, noget midt imellem, eller noget helt u håndgribeligt. Fysioterapeuten har sendt stafetten i omløb.



**(INTERVIEW)** Kernen i fysioterapien skal findes midt mellem det kropslige, det mentale og det åndelige. Og fysioterapeuter skal blive meget bedre til at beskrive, hvad det er, der sker, når tingene mødes, mener overfysioterapeut Hanne Munk

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Det krævede ingen overtalelse, men dog nogen overvejelse, før Hanne Munk, der er overfysioterapeut på Frederikssund Sygehus, sagde ja til at indlede Fysioterapeutens stafet om "fagets kerne".

"Kernen i faget er for mig et plastisk begreb. Det er ikke sådan, at når jeg går ud og laver fysioterapi, så gør jeg én ting, og så har jeg gjort det rigtigt. Jeg synes ikke, der er en lineær sammenhæng mellem kernen i faget og god fysioterapi. Det er mere et spørgsmål om at finde nøglen: Den rigtige fysioterapi til den rigtige patient på det rigtige tidspunkt. Kernen findes nok midt imellem det kropslige, det mentale og endda den åndelige dimension – det er dér, tingene mødes og heles", siger hun.

### FORFØRT AF JAGTEN PÅ EVIDENS

Hvor Hanne Munk leder efter ordene for at beskrive den flygtige og u håndgribelige kerne, har hun



ingen problemer med at beskrive, hvad den i hvert fald *ikke* er:

"Lige nu siger vi evidens og forskningsbaseret viden til *alting*. Forskningen og evidensen giver nogle glimt af faget, vi kan bruge som pejlemærker, men i sig selv giver de ikke nogen svar på, hvad kernen er. Det, vi forsker i, er kun nogle fibre af virkeligheden. Man tager noget ud af en helhed, hvor mange faktorer spiller ind. Jagten på evidensen kommer til at værdisætte sider af faget på en uheldig måde. I øjeblikket er man for eksempel meget optaget af de aktive metoder, men selvom aktivitet er godt, er det ikke nødvendigvis det bedste i alle tilfælde. Man kan også have brug for at tage den udfordring op, som det er at være passiv, forholde sig i ro og mærke, hvor man er", mener Hanne Munk.

Hanne Munk anerkender i høj grad nødvendigheden af dokumentation og evidensbaserede metoder, men ved efter 20 år i faget, at der er en indbygget risiko for at barnet ryger ud med badevandet.

"Udviklingen bevæger sig cyklisk. God latin forsvinder, og noget af det, der har været ude, dukker op igen. Vi skal være utroligt varsomme med, hvad vi sorterer fra. Behandlingen kan være lige så evidensbaseret, det skal være, men hvis ikke patienten føler, at det giver mening i forhold til eget liv, sker der ikke noget. I jagten på evidens har vi deponeret omsorgen for nogle af de passive metoder på det alternative behandlermarked" – og det er synd, mener Hanne Munk.

"Jeg kan godt forstå den higen, der har været i faget, efter at kunne lægge hårde facts på bordet for at blive respekteret. Det er jo et minoritetsæg – det at skulle kæmpe for at gøre sig synlig hele tiden, og jeg synes i nogen grad, vi har haft for svært ved at føle os respekteret for det, der faktisk er et meget vigtigt grundlag i vores fag, nemlig det håndværksmæssige".

"Standen består af nogle meget dygtige og engagerede mennesker, og vores stræben efter anerkendelse udspringer af et meget højt ambitionsniveau. Der skal et hoved på, men fødderne skal blive på jorden - i bund og grund er fagets grundbestanddele jo enkle og meget håndfaste".

## SPROGET ER MANGELFULDT

Noget af det, der efter Hanne Munks mening er den store udfordring, er at finde ord, der kan beskrive det, der sker mellem behandler og patient – i rummet mellem det bevidste og ubevidste.

"Det at forholde sig til sig selv og sin egen krop er så underforstået i vores fag, at vi ikke engang ►

## DE BETYDER NOGET SÆRLIGT

*Nævn tre personer - ikke nødvendigvis fysioterapeuter - der har haft betydning for din måde at være fysioterapeut på.*

"Det er svært, for jeg har mødt så mange. Men jeg vil nævne *Eline Thornquist* – en norsk fysioterapeut, der har skrevet nogle enormt kloge og indsigtfulde bøger. Hun har udført et enestående forsknings- og udviklingsarbejde, og hendes måde at tænke faget på har påvirket mig utrolig meget.

En anden er *Erik Martin Jensen*, tidligere reumatologisk administrerende overlæge, som har været en vigtig katalysator for nogle af de holdninger, jeg har i dag. Det, jeg lærte af ham, som var utroligt vigtigt for at finde mit faglige ståsted, var, at hvis man er klar og tør stå klart frem og argumentere og begrunde sine overvejelser om sit fag, så bliver man respekteret for det.

Som inspirator i forhold til ledelsesfaget er min store mentor *Kirsten Thorup*, overfysioterapeut på Bispebjerg Hospital. Hun har altid været meget åben omkring sine ledelsesovervejelser og tanker, og jeg har lært meget af hende ved at se, hvordan man kan udøve ledelse. Hun har støttet mig meget i min udvikling og har været en utrolig god sparringspartner

## FEM ORD OM FYIOTERAPI

*Hvis du kun havde fem ord til rådighed og skulle beskrive fysioterapi - hvilke ville du så bruge? Og i hvilken rækkefølge?*

"Meget banalt er det første ord, der falder mig ind, *Krop*. Dernæst *Berøring*, men ikke kun forstået som håndspålgelse – det er meget bevidst, at jeg ikke siger hænder, for det gælder hele kroppen. Det næste er *velbehag*. Det skal ikke nødvendigvis altid opnås, men jeg synes, vi skal være nænsomme i vores metoder. I min bevidsthed er det at arbejde med kroppen fyldt med velbehag. Det kan godt være strengt og svedende, men det skal være uden modstand. Ordet *hele* er også vigtigt. Ikke helbrede – det giver for mange sygdomsassocieringer, og det er lige så tit forsoning med sygdommen, vi skal hjælpe patienten med. Mit sidste ord er *forandringer* - at skabe grundlag for forandring, at gå ind via kroppen og gøre det dårlige bedre, så patienten med fysioterapeutens hjælp oplever og får mulighed for at acceptere, at "det er det her, der er mig. Det er det her, der er sket med mig. Og det er det her, jeg kan". En både kropslig og erkendelsesmæssig forandring".

### EN VIGTIG OPLEVELSE

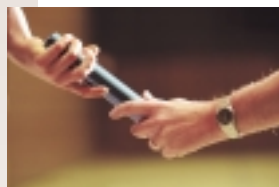
*Er der en oplevelse i dit fysioterapeut-liv, der står særlig centralt i din bevidsthed/ har haft betydning for din måde at se faget/din egen rolle på?*

”Jeg kom til at arbejde sammen med et par ergoterapeuter, som virkelig åbnede mine øjne for den tværfaglige dimension. Det var i det hele taget i psykiatrien, at jeg oplevede, at jeg begyndte at kalde andre faggrupper for mine kolleger, og det har betydet utrolig meget for mig som leder, hvor et nøglebegreb er tværfaglighed”.

”Det er vigtigt, vi finder vores roller som fysioterapeuter og bliver klar over vores bidrag til det tværfaglige samarbejde. Det kan være nødvendigt at indordne sig i forhold til samarbejdspartnere og lade fysioterapien træde i baggrunden, hvis det tjener den fælles indsats bedst. Det er ikke faget på enhver betingelse – det er faget dér, hvor det er afgørende og vigtigt for patienten”.

Hanne Munk synes, fysioterapeuterne er tilbøjelige til somme tider at begrænse sig selv ved at sætte faget for meget i centrum.

”Vores minoritetsudgangspunkt har lukket os for meget omkring os selv. Man skal blande sig og ikke være bange for, om nogen vil sige ”det, hun laver nu, er da ikke fysioterapi”. Jeg kan godt forstå, at andre faggrupper kan have det sådan, at de ikke ved, hvor de har os og ikke altid anser os for en del af fællesskabet. Det er prisen for, at vi absolut vil være vores egne herrer”.



*Hanne Munk giver i næste nummer stafetten videre til Signe Achdam Andersen.*

*”Jeg vil gerne have et bud på fagets kerne fra en ung fysioterapeut, som er på vej ind i en karriere i faget. Helst en kvinde, som der stadig er flest af i faget. Og ikke en idrætsfysioterapeut. Idrætsfysioterapien er en trend, der fylder meget, men den er ikke specielt repræsentativ for kernen”, forklarer Hanne Munk om baggrunden for sit valg.*

**Mini Crosser®**  
STÆRK STABIL SIKKER

#### STÅ-LET- LÆNESTOL

Personlig frihed til om du vil sidde, ligge eller op at stå.



#### MINI CROSSER ”JAZZY”

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

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

### MINI CROSSER ”T-MODELLEN”

Den nye T-MODEL forener unikke brugsegenskaber med et smukt design. 3- eller 4-hjulet.

Specielt udviklet til helårsbrug i det danske klima.

#### MC • SCOOP

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



### MINI CROSSER A/S

Afdelinger: Jylland · Fyn · Sjælland · **Telefon 70 10 17 55** · E-mail: info@minicrosser.com · **www.minicrosser.dk**

ISO 9001 kvalitetsgodkendt!



Hanne Munk er uddannet i 1983. Arbejdede fra 1983-2000 på Bispebjerg Hospital i København med flere forskellige specialer, bl.a. reumatologi og medicin og som afdelingsfysioterapeut på psykiatrisk afdeling. Fra 2000 overfysioterapeut på Frederikssund Sygehus.

blå bog

- ▶ har et sprog, der kan skræve over det. Det er en meget vigtig dimension i fagets udvikling, at vi forbedrer og udbygger den skriftlige formidling. Hos os snakker vi meget om, hvad det vil sige at være præcis i sine observationer og at kunne hente ord ind fra mange dimensioner, fordi det, som vi ser, og det, som vi handler på, har mange dimensioner. Både fysio- og ergoterapeuter er meget optagede af at beskrive, hvad der sker, og hvad der siges, men ikke, hvad det samlet set er, vi reagerer på".

"Vi kender alle sammen "det kliniske blik". Vi ved, at det er der, og at vi bruger det, men vi kan ikke beskrive det. Skriftlig formidling er vigtig for identiteten omkring faget. Hvis vi vil vide, hvad kernen er, skal vi vide, hvad det er, vi sanser og bygger vores handlinger på".

"Jeg kan huske en ældre overlæge, der engang sagde, at de unge læser for lidt skønlitteratur – de kan ikke beskrive de mennesker, de ser. Han har ret, men jeg tror nu, vi andre på en anden måde havde lige så svært ved det – måske sværere. De unge i dag er åbne over for at sætte sig selv i spil. Det kræver det for at kunne beskrive, at der er et samspil".

### HÅNDVÆRKET UNDERTONES

"For mig er den håndværksmæssige del af faget meget, meget vigtig og meget tæt på kernen. Det, vi kan med hænder og krop – at bruge hænder og krop til pædagogisk formidling – er meget unikt", mener Hanne Munk.

Hun mener, det er vigtigt under studiet at finde en vægning mellem det teoretiske og det håndværksmæssige, så håndværket ikke undertones af akademisering og forskningsfærdigheder.

"Det er - for fysioterapeuter som for patienter - at det, der skal læres om kroppen, skal erfares gennem kropslig læring, men den del af læringen er for lidt bevidstgjort under studiet, hvor vi snakker for lidt om, hvad der sker med os selv og vores egen krop. Det er jo det, der er referencerammen for at forstå en stor del af samspillet med patienten".

Hanne Munk skiftede i 1991 fra somatikken til psykiatrien. Et skift, hun i dag – hvor hun er tilba-

ge i somatikken – betegner som vigtigt for hendes måde at anskue faget på.

"I psykiatrien møder man patienter, der godt vil snakke om det fysiske og psykiske samspil. Det kan være utrolig svært at tale med patienterne om de ting i somatikken, og derfor var skiftet dengang en lettelse, og det fik nogle ting til at falde på plads. Men i dag hvor jeg er tilbage i somatikken, synes jeg egentlig ikke, der er den store forskel. Det er de samme metoder, der bruges all round. De to specialer kan tilføre hinanden meget, og jeg kan mærke, at der er redskaber, jeg har med mig fra psykiatrien, der giver genklang hos mine medarbejdere her. Helhedsbetragtningerne – den måde, man meget eksplicit tager udgangspunkt i patientens ressourcer – at kunne bruge kommunikationen med patienten metodisk som en del af behandlingen". ■

## Nedsat kontingent

Du kan få nedsat dit kontingent til Danske Fysioterapeuter, hvis du er fuldt arbejdslødig, dvs. udelukkende lever af dagpenge, er sygemeldt uden løn, er på barsel uden løn, har orlov uden løn eller er under uddannelse uden løn.

Hvis du skal have nedsat dit kontingent fra den 1. april, skal du søge inden den 10. marts.

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

For hvert kvartal skal der ansøges på ny.

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

Er du under uddannelse, skal du eftersende en kopi af dit studie-kort. Du kan få nedsat dit kontingent for maksimalt 1 år ad gangen.

# Med hænderne på

(REPORTAGE) Der blev trykket, rørt og spurgt ivrigt, da fire gigtpatienter stillede deres syge led til rådighed for en klasse af fysioterapistuderende

AF JOURNALIST TINA JUUL RASMUSSEN  
FOTO LARS RØNBØG

"Nu ta'r I meget blidt... I må gerne palpere, så jeres fingerspidser bliver hvide. Hvad ser I? Ar? Ja, det er rigtigt, jeg har et kunstigt knæ. Hævelser, buler, udviskede konturer, kalveknæ... det er også rigtigt. Er der rødme? Varme?"

Connie Andersen ligger på briksen med buksebenene trukket godt op om lårene og begge ben blottede. Rundt om hende står seks studerende fra Fysioterapeutskolen i Næstved. To ad gangen trykker de på hvert sit knæ og prøver at finde ud af, hvad der rører sig. Eller ikke gør.

For Connie Andersen har haft leddegigt, siden hun var halvandet år gammel. Hun er hårdt ramt i store led som knæ, albuer og ankler. Og lige nu er det knæene, som bliver undersøgt.

"Jeg mærker patella rimelig fast bundet på", siger en af de studerende.

"Ja, men hvad er det her", spørger Connie Andersen og tager fat med fingrene om en klump over højre knæ.

"Det er ikke ødemer", lyder et bud.

"Det er heller ikke en knogle..."

"Arvæv?"

"Bingo! Du har vundet millionen", kommer det rapt fra Connie Andersen.

Hun har i 1997 fået nyt højre knæ, men danner så meget arvæv, at det sidder som en fast klump, man kan tage fat om – til trods for, at hun har trænet det næsten direkte fra operationsbordet, stadig med morfndrop i ryggen.

## DET SAGDE »KWASSRRRR«

Connie Andersen er en af Danmarks 13 uddannede Patient/Partnere, et amerikansk koncept, som kom til Danmark i midten af 1990'erne. Grundtanken i Patient/Partner er, at en person med leddegigt og/eller slidgigt underviser professionelle og studerende i sundhedsvæsenet i ledundersøgelse ved at bruge sine egne, syge led som eksempel. Seancen er tilrettelagt efter en fast skabelon, som indeholder fire punkter: Først inspektion af leddene, derefter palpation, så undersøges bevægeligheden og til sidst funktionen.



Det er palpationen, Connie Andersen i øjeblikket er i fuld gang med.

"Du får altså ikke lov til at lave en stabilitetsundersøgelse – sidst jeg lod en medicinstuderende gøre det, sagde det »kwassrrrr«, og den stakkels mand måtte ned og sidde og have vand at drikke..."

Connie Andersen lader til gengæld de studerende lytte til, hvordan hendes knæ klikker, når hun bøjer og strækker det.

"Brusken er helt slidt ned, så det er knogle mod knogle", siger hun.

## EN FED MÅDE AT BRUGE SIN GIGT PÅ

Sammen med Connie Andersen er tre andre Patient/Partnere mødt frem i dag, og på samme vis som Connie Andersen ligger de på hver sin brik og lader sig trykke på og røre ved af 4. semesterklassen. Udover at deformere, hævede og smertende led bliver kigget på og undersøgt nøje har de studerende også mulighed for at spørge deres gæster om alt, hvad der relaterer sig til sygdommen.

Patient/Partnere er mennesker, som er afklarede i forhold til deres sygdom, og som har en positiv tilgang til at blive både undersøgt og udspurgt om gigten og dens konsekvenser.

indgang ■ Det var professor Peter Lipsky, som på et universitet i Texas fik ideen til at bruge mennesker med gigt i undervisningen af fagpersoner. Han udviklede Patient/Partner-projektet i 1988. I midten af 1990'erne kom projektet til Europa, bl.a. Danmark, og der er uddannet 15 Patient/Partnere herhjemme. Projektet administreres af Gigtforeningen, som stiller Patient/Partnere gratis til rådighed.

Connie Andersen lagde led og lår til, da en gruppe fysioterapeutstuderende skulle lære at identificere, hvad slidgigten har gjort ved hendes knæ og andre store led i kroppen.

Undervisningen foregår ude på f.eks. hospitaler og uddannelsessteder, hvor patient/partnerne først holder et lille oplæg (ca. 10 min.) om projektet, og dernæst træner hver patient/partner ledundersøgelse med en mindre gruppe, som regel ca. fem studerende til hver patient/partner. Undervisningen varer sædvanligvis to til tre timer i alt. Ved mødet med patient/partnerne bliver der også mulighed for at spørge om alt, der relaterer til det at leve med en gigtsygdom, f.eks. livskvalitet, behandling, hjælpemidler m.m. Patient/Partnerne kan kontaktes i Gigtforeningen, tlf. 3977 8000.

fakta

"Jeg er åben og ikke genert", siger Connie Andersen indledende til de studerende.

"For mig er det en fed måde at bruge min gigt på - og tænk, hvis I i sidste ende bliver nogle bedre fysioterapeuter af det..."

"Hvordan træner du?", lyder et spørgsmål til Connie Andersen, som gætter på, at hun har ligget på briksen og ladet sig undersøge som Patient/Partner ca. 30 gange.

"Det spørger I altid om. Hos ergoterapeuterne er det altid: Hvordan er dit liv, har du en kæreste osv. Men I vil altid vide, hvordan jeg træner", griner Connie Andersen og fortæller, at hun ikke er så god til at få trænet hjemme, men at hun går i varmtvandsbassin en gang om ugen.

### SÆT DOG HÆLENE I GULVET

Da knæene er undersøgt, kommer turen til anklerne. En studerende hiver strømperne af "patienten" og afslører meget hård hud omkring storetæerne. Det får efterfølgende Connie Andersen til at gå en tur rundt på gulvet, så eleverne kan se, at hendes gangafvikling ligger på forfoden, fordi hun ikke kan strække knæene helt ud. Hun kompenserer kraftigt i hoften, når hun går og har også stramme læg-

muskler af samme grund, kan de studerende konstatere.

"Så sæt dog hælen i gulvet", lyder det stille fra en af tilskuerne, men det kan Connie Andersen ikke.

"Jeg får nok slidgigt på et tidspunkt... så kunne jeg jo sætte mig hen i en stol i hjørnet og vente på ikke at få det, men det vil jeg ikke. Det er mit temperament ikke til", siger hun.

Udover selv at tage ud og undervise er Connie Andersen også ansat som leder af Patient/Partnerprojektet, som er forankret i Gigtforeningen. Hendes bud på, hvad de kommende fysioterapeuter får ud af at få lov til at øve sig på hende, lyder sådan:

"De får bl.a. mulighed for *in real life* at se de forandringer, der sker med kroppen, og få fingrene på i stedet for kun at skulle læse om det i en bog. Men de ser også, at der er et menneske bag deformiteterne. Jeg tror, det gør dem til bedre fysioterapeuter, og jeg tror, de husker det, når de står med en gigtpatient næste gang", siger Connie Andersen.

Hun oplever stor forskel på, hvordan de forskellige faggrupper, hun kommer ud til, forholder sig til sygdommen og patienten.

"Lidt groft sagt er de medicinstuderende inte-





- resserede i min diagnose, hvad jeg får af medicin og behandling. Fysioterapeuterne interesserer sig mest for, hvordan jeg træner, og om jeg går til fys. De er stærke i anatomen og er meget fysisk orienterede, mens ergoterapeuterne som sagt interesserer sig mere for det hele menneske bag: Har jeg en kæreste, hvordan er mit liv – men selvfølgelig også hvilke hjælpemidler jeg har hjemme osv”.

Connie Andersen er overbevist om, at de praktiserende fysioterapeuter er en gruppe, som også kunne have stor gavn af Patient/Partner-projektet.

”Det er dem, som behandler gigtpatienterne. Vi går jo næsten alle sammen til fys, men de laver ikke ledundersøgelser. Og det er ikke alle patienter, som måske kan lide at sige, at fyssen holder forkert - mange tror jo, at det skal gøre ondt, før det virker”, siger Connie Andersen.

#### EN FORNEMMELSE FOR ARVÆV

Jeppe Lindhardt er en af de studerende, som fik lov at trykke på og røre ved Connie Andersens led - en lærerig oplevelse:

”Det, at hun kan tale vores fagsprog med latinske ord og det, at hun er så åben omkring sin syg-

dom, kan sætte den i perspektiv til hendes livssituation osv., var utroligt godt og gav et ligeværdigt møde, synes jeg. Normalt har vi kun lærebogen - teorien - men vores fag er et håndværk, og derfor var det en fornøjelse, at vi fik lov at sætte hænderne på. Og godt at hun kan sige fra, når det gør ondt, eller vi tager forkert fat. Normalt øver vi os på hinanden, men vi er jo raske, så det giver meget at få lov at røre ved det syge væv”, siger Jeppe Lindhardt, 23 år.

*Hvad har du lært i dag?*

”Jeg synes, jeg har lært noget om sygdomsperspektiv og sygdommens udvikling, hvor aggressiv den kan være, hvilke begrænsninger den sætter, hvordan man kan lære at cope med den plus det rent biologiske omkring leddene. Jeg har for eksempel fået en vis fornemmelse for arvæv. Og så blev jeg meget overrasket over, i hvor høj grad hendes bevægelse er indskrænket”.

*Hvad kan du bruge seancen i dag til?*

”Den kan jeg bruge til at få en større sikkerhed i forhold til at undersøge patienterne, når jeg kommer ud i praksis, siger Jeppe Lindhardt”. ■

**KITT JOHNSON**  
**TINA HØJLUND**  
**MARIE BROLIN**  
**TANI CAMILLA**  
**STAGE 4**  
**TIM RUSHTON**  
 NDDT/NYT DANSK DANSETEATER  
 DANSESCENEN 27. FEB. - 8. MARTS

FIRE DANSE-DIVAER HAR GIVET  
 KOREOGRAFEN TIM RUSHTON  
 CARTE BLANCHE TIL AT SKABE  
 ET VÆRK *med DEM OG for DEM*

med livemusik af fløjtenisten Yael Archer

EN ENESTÅENDE CHANCE FOR  
 AT OPLEVE FIRE AF DE MEST  
 BETYDNINGSFULDE KVINDER  
 FRA DEN DANSKE DANSESCENE  
 I ÉN OG SAMME FORESTILLING

DANSESCENEN

Øster Fælled Torv 34 Billetlif: 35 43 20 21  
 2100 Kbh. Ø BilletNet: 70 15 65 65



Læs mere om 4  
 og forestillings-  
 arrangementerne  
 på [www.nddt.dk](http://www.nddt.dk)

# anmeldelser

## Et godt initiativ



(ANMELDELSE) ■ "Et godt hvil" indeholder 36 instruktioner i afspænding. Instruktionerne er fra 29 forskellige afspændingspædagoger, som hver især er præsenteret bag i bogen, som afsluttes med en omfattende litteraturliste.

Bogen starter med en god og lang indledning, hvor de forskellige former for afspænding nævnes bl.a. autogen træning, progressiv og differentieret afspænding, og ligeledes nævnes de personer, som har udviklet de forskellige former. Hvilestillinger, effekten af afspænding, og hvad man som underviser i afspænding skal tænke på, er beskrevet.

Herefter følger 36 instruktioner i afspænding med overskrifter som for eksempel:

Powerrelax, Åndedræt og støttepunkter, Led, form og rum, Træk vejret med øjnene, Sideliggende afspænding Slip vanespændingerne, Afspænding af tungen, Flyafspænding, Kastanje-hvil, Solenergi, Farvevisualisering og ressourcer.

Forfatteren skriver i sit forord, at hun har ønsket at give en forståelse af, hvad afspænding er, samt give eksempler på hvordan afspænding er, og hvor forskelligt afspænding bruges i praksis.

Bogen er en god inspiration til dem, der underviser i afspænding, og er især nyttig for nyuddannede. Undervisere, der ønsker at stifte bekendtskab med andre underviseres måde at formulere sig på, kan også have glæde af bogen, der giver mange anvisninger specielt til undervisere.

Hvis bogen skal nå lægfolk, savnes mere dybdegående teori. Og som person, der ønsker at stifte bekendtskab med afspænding og evt. meget anspændt, ville jeg nok tænke „Hvor skal jeg starte?" Samtidig ville jeg savne en ordforklaring.

Det virker forstyrrende, at overskrifter og undertekster står så forskelligt fra side til side. Ellers er bogen et rigtig godt initiativ.

Anmeldt af Lisbeth Søgaard  
Afspændings- og bevægelsespædagog.

Ea Akasha (red.). Et godt hvil. Kr. 178. Wiuff Boghandel, tlf.: 3537 6186.

## Appetitivækker om hypermobilitet



(ANMELDELSE) ■ Bogen er en god appetitivækker og giver lyst til at søge mere viden. Desværre er udbudet af litteratur om hypermobilitet ikke særlig stort.

Forfatteren skriver, at smerter i bevægeapparatet er et stigende problem, som måske kan skyldes vores ændrede livsstil. Hun mener og

så, at der er flere hypermobile i dag. Det kan måske skyldes, at vi er blevet dygtigere til at diagnosticere, samt er blevet mere opmærksomme på, at hypermobilitet er en risikofaktor og at anerkende det. Det er godt, der bliver gjort opmærksom på problemet, så patienterne har mulighed for at få et vedligeholdende øvelsesprogram.

Det pointeres i bogen, at det er vigtigt at lære kroppen at kende og at udnytte alle sanseinformationerne fra såvel led som muskler. Det er også vigtigt at skifte stilling ofte, så irritation af de forskellige strukturer undgås.

Ved beskrivelsen af testene ville det have været lettere at se overstrækningen af albue- og knæled, hvis der havde været tegnet streger henholdsvis langs overarm og underarm samt lår og underben. Testen af overstrækket af lillefingeren beskrives at skulle foregå med hånden på et bord, men det viser billedet ikke. Hånden svæver.

Det var ønskeligt med mere præcision i flere beskrivelser af øvelserne. F.eks. i den stående øvelse, hvor det gælder om at finde balancen i den "velaflastende" korrekte holdning, står der kun "stå med lidt afstand mellem fødderne", der burde nok også have stået: med fødderne pegende lige frem. Det viser med al tydelighed, at det er meget svært at beskrive øvelser perfekt. Personlig instruktion til personer, der er så sårbare i bevægeapparatet, som mange hypermobile er, er meget nødvendigt.

Det er udmærket, at der står, at du skal være forsigtig med kæbeøvelserne, hvis du skærer tænder eller har meget stram muskulatur omkring kæbeleddene, men der burde måske også have stået, at det kunne være en god ide at tale med tandlægen eller måske hellere en specialtandlæge om problemet.

Forfatteren skriver, at nogle audiologopæder mener, at hypermobile er mere udsatte for høreskader, måske på grund af et mere sårbart bindevæv i det indre øre. Der er også tale om at, der finder en vis sammenhæng mellem indlæringsvanskeligheder og hypermobilitet.

Anmeldt af fysioterapeut Birte Carstensen

Margit Haxthausen. Hypermobil - kropsbevidsthed og træning. Forlag for Afspændingspædagogik og psykomotorik 48 sider, illustreret. Kr. 98 Kan købes hos: Wiuff Boghandel, tlf. 3537 6186, wiuff@wiuff.dk

## Til Malenes forældre

### Kommentar til indlægget "Alle gode gange tre i Fysioterapeuten nr. 2

#### DEBATINDLÆG AF:

Formand for Børnefysioterapeuters  
Fagforum Hanne Nielsen

Det var dejligt at læse et indlæg fra forældre, der har taget stilling til Doman-konceptet.

Jeg ved, at I ikke står alene med jeres frustrationer over den megen opmærksomhed, Doman får hos politikere og i medierne. Jeg hører både om forældre, der ligesom jer, tager afstand fra Doman, samt om forældre, der pga. den megen fokusering på Doman føler sig pressede og går rundt med dårlig samvittighed over, at de ikke også går i gang.

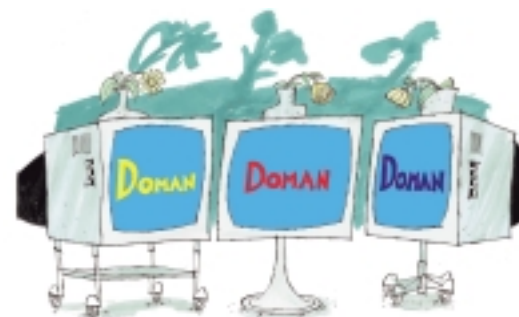
Ligeledes får jeg reaktioner fra kollegaer rundt om i landet, der er fru-

strerede over den ensidige belysning af problematikken.

Desværre er vi som behandlere ikke særlig interessante, hverken hos ministre, lokalpolitikere eller i pressen. Som eksempel kan nævnes, at Danske Fysioterapeuter har forsøgt at få et møde i stand med socialministeren og sundhedsministeren. Det endte efter forskellige aflysninger med et møde med sundhedsministerens embedsmænd.

Til sammenligning er det lykkedes Doman-foreningen at holde flere møder med begge ministre.

Vi må konkludere, at det, der lægger pres på politikerne, og som "sælger" i pressen åbenbart er de handi-



cappede børns familiers kamp mod systemet.

Når dette er sagt vil jeg dog nævne, at Børnefysioterapeuters Fagforum i efteråret sendte et åbent brev til Sundhedsstyrelsen om de tanker, vi gør os. Brevet kan læses på [www.fysio.dk/debat](http://www.fysio.dk/debat).

Desuden er det blevet til to interviews, henholdsvis til en alternativ Doman hjemmeside og til en radioudsendelse. Vel vidende at det ikke er meget, når det holdes op mod den mængde af tv- og radioudsendelser, artikler i aviser og ugeblade osv., der har været om Doman.

Til slut vil jeg gerne opfordre til, at forældre og behandlere rundt om i landet sammen forsøger at skubbe til pressens ensidige belysning af behandlingsproblematikken. En ide kunne være at fortælle om de "solstrålehistorier", der udspiller sig i det etablerede system - måske det kunne være vejen til pressens og politikernes hjerter!

Fysioterapeuten nr. 4  
udkommer 28. februar.

Deadline for debat:  
17. februar kl. 12.00.





### Innovation i diskretion

SILENTIA-FOLDESKÆRMEN er et moderne, pladsbesparende afskærmningssystem som anvendes på sygestuer i stedet for gardiner. De hygiejniske foldeskærme anbringes mellem syge- og behandlingssenge for at give diskretion ved besøg og i behandlingssituationer, eller når patienten ønsker at være i fred.

- Hygiejnisk - Let at rengøre
- Vægmonterede - Altid på plads
- Er ikke i vejen for patienthejs
- Tar kun lidt plads, når den ikke er i brug
- Også mobil på foldevægsvogn



Small text: Silentia salgskontor • Postboks 63, 6330 Padborg • Tel: 736 720 11 • Fax: 736 720 12  
E-mail: [info@silentia.se](mailto:info@silentia.se) • Internet: [www.silentia.se](http://www.silentia.se)



# SAET KØBENHAVN I BEVÆGELSE

L=FRAF

HcfigXU[ 'X'&+ "'ZVfi Uf' \_`"'% !%,  
F€X\i g\U`Ybž? » VYb\Uj bg'F€X\i g'  
; fUhg`Ybhf f

G? = HF<sup>a</sup> B=B;  
: MG=C H9F 5D9I H9FB9G'6CF8

A CH=C B`Dt` F979DH

75: v

G? C@9B` =69J<sup>a</sup> ; 9@G9

J<sup>a</sup> ; 5J=G.<J58`9F`GI B8<98` : CF`8 = 3

DFC; F5A  
**DFC; F5A**

FM HF<sup>a</sup> B=B; GJ =89C  
DF« J`?<sup>a</sup> B; I FI`!GH« J@9F

% "\$\$` 5ffUb[ Ya YbhYh€VbYf  
% "' \$` : ng]chYfUdYi hYfbYVnXYf`  
· · · jY\_ca a Yb

< JCF85B`?5B`8I`HF<sup>a</sup> B9:<>9A A 93  
< JCF85B`G?569F`J=69J<sup>a</sup> ; 9@G9=? « 69B<5JB3

% "' )` Gi bX\YXgVcf[ a YghYf`  
· · · ð[ Yf`A Uf]Y`6fi i b! J]Yf»

:t`At`@H`8`H`?CB8`H5@

% "( )` =Xf° hg\]ghcf[\_Yf`< Ubg`6cbXY`

6« FB`C;`FMHA`=?

% ("\$\$` 6»fb`c[ `fnha` \_

GI B89`5F69>8GD@58G9F  
DF« J`BCF8`=7`K5@?

% "' \$` G\_c`Yb`]'VYj° [ YgY

GHC@9`C;`'69J<sup>a</sup> ; 9@G9

% "( )` GdYMU`° [ Y`7`Ui`g`<mXU\`°°

%\* "\$\$` İ: fYg\_]g`c[ `Gj Yh]gı`

· · · [na`bUgh`\_Zcf`U`Y

%\* "' \$` İA`ch`cb`d€fYVWdh`

GI B8<98`"8?

· · · kcf\_g\cd`

%\* "' \$` 8Ya`cbghU`hcb`

· · · UZBcfX]WK`U`\_gh]j`Y`

%+ "\$\$` 8Ya`cbghU`hcb`

· · · UZ?°`b[ i fi`gh`j`Yf`



Member of Thera-Band Academy.com

Thera-Band  
ACADEMY

## Træningsbolde - Elastikker - Vand - Pilates - Therarobics - Funktionel Træning og Rehabilitering!

Thera-Band Academy.dk har pr. 1. januar 2003 skiftet navn til...

PROacademy



NYT kursuskatalog 2003  
- rekvirer GRATIS

PROacademy tilbyder den nyeste viden indenfor træningsterapi og muskeltræning. Vi afholder kurser året rundt. Klik ind på [www.proacademy.dk](http://www.proacademy.dk) - se udvalget af kurser og tilmeld dig vores nyhedsbrev.



### Træningsterapi

<b>Exercise Ball - Therapy</b> .....	Kr. 995,-
• Kolding 15. februar 2003 kl. 11-18	<i>udsolgt!</i>
<b>Therarobics™ &amp; Therapy</b> .....	Kr. 995,-
• Kolding 16. februar 2003 kl. 10-17	<i>få pladser!</i>
• Skodsborg 16. marts 2003 kl. 11-18	
<b>Træningsterapi og Nakken</b> .....	Kr. 330,-
• Glostrup 25. marts 2003 kl. 19-22	
<b>Træningsterapi og Skulderen</b> .....	Kr. 330,-
• Glostrup 8. april 2003 kl. 19-22	
<b>Træningsterapi og Knæet</b> .....	Kr. 330,-
• Glostrup 29. april 2003 kl. 19-22	
<b>Træningsterapi /Nakke, Skulder, Knæ..</b>	Kr. 890,-
• Fyn 18. maj 2003 kl. 10-16	
<b>Aqua Therapy</b> .....	Kr. 1.175,-
• Gentofte 11. maj 2003 kl. 10-17	
<b>Funktionel Træningsterapi</b> .....	Kr. 975,-
• Glostrup 11. marts 2003 kl. 9-15.30	<i>få pladser!</i>
• Glostrup 1. april 2003 kl. 9-15.30	
• Glostrup 13. maj 2003 kl. 9-15.30	

#### Therarobics™ er

- dynamisk stabilitetstræning i funktionelle bevægebaner med specialudviklede elastikker fra Thera-Band.

Alle kurser er inkl. materiale samt forplejning

### Muskeltræning

<b>Pilates Inspiration</b> .....	Kr. 600,-
• Glostrup 19. februar 2003 kl. 19-22	<i>få pladser!</i>
• Kolding 12. marts 2003 kl. 19-22	
<b>EFFEKT basis</b> .....	Kr. 550,-
• Glostrup 19. februar 2003 kl. 19-22	<i>få pladser!</i>
• Kolding 22. marts 2003 kl. 10-13	
<b>EFFEKT med bold/elastik</b> .....	Kr. 550,-
• Kolding 22. marts 2003 kl. 14-17	
<b>Exercise Ball - Fitness</b> .....	Kr. 995,-
• Glostrup 30. marts 2003 kl. 10-17	
• Kolding 5. april 2003 kl. 11-18	
<b>Grunduddannelse i Muskeltræning ...</b>	
• 100 TIMER i alt - Start 14. marts 2003	<i>få pladser!</i>
	<i>Rekvirer specialbrochure</i>

#### Pilates er

- stræk og styrkeøvelser der fokuserer på træning af centret af kroppen.

#### EFFEKT er

- funktionel muskeltræning med egen kropsvægt.

Alle kurser er inkl. materiale samt forplejning

#### Kursus tilmelding -

Senest 2 uger før kursusstart på [www.proacademy.dk](http://www.proacademy.dk) eller ved e-mail til [kursus@proacademy.dk](mailto:kursus@proacademy.dk) eller ved henvendelse på telefon 4362 6243



PROacademy

Oplysninger om kursus, indhold, målgruppe m.v.  
-klik ind på; [www.proacademy.dk](http://www.proacademy.dk)