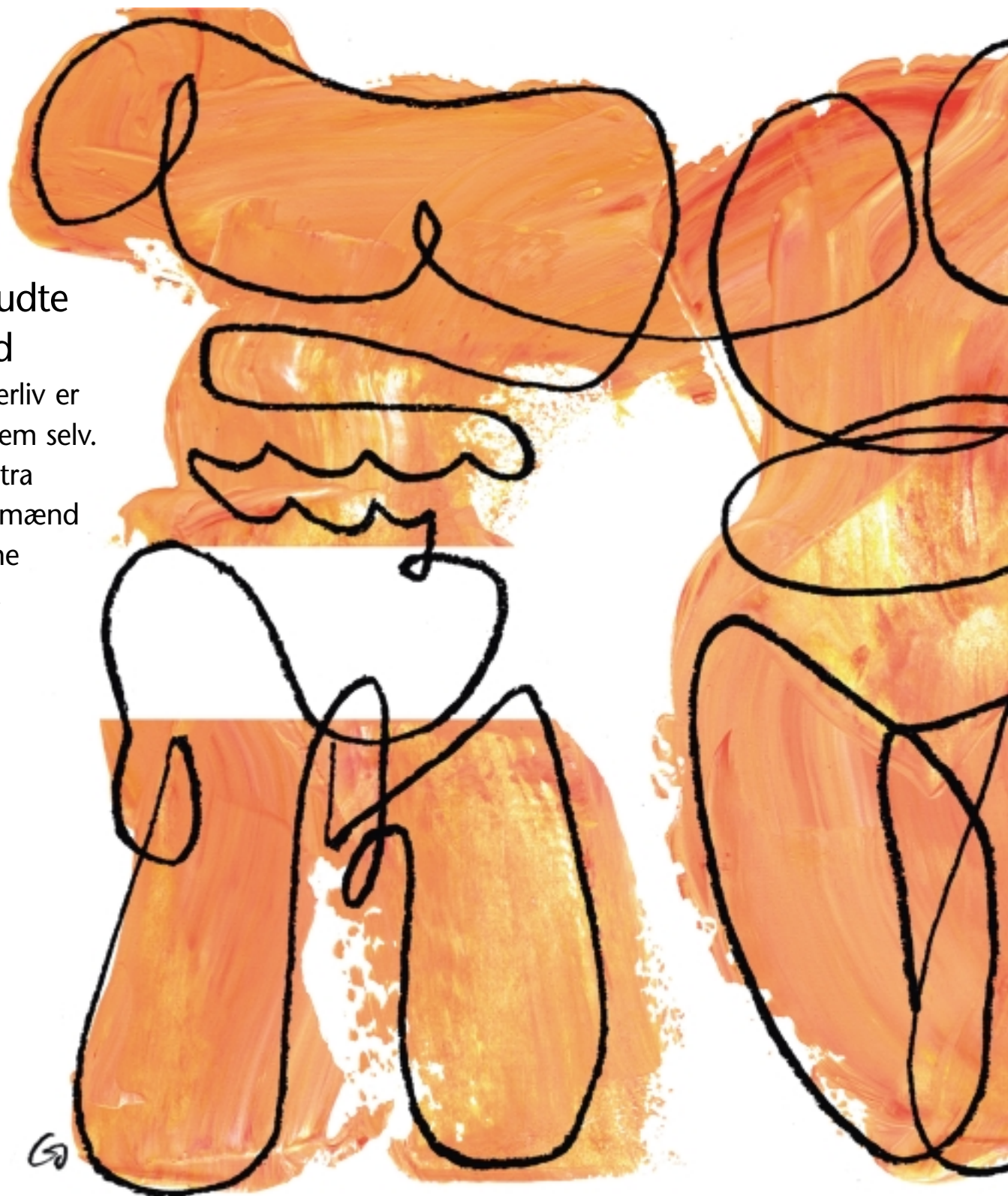


# Fysioterapeuten

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

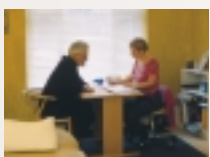
## ■ Den forbudte bækkenbund

Mændenes underliv er tabu, også for dem selv. Det giver en ekstra udfordring, når mænd skal lære at træne bækkenbunden.  
Side 4



### Artikler

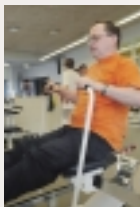
#### Tema om bækkenbunden



Læs om mandens tabubelagte bækkenbund, om prostatacancer og inkontinens, om fysioterapeuters modvilje mod at palpere bækkenbunden og om bækkenbundstræning til kvinder med omfattende dysfunktioner i bækkenbunden.

4-12

#### MTV om leddegigt



En gennemgang af MTV-rapportens anbefalinger vedrørende fysio- og ergoterapeutisk behandling af leddegigt.

13

#### At genvinde selvstændigheden



Fagets kerne er genoptræning, lyder budet fra fysioterapeut Signe Achdam Andersen, der har overtaget stafetten.

20

#### Med patienten på skærmen

FOTO: BERT-OLA ISAKSSON

Den svenske fysioterapeut Susanne Andersson behandler sine patienter på afstand ved hjælp af telemedicin. Med et videokonferenceudstyr og en mikrofon kan hun se sin patient, der står derhjemme og laver øvelser foran skærmen. Telemedicin er endnu ikke et fast tilbud, men Susanne Andersson er i gang med et pilotprojekt, hvor hun afprøver metoden på tre patienter. En af dem er Monica Snäll, der har cystisk fibrose og af forskellige årsager ikke kan møde op til genoptræning.



Hun var derfor glad, da hun fik tilbudt at træne med fysioterapeuten over skærmen. Susanne Andersson siger til det svenske fagblad Sjukgymnasten, at telemedicin er et godt supplement til det fysiske møde. Læs mere i Sjukgymnasten nr. 12/2002.

#### Det faste

Fysnyt 7

DFnyt 15 - 17

Anmeldelse 19



**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  
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

## Kerner og rødder

Fysioterapeuten har taget fat på en serie artikler, der sætter fokus på , hvad kernen i faget er, og hvordan vi griber fat i den. Overfysioterapeut Hanne Munk startede stafetten i sidste nummer, og det har inspireret mig til at beskæftige mig med emnet i lederen. Strengt taget kunne jeg slutte her og blot henvise til artiklen "Hvor tingene mødes og heles". Den er god - læs den, hvis du ikke allerede har gjort det.

Men uden at gribe forstyrrende ind, vil jeg alligevel gerne reflektere over dette tilbagevendende spørgsmål om, hvad kernen i vores fag er. Det kunne jo lyde, som om vi har en identitetskrise og har svært ved at finde ind til essensen af vores faglige disciplin. Det mener jeg nu ikke. Spørgsmålet er snarere et udtryk for, at faget er i en rivende udvikling, og det afstedkommer overvejelser om, hvor er vi på vej hen.



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

Fysioterapifaget udvikler sig ikke ens og lige hurtigt. Store dele af vores fagområde er blevet evidensbaseret, og et stigende antal videnskabelige studier beskæftiger sig med fysioterapeutiske metoder og interventioner, mens andre områder endnu mangler at blive underkastet forskningens spektroskopiske lys. Kan det betyde, at vi i vores målrettede indsats for at evidensbasere faget er ved at forlade den mere manuelle del af fysioterapien, berøringen og massagen? I så fald er der grund til at råbe vagt i gevær. Jeg er ikke i tvivl om, at det er rigtigt at arbejde for øget evidens, dokumentation og kvalitet. Men det må ikke betyde, at vi undlader at reflektere over samspillet mellem de elementer af evidens, empiri og intuition, der udspiller sig i vores dagligdag med patientbehandlingen.

Hvad er så kernen i vores fag? Et svar kunne være, at der ingen kerne er, hvis man definerer en kerne som noget fast og indkapslet, der forbliver uændret i lang tid. Men en kerne er også forstadiet til et træ, og denne metafor giver måske mere mening. Hvis vi betragter fysioterapi som et træ i god vækst med mange forskellige grene, men hvor nogle rødder giver mere næring end andre. Næringen består af viden, historie, tradition, erfaring og teori, der bygger såvel på håndværksmæssige traditioner som videnskabelige discipliner. Resultatet er et træ med mange og forskellige grene.

Denne mangfoldighed er på én gang både fagets svaghed og styrke. Tilbage er nemlig spørgsmålet, hvad det er for grene, der bærer i fremtiden? Og hvad det er for næring, der skal til for at træet fortsat kan vokse sig stort og smukt? Det er spørgsmål, som forhåbentlig bliver ved med at være interessante at diskutere.





## Den forbudte bækkenbund

**indgang** ■ Mændenes underliv er et tabu også for dem selv, og det giver en ekstra udfordring, når de skal genoptrænes. Kun få mænd får tilbudt træning af bækkenbunden i forbindelse med en prostataoperation, og derfor oplever nogle af dem, at det varer længe, inden de bliver tætte.

**(INTERVIEW)** Fysioterapeut Birthe Bonde behandler også mænd på sin klinik for gynækologisk og obstetrisk fysioterapi. Mændene har nogle af de samme problemer som kvinderne, men de skal tackles på en anden måde

**AF** FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK  
**FOTO** MIKE KOLLÖFFEL

Mandens underliv er tæt forbundet med hans køn. Hans bækkenbund og underliv får ikke megen opmærksomhed, hverken fra manden selv eller sundhedssektoren. Derfor bliver inkontinensproblemer, rejsningsproblemer og smerter ved samleje let et endnu større tabu for mænd end for kvinder.

Det siger fysioterapeut og uroterapeut Birthe Bonde, der har en specialklinik i obstetrisk, gynækologisk og urologisk fysioterapi på Østerbro i København. Hun er først i de senere år begyndt at be-

handle mænd på klinikken. Ud af de ca. 1500 patienter, der årligt behandles og vejledes på hendes klinik, er der kun 100 mænd. "Men måske er der flere mænd med underlivsproblemer, end vi tror", siger Birthe Bonde. "Ude i venteværelset har jeg en pjece til kvinden, hvis mand har rejsningsproblemer, og den bliver nærmest revet væk af de kvinder, der kommer her".

Mændene går ikke i samme grad til behandling som kvinderne og det viser sig også, når det handler om deres underliv.

"Dertil kommer, at penishovedet for mænd er det vigtigste, og de øvrige kønsorganer ved de forbløffende lidt om", siger Birthe Bonde. Hun har erfaret, at mange mænd ikke ved, hvor deres prostata er placeret i kroppen, og hvilken funktion den har. De er heller ikke klar over, at de har en bækkenbund. Oftest er mændene eksperter på kvindernes underliv og har fået langt mindre information om deres eget.

Mændenes bækkenbund og underliv er tabubelagt. Ofte ved mændene mere om deres koners underliv end deres eget. Fysioterapeut og uroterapeut Birthe Bonde behandler årligt cirka 100 mænd med inkontinens og rejsningsproblemer på sin klinik.

## INKONTINENS OG REJSNINGSPROBLEMER

Birthe Bonde behandler først og fremmest mænd, der har inkontinensproblemer efter en radikal (transuretral resektion af prostata, TURP) eller partiel resektion af prostata. Men hun har også enkelte patienter, der kommer med rejsningsproblemer, smerter i forbindelse med samleje og ejakulations- og inkontinensproblemer efter operationer eller diskusprolaps.

Birthe Bonde er ikke stødt på andre fysioterapeuter i Danmark, der behandler mænd med underlivsproblemer. Hun har derfor udviklet sin praksis med udgangspunkt i erfaringer fra de kvindelige patienter og erfaringer fra fysioterapeuter i udlandet. Hun har især ladet sig inspirere af den belgiske fysioterapeut Marijke van Kampen, der har publiceret flere studier om bækkenbundstræning til mænd.

## INKONTINENS EFTER OPERATIONEN

Mange mænd bliver inkontinente efter en prostataoperation, men efter en måned skal de kunne holde tæt. Hvis inkontinensproblemet varer ved, skal de genoptrænes. "Der er enkelte sygehuse, der tilbyder bækkenbundstræning til mændene før operationen, så de kan gå i gang med træningen med det samme, men det er et fåtal", siger Birthe Bonde.

Det giver yderligere problemer, hvis mænd efter en radikal prostataresektion kommer i antitesteronbehandling. Nogle af bivirkningerne ved denne behandling er, at mændene tager på, udvikler bryster og de bliver svagere i musklerne og dermed også i bækkenbunden.

"Hos nogle falder EMG-signalerne fra bækkenbunden drastisk. Det er vigtigt, at de kommer i gang med bækkenbundstræningen så hurtigt som muligt", siger Birthe Bonde.

Inkontinens er ikke et livstruende problem og derfor negligeres det ofte, når der er tale om prostatakræft. Det beklager Birthe Bonde, for mændene står meget alene med problemet, som hverken de eller sundhedssystemet har tradition for at beskæftige sig med.

Alle får tilbudt en samtale på sygehuset en måned efter operationen, hvor der foretages en måling af deres urinindhold i blæren efter en vandladning. Måske får de snakket om inkontinens, men de får ikke tilbudt træning.

"Det er ærgerligt, at nogle mænd skal gå i måneder med inkontinensproblemer, når de kunne være blevet tætte med det samme".

## DEN SAMME TRÆNING

Mændene skal kunne det samme med bækkenbunden som kvinder, men de har et bedre udgangspunkt, for mandens bækkenbund er stærkere og kraftigere end kvindens.

"Mændene har til forskel fra kvinderne en sphincter, der kan afklemme urinrøret, men i forbindelse med prostataresektion fjernes eller beskadiges sphincteren ofte. Mændene skal så lære at lukke af for urinen på samme måde som kvinder, nemlig med levator ani".

Mændene skal også lære bedre tissevaner. Det er især vigtigt for dem, der har udviklet urgeinkontinens. Det største problem er ifølge Birthe Bonde at få mændene til at sidde ned og tisse. Når de sidder, kan de bedre tømme blæren helt.

"Der går lidt dreng i mændene, når jeg beder dem om at sætte sig. De er jo vant til at stå op, og de føler sig mere som mænd, når de står og får lov til at håndtere penis. Når de står, kan de høre vandladningen bedre, end når de sidder, og det får dem til at tro, at de har tømt blæren", siger Birthe Bonde.

Efter en prostataoperation har de fleste brug for blæretæning, og de skal lære at tømme blæren på klokkeslæt.

Ud over rådgivning og bækkenbundsøvelser lærer hun mænd med smerter fra anus, blæren eller maven (male vaginism) venepumpeøvelser og masserer deres muskler i bækkenet. Venepumpeøvelserne kan afhjælpe det ødem, som nogle mænd har omkring prostata bl.a. på grund af en kronisk spændingstilstand i bækkenbundsmusklerne.

Hun behandler også enkelte mænd, der er analinkontinente. De skal lære gode toiletvaner, og her har Birthe Bonde haft glæde af de nye teorier om synergien mellem m. transversus abdominis og bækkenbunden. "Hvis man slapper godt af i m. transversus abdominis f.eks. i forbindelse med toiletbesøg vil bækkenbunden med sphincter analis automatisk også give slip, og det bliver lettere at komme af med afføringen. Modsat vil en spænding i m. transversus abdominis støtte en spænding i bækkenbunden hos mennesker med normal eller hyperten bækkenbund.

## VIBRATOR

Birthe Bonde er ved at teste en vibrator, der bl.a. kan benyttes til unge paraplegikere og tetraplegi- ▶



- Ifølge Glostrup undersøgelsen regner man med, at mere end 100.000 danske mænd lider af inkontinens. 20 procent af mændene menes at have rejsningsproblemer.
- Dirk-Henrik Zerman fandt i en undersøgelse, at 50-60 procent ikke kunne spænde bækkenbunden voluntært, og at EMG-signalet fra bækkebunden faldt efter prostektomi.
- 65 procent af mænd med erektil dysfunktioner led også af efterdrypsinkontinens (fysioterapeut Grace Dorey, England).

fakta



De mandlige patienter er glade for at få målt bækkenbundens styrke. Det giver dem motivationen til at træne, fortæller Birthe Bonde.



- kere til træning af blæren. Vibratoren, der sættes til at stimulere på penisstrengen, kan være med til at fordoble blærekapaciteten. En positiv sidegevinst er, at de med vibratoren kan få orgasme og at spasticiteten i UE dæmpes. Denne vibrator har Birthe Bonde med held benyttet til mænd og kvinder, der har haft svært ved at lokalisere bækkenbunden og til kvinder med orgasme problemer.

### GRÆNSEOVERSKRIDENDE TRÆNING

Der er forskel på at behandle mænd og kvinder med inkontinensproblemer. Birthe Bonde refererer til en oplevelse hun havde, da hun endnu arbejdede på Hvidovre hospital og skulle oprette de første hold for mænd med inkontinensproblemer.

For at få et billede af hvordan hun skulle opbygge sin undervisning, øvede hun sig på et prøvehold, hvor hun fik tre af sygehusets læger, en reumatolog, gynækolog og urolog til at være prøvekaniner.

"Men det var ingen succes. De var ikke gode til at dele deres erfaringer med de andre på holdet, og der var slet ikke den snak på holdet, jeg var vant til på mine andre bækkenbundshold med kvinder. Når jeg spurgte dem, om de kunne mærke det ene og det andet, svarede de gerne, men i meget tekniske vendinger. De havde ikke noget ud af at træne med de andre, og direkte adspurgt ville de foretrække individuel behandling", siger Birthe Bonde. Hun valgte derfor at droppe ideen om bækkenbundstræning på hold til mændene og tilbød udelukkende individuel optræning.

Ti år efter mødte hun en af lægerne på en kongres. Han havde været med på prøveholdet og fortalte, at undervisningen havde været skelsættende for ham. "Det er tankevækkende, at heller ikke læger forholder sig til deres eget underliv, og at det føles så grænseoverskridende, når de bliver bedt om det", siger hun.

### INGEN DÅRLIG SAMVITTIGHED

Mænd er mere løsningsorienterede og systematiske end kvinderne. Når Birthe Bonde f.eks. beder sine mandlige patienter om at føre skema over væskeindtag og vandladning, kommer mændene ofte med store og flotte tabeller udskrevet fra pc'en.

"De har tegnet det hele ind i et koordinatsystem, og har kombineret opgørelsen med genoptræningsprogrammet. En af mine mandlige patienter har lavet en oversigt over alle offentlige toiletter i København på et Excell-regneark. På den måde får mændene taget hul på problemet på en konstruktiv måde", siger Birthe Bonde.

Mændene får ikke på samme måde som kvinderne dårlig samvittighed. "Der står i min brochure, at der skal laves bækkenbundsøvelser 2-3 gange om dagen. Når jeg spørger kvinderne, hvordan det går med træningen, beklager de straks, at de ikke har fået lavet øvelserne tre gange om dagen, men måske kun to gange. Mændene derimod har ikke dårlig samvittighed, selv om de kun har lavet øvelserne en gang i mellem".

**Professionel TENS/FES**

**ELPHA II 3000**

**BIOFINA a/s**

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

## BEHOV FOR SPECIALKLINIKKER

Bækkenbundstræning og efterfødselstræning er ikke prioriteret højt i vores sundhedssystem. Selvom det er et relativt veldokumenteret område, er der få specialiserede fysioterapeuter, der beskæftiger sig med det. Og der skal specialuddannede fysioterapeuter til, hvis man skal behandle mænd og kvinders underliv, mener Birthe Bonde.

”Man skal ikke have noget imod at palpere og gå ind og se på forholdene i underlivet, og det er grænseoverskridende for de fleste fysioterapeuter. I andre europæiske lande som Sverige, Holland, Belgien Frankrig og England er der fysioterapiklinikker, der har specialiseret sig i urologi og gynækologi. Det har været nærmest umuligt i Danmark”, siger Birthe Bonde, der føler, at hun har måttet kæmpe usædvanligt meget for at få lov til at etablere en klinik i gynækologisk, obstetrisk og urologisk fysioterapi. ”Det tog f.eks. ni år før DF ville hjælpe mig med at få en godkendelse hos embedslægen”, siger Birthe Bonde.

Ifølge Birthe Bonde er der to fysioterapeuter på Sjælland, en i Odder, Vejle, Sønderjylland og Odense, der tilbyder behandling og vejledning af mænd og kvinder med underlivsproblemer. ”Og det er slet ikke nok til at dække behovet”, siger Birthe Bonde. Hun tror ikke på, at de praktiserende over en kam kan overtage behandlingen. ”Først og fremmest skal de have lært anatomi noget grundigere fra grunduddannelsen, og de skal ikke have noget imod at palpere i vagina og rectum. Desuden skal de på klinikken have lukkede behandlingsrum med håndvask”.

Der er en del sygeplejersker, der har urologiske klinikker, men de kan ikke tilbyde den samme genoptræning som fysioterapeuterne. De mangler viden til at kunne inddrage den funktionelle træning, og de ved ikke nok om udgangsstillinger og træningsformer. Til gengæld er sygeplejerskerne gode til de urologiske målinger.

I efteråret bragte Helse en artikel om inkontinens hos mænd. Et par dage efter offentliggørelsen modtog Birthe Bonde adskillige breve fra mænd, der havde brug for råd og vejledning. ”Det vidner om det store behov, mændene har for information”, siger Birthe Bonde.

*I Ribe Amt er gennemført et pilotprojekt om behandling af ufrivillig vandladning. Se [www.fysio.dk/artikelbilag](http://www.fysio.dk/artikelbilag).* ■

## Motion og sundhed

**(PJECE)** ■ Sundhedsstyrelsen har udgivet en pjece om motion og sundhed. I pjecen omtales de officielle motionsanbefalinger for børn og voksne. Og man gennemgår kort og overordnet dokumentation på området. Pjecen kan rekvireres gratis i Sundhedsstyrelsen på tlf. 33 92 49 42.

## Gigtforeningens prisopgaver

**(EVIDENS)** ■ Gigtforeningen har udskrevet to prisopgaver om forebyggelse og intervention ved osteoartrose og betydnings af fysisk aktivitet for muskelfunktionen hos mennesker med muskelbesvær. Den bedste besvarelse vil blive belønnet med 50.000 kr. Læs om betingelserne på [www.fysio.dk/nyheder](http://www.fysio.dk/nyheder)

## Nyt forskningslaboratorium

**(GANGSKOLEN)** ■ Sahva Fonden har doneret 400.000 kr. til etablering af et Forskningslaboratorium for gang- og bevægeanalyse. Laboratoriet etableres i samarbejde med Århus Amts gangskole og Hammel Neurocenter. Laboratoriet skal være med til at opdyrke og styrke forskningen inden for ganganalyse og neurorehabilitering. (*Jyllandsposten 14/2/2003*)

## Alternativ behandling

**(KRÆFT)** ■ Næsten halvdelen af kræftpatienterne i Danmark modtager alternativ behandling, skriver Kræftens Bekæmpelse i sit medlemsblad. Derfor støtter Kræftens Bekæmpelse VIFAB's (Viden- og Forskningscenter for Alternativ Behandling) bestræbelser på at samle viden om alternativ behandling. I medlemsbladet omtales et forskningsprojekt, der viser, at akupunktur hjælper mod kvalme, hedeure og muskelsmerter hos alvorligt syge kræftpatienter. Overlæge Steen Andersen fra Roskilde Amtssygehus er leder af undersøgelsen. Læs mere om alternativ behandling på [www.vifab.dk](http://www.vifab.dk)

## Registrering af fysisk aktivitet

**(WWW)** ■ Fysioterapeut Pernille West-Nielsen har i forbindelse med en MPH-afhandling udarbejdet et spørgeskema, der kan benyttes til registrering af menneskers fysiske aktivitet. Læs afhandling og interview med Pernille West-Nielsen på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)

## Glukosamins vej til forbrugerne

**(GIGT)** ■ Læger Peter Angermann har undersøgt den eksisterende evidens for præparatet glukosamin. Glukosamin, der kan købes som kosttilskud til heste, har været på hylderne hos Materialisten i tabletform, men er blevet forbudt igen. Læs mere om effekten af glukosamin på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)



# Mændene svingtes

**(INTERVIEW)** Mændenes inkontinensproblemer tages ikke seriøst nok i behandler-systemet, og der mangler fysioterapeuter med viden på området

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK  
FOTO MIKE KOLLÖFFEL

Mænd, der lider af inkontinens, har de samme problemer som kvinderne. De må konstant gå med ble, er plaget af lugtgener, og når de går en tur i kulden eller løfter noget tungt, bliver bleen hurtigt fuld.

Inkontinensen kender Johannes Honoré alt for godt. Det tog ham to år, før han fandt en fysioterapeut, der vidste, hvad hun skulle stille op med ham.

Johannes Honoré blev for fire år siden opereret for en cancer i prostata og fik foretaget en radikal prostatektomi. Han blev opereret på Odense Universitets Hospital, der på det tidspunkt var det sted, hvor man havde mest erfaring i prostataoperationer.

”Efter operationen lå jeg med kateter. Jeg fik på det tidspunkt at vide af en fysioterapeut, at jeg skulle huske at lave knibeøvelser”, siger Johannes Honoré.

Men det er ikke så let for en mand, som aldrig har fået at vide, hvordan man gør. Derfor besluttede han at kontakte en fysioterapeut, da han kom hjem fra sygehuset.

”Jeg søgte den ene fysioterapeut efter den anden, og ingen af dem vidste, hvad de skulle stille op med mig. Jeg fik tilbudt 10 gange træning først det ene sted og så det andet. Lige meget hjalp det”, siger Johannes Honoré.

## FANDT DEN RIGTIGE FYSIOTERAPEUT

Efter at have gået hos adskillige fysioterapeuter uden fremskridt fik Johannes Honoré at vide ad omveje, at fysioterapeut og uroterapeut Birthe Bonde måske kunne hjælpe ham.

”Endelig mødte jeg en, der med det samme vidste, hvad det drejede sig om. Nu kunne jeg få



en tillidvækkende snak med en fagperson, der havde sat sig ind i problemet. Og det havde jeg i allerhøjeste grad savnet”, siger Johannes Honoré.

Birthe Bonde har et apparatur til at måle knibe-trykket med, og det betød, at Johannes Honoré fik et synligt bevis, når han kneb rigtigt i bækkenbunden.

Johannes Honoré gik for længe uden at få den rette genoptræning. I dag ved man, at det er vigtigt at komme i gang med genoptræningen med det samme efter operationen.

## MÆNDENE SVIGTES

Der er ikke den samme opmærksomhed på mænds inkontinensproblemer, som der er på kvindernes. Den officielle statistik siger, at op til 20 procent af de mænd, der får en radikal prostatektomi, bliver utætte, men ifølge Johannes Honoré, er der langt flere.

I forbindelse med sit engagement i PROPA (Prostatacancer Patientforeningen) er Johannes Honoré kommet i kontakt med Morten Jønler, der er første reservelæge på Odense Universitetshospital. Han har foretaget sin egen undersøgelse, der vi-

indgang ■ Johannes Honoré har fået foretaget en prostatektomi. Han har i årevis måttet affinde sig med sin inkontinens, fordi han havde svært ved at finde en fysioterapeut, der kendte til hans problemer. Han er sekretær i patientforeningen PROPA, der har som mål at skabe større viden om prostatacancer.





*Johannes Honoré brugte to år på at finde en fysioterapeut, der kendte hans problemer. Birthe Bonde vidste, hvad det drejede sig om og kunne med sit måleudstyr hjælpe ham med at finde bækkenbundsmuskulaturen.*

fakta

ser, at der måske snarere er op mod 45 procent, der efter operationen bliver utætte.

At så mange mænd, som kunne hjælpes med den rette bækkenbundstræning og vejledning, må døje måske resten af livet med inkontinensen, er ifølge Johannes Honoré meningsløst. "Jeg har hørt mænd fortælle, at når de er til fest, skal de skifte ble efter hver anden dans".

Med en fast partner igennem mange år, som man er vant til at snakke åbent med om alle problemer, behøver inkontinensproblemerne ikke at gå ud over seksualiteten. "Men jeg ville nødig være den, der skal finde en ny partner", siger Johannes Honoré.

### IKKE KUN GAMLE MÆND

I dag er der hvert år ca. 1700 nye tilfælde af prostatakræft om året mod 1400 for fire år siden.

"Man er mere opmærksom i dag og prøver at få fat i mændene på et tidligt stadium af sygdommen, fordi der så er mulighed for at helbrede dem. Indtil 1996 blev kræft i prostata betragtet som en gammelmandssygdom, som man døde som, men ikke døde af", siger Johannes Honoré.

"Men 60 procent af dem, der får konstateret prostatakræft, dør faktisk af den, og sygdommen kan forekomme allerede i 40-årsalderen".

De fleste har det svært, når de efter operationen må sande, at en af bivirkningerne kan være inkontinens. Mange opfatter inkontinens, som noget gamle mænd lider af og har svært ved at tale med andre om det.

Johannes Honoré håber, der kommer mere fokus på genoptræningen efter prostataoperationerne. Sygehusene skal vide, hvor de skal sende patienterne hen og også på de urologiske klinikker skal der være personale, der selv kan genoptræne mændene eller ved, hvor de skal sendes hen. Fysioterapeuterne burde også være bedre til at sende patienterne til rette vedkommende, når de ikke selv har den fornødne viden om mænds inkontinensproblemer.

### ONDT I RYGGEN

Et af de tidlige symptomer på kræft i prostata kan være ondt i ryggen. Fra patientforeningen ved Johannes Honoré, at nogle af mændene har været til læge talrige gange og fået smertestillende medicin eller henvisning til behandling hos bl.a. fysioterapeuter.

Han ville ønske, at langt flere behandlere huskede på, at smerter i ryg og hofter kan stamme fra denne sygdom, og at de skal spørge mændene, om de har fået deres læge til at undersøge prostata og tage en PSA-blodprøve.

"Vi har fra patientforeningen eksempler på mænd, der har fået behandling for en dårlig ryg hos læge og fysioterapeut gennem et par år, men faktisk havde prostatacanceren på det tidspunkt godt fat i dem", siger Johannes Honoré.

Johannes Honoré kommer hver tredje måned hos Birthe Bonde for at få kontrolleret, at han stadig gør sine øvelser rigtigt, og om der er forbedringer. Men selv om hans problem er blevet mindre, bliver han nok aldrig helt tæt igen. "Jeg kom for sent i gang med den rette træning og vejledning". ■

### PROPA

ProstatacancerPatientforeningen er en landsdækkende patientforening, stiftet for tre år siden, og har nu ca. 800 medlemmer.

Mænd med prostata, pårørende og andre interesserede kan blive medlemmer. Et af foreningens mål er at skabe større viden om sygdommen i befolkningen og blandt behandlerne.

Sygdommen, som rammer mænd fra 40-årsalderen og opefter, er blevet hyppigere og mere aggressiv i de senere år. Det er vigtigt at opdage sygdommen i de tidlige stadier, hvor det er muligt at tilbyde helbredende indgreb.

Oplysninger om PROPA: c/o Kræftens Bekæmpelse, Vesterbro 46, 5000 Odense C. Tlf. 66113200.

Se endvidere [www.propa.dk](http://www.propa.dk) eller [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

# At suge maven ind er ikke nok

*Kvinder med alvorlige dysfunktioner får slet ikke fat i bækkenbunden, når den dybe stabiliserende bugmuskulatur aktiveres. Der er ingen vej uden om: Fysioterapeuter skal palpere, hvis kvinderne skal lære at aktivere bækkenbunden.*



**indgang** Nye teorier om automatisk aktivering af bækkenbunden, når m. transversus abdominis kontraherer sig, gælder ikke for kvinder med omfattende dysfunktioner i bækkenbunden. For at sikre sig, at kvinderne får fat i de rigtige muskler, skal fysioterapeuten kunne palpere bækkenbunden.

**(INTERVIEW)** Nogle fysioterapeuter tør ikke palpere bækkenbunden, derfor bliver deres patienter med inkontinensproblemer sat til at træne bækkenbunden uden at vide, om de har fat i de rigtige muskler

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK  
FOTO SONJA ISSKOV

De fleste fysioterapeuter vil være enige i, at det er nødvendigt at målrette træningen, hvis man skal genoptræne muskler med alvorlige dysfunktioner. Alligevel får fysioterapeut Ulla Due patienter med skader og omfattende inkontinensproblemer, der udelukkende har fået øvelser for m. transversus abdominis i håbet om at bækkenbunden blev trænet samtidig. Og det er ikke nogen god ide, mener hun.

Teoriene om stabilitetstræning har ganske vist givet en ny forståelse af bækkenbundens rolle i stabiliseringen af trunkus. Man har også fundet ud af, at bækkenbunden aktiveres synergisk med trunkusstabilisatorerne og derfor også med m. transversus abdominis. Men Ulla Due har oplevet i sit daglige arbejde, at teoriene ikke kan bruges, når der er tale om patologiske tilstande i bækkenbunden.

Ulla Due arbejder med gynækologisk patienter på Hvidovre hospital. Hendes patienter er fortrinsvis kvinder med alvorlige dysfunktioner i bækkenbunden.

”Kvinderne lider af svær inkontinens eller ned-

synkninger af underlivsorganerne. De har store problemer, der ofte har patologiske årsager. Det er ofte skader efter en kompliceret fødsel. Disse kvinder får slet ikke tilstrækkeligt fat i bækkenbunden, når de aktiverer m. transversus abdominis”, siger Ulla Due.

Ulla Due har en teori om, at bækkenbundsmuskulaturen hos de kvinder, hvor muskelsynergierne fungerer, forkorter sig lidt, når bugmusklerne aktiveres. Bækkenbunden er på den måde med til at stabilisere bækkenringen. Ulla Due er glad for, at man har fundet ud af at synergien bækkenbund og m. transversus abdominis eksisterer, og hun bruger denne viden, når hun arbejder funktionelt med patienterne. Men i starten af et genoptræningsforløb skal kvinderne først lære at finde bækkenbunden. Når de kan det, skal de lære at aktivere den sammen med andre muskler.

## VIL IKKE PALPERE

Nogle af de kvinder, Ulla Due behandler, har slet ingen afferens fra bækkenbunden og kan overhovedet ikke aktivere den voluntært, og de får heller ikke bækkenbunden med, når de aktiverer m. transversus abdominis.

”Jeg har testet kvinder, der over en længere periode har forsøgt at træne bækkenbunden ved at suge maven ind, og de er ikke blevet tætte af det. Måske vælger de praktiserende fysioterapeuter den lette løsning med at bede kvinderne om at aktivere mavemusklerne, fordi de ikke har lært eller kan lide at gå ind og palpere bækkenbunden”, si-



Nyere teorier om den dybe bugmuskulaturens stabiliserende funktion og bækkenbundens rolle som stabilisator af bækkenet, har haft betydning for genoptræningen af både trunkus og bækkenbund. I en bog om træning af den stabiliserende muskulatur (1) skriver den australske forsker Richardson (2), at bækkenbunden ikke er en isoleret enhed, men skal opfattes som en del af det abdominale bælte. Til det hører teorierne om, at der forekommer en anticipatorisk spænding i den stabiliserende muskulatur inden en hurtig bevægelse af f.eks. ekstremiteterne. I en undersøgelse om effekt af stabilitetstræning for patienter med lumbal instabilitet viste det sig, at kvinderne udover at blive mere stabile i lumbalcolumna også oplevede, at de havde lettere ved at spænde i bækkenbunden og holde på vandet (Richardson et al, 1999, p.134).

Hos mænd og kvinder med en velfungerende bækkenbund har man fundet, at bækkenbunden kontraheres automatisk, når bugtrykket øges.

Udgangstillingen har betydning for, hvor let det er at kontrahere bækkenbunden. Flexion i lumbalcolumna gør det f.eks. sværere at aktivere bækkebundsmuskulaturen (Sapsford et al, 2001).

ger Ulla Due. Hun mener ikke, der er nogen vej uden om. Skal bækkenbundsøvelserne udføres rigtigt, skal fysioterapeuten ind og mærke efter, om patienten får fat i de rigtige muskler.

”Fysioterapeuter ville vel heller ikke ordinere øvelser til en rygpatient uden at palpere ryggen både før, undervejs og efter træning. Det er paradoksalt, at en kvinde, der kommer med omfattende inkontinensproblemer og svag bækkenbund, bliver bedt om at suge maven ind på den helt rigtige måde. For mange kvinder er det en koordinationsøvelse i sig selv, og mange vil føle det helt meningsløst”, hævder Ulla Due. Hun er også forbavset over, at læse i Ruth Sapsfords artikel fra Physiotherapy (1), at knibetrykket skulle stige des mere man spænder i bugmusklerne.

## FUNKTIONSTRÆNING

Ulla Due er ikke i tvivl om, hvordan der skal trænes. Først skal man finde det svageste led i muskelsynergien, herefter målrettes træningen, inden man kan begynde at stille krav om samarbejde og aktivering af hele muskelsynergien. ”Sådan gør vi også, når vi genoptræner andre svage muskler, hvor kvaliteten i bevægelsen skal være i orden. Vi forsøger at isolere musklerne, så patienterne træner dem målrettet, og når de kan det, progredierer vi øvelsen”.

Kvinder med omfattende dysfunktioner i bækkenbunden har lettest ved at mærke den bageste del af bækkenbunden. ”At snøre sammen om endetarmsåbningen er en helt ny oplevelse for dem, men det er sådan knibet starter”, siger Ulla Due.

I Danmark lægges der vægt på rekruttering og koordinationstræning af bækkenbundsmuskulaturen. I starten vil bare det at aktivere bækkenbunden være styrketræning hos kvinder med omfattende dysfunktioner. Bækkenbundscontraktionen skal kunne modstå tyngdekraften og et eventuelt øget bugtryk. Styrken i bækkenbunden skal derfor modsvare de belastninger, den udsættes for.

Men i den videre træning er koordinationstræningen det vigtigste. Ulla Due bruger følgende eksempel til at illustrere hvorfor:

”Man bliver ikke en god bilist, fordi man har mange kræfter i hænderne, men det er en forudsætning for at holde på rattet!”

## INKONTINENTE IDRÆTSKVINDER

En undersøgelse foretaget af idrætskvinder under Team Danmark viste, at over 40 procent af de toptrænede kvinder havde inkontinensproblemer.

Ulla Due vil ikke udelukke, at en del af dem har instabilitetsproblemer og dermed har svært ved at aktivere muskelsynergien m. transversus abdominis, multifidi og bækkenbunden. Men hård belastning går under alle omstændigheder ud over bækkenbunden. Mange mavebøjninger, hvor der primært arbejdes med m. rectus abdominis kan være med til at øge belastningen på bækkenbunden.

Derfor er den funktionelle træning efter Ulla Dues mening meget relevant for disse kvinder. Idrætsaktive skal forebygge inkontinens. Og når det drejer sig om forebyggelse, er det en god ide ►



## Call for papers – indbydelse til at være forelæser



## Velkommen til det 2. nordiske siddesymposium

### Bedre siddemuligheder for handicappede

Det 2. nordiske siddesymposium foregår i Oslo den 28-30 april 2004 i tilknytning til hjælpemiddelmessen *Selvstændigt liv*.

De valgte områder for det 2. nordiske siddesymposium er:

- Sidde-tilpasning for børn og unge
- Sidde-tilpasning for ældre
- Forebyggelse og behandling af tryksår

Disse prioriteringer betyder ikke, at vi ikke ønsker nye erfaringer og resultater fra andre felter inden for fagområdet på symposiet.

Vi opfordrer dig til at sende abstracts ind om forelæsninger, du kunne tænke dig at holde med baggrund i udviklings- og forskningsprojekter eller praktiske erfaringer, du har gjort dig. **Abstracts sendes inden 12. maj 2003 til [ragna.flo@trygdeetaten.no](mailto:ragna.flo@trygdeetaten.no), gerne vedhæftet et digitalt billede af dig selv.** Bekræftelse på om forelæsningsen er antaget sendes til dig inden 12. oktober 2003. Forelæsere deltager gratis på symposiet og vi dækker alle udgifter.

En abstract skal være på max. 100 ord. Alle abstracts trykkes i programmet sammen med billeder af forelæserne

Symposiet er blevet til som et samarbejde mellem Rikstrygdeverket, Norge, Hjælpe-middelinstituttet, Danmark, Hjälpmedelsinstitutet, Sverige og Tryggingastofnun Ríkisins, Island. Repræsentanter fra disse institutioner udgør det faglige netværk, som er ansvarlig for symposiets gennemførelse.

Følgende personer kan kontaktes, hvis du ønsker at diskutere indhold og form i forhold til din forelæsnings eller dit abstract. Kontakt nationalt:

Bengt Andersson, Hjälpmedelsinstitutet, Sverige tel: +46 86201700  
e-post: [bengt.andersson@hi.se](mailto:bengt.andersson@hi.se)

Elsie Marie Hansen, Hjälpmedelsinstitutet, Danmark tel: +45 43993322 e-post: [emh@hmi.dk](mailto:emh@hmi.dk)

Inga Jonsdottir, Tryggingastofnun Ríkisins, Island tel: +354 5604608  
e-post: [ingaj@tr.is](mailto:ingaj@tr.is)

Ragna Flø, Rikstrygdeverket, Norge tel: +47 22927422  
e-post: [Ragna.flo@trygdeetaten.no](mailto:Ragna.flo@trygdeetaten.no)

Hjælpe-middelmessen *Selvstændigt liv* arrangeres af Leverandørforeningen for helse-sektoren og Norges Handicapforbund i samarbejde med Rikstrygdeverket, Norge

- ▶ at træne med hele muskelsynergien og også at træne koordination, styrke og udholdenhed.

### SPECIALISTER

Ulla Due mener, at bækkenbundstræning til patienter med omfattende dysfunktioner skal varetages af specialuddannede fysioterapeuter, der har lært at palpere og ikke har noget imod det.

Selvom man primært har bækkenbundshold, skal patienterne testes før og efter træningen for at se, om træningen har haft effekt. Ulla Due, der er formand for faggruppen for gynækologisk og obstetriske fysioterapi, møder efterhånden mange unge fysioterapeuter, der har lyst til at arbejde med denne patientgruppe. Faggruppens sidste kursus i undersøgelse af bækkenbunden var overtegnet, hvilket vidner om behovet for efteruddannelse.

Men hvordan finder kvinderne frem til de fysioterapeuter, der kan og vil palpere?

"Der er brug for specialklinikker eller mulighed for at reklamere for denne ydelse", siger Ulla Due, der finder det meningsløst, at kvinder skal lede med lys og lygte efter en fysioterapeut, der kan behandle dem ordentligt.

### LITTERATUR

1. Sapsford R: The Pevic Floor – a clinical model for function and rehabilitation. *Phyther*, Dec. 2001, vol. 87, no. 12
2. Richardson C, Jull G, Hodges P, Hides J. Therapeutic Exercise for Spinal Segmental Stabilization in Low Back Pain, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999. ■

Faggruppen for gynækologisk og obstetriske fysioterapi har 250 medlemmer. Medlemskabet koster 200 kr. om året. Faggruppen afholder kurser, workshops og temadage og udgiver medlemsbladet *Gynobs*, der udkommer to gange om året. Faggruppen har en liste over fysioterapeuter, der kan palpere bækkenbunden. For yderligere oplysning og indmeldelse kan man kontakte Laila Breum på tlf. arb. 86560273.

# Effekt af fysioterapi

(MTV) I artiklen gennemgås MTV-rapportens anbefalinger for fysioterapeutisk behandling af leddegigt

AF OVERFYSIOTERAPEUT JENS OLE RASMUSSEN, DR. ALEXANDRINES GIGTSANATORIUM I MIDDELFART  
FOTO NIELS NYHOLM

I begyndelsen af 2000 nedsatte det daværende MTV-institut under Sundhedsstyrelsen (nu Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering) en tværfaglig projektgruppe bestående af forskellige eksperter i udredning, behandling, pleje og genoptræning af patienter med leddegigt. Gruppen bestod mest af læger, derudover var der en fysioterapeut, en ergoterapeut, en sygeplejerske, en socialrådgiver, en sundhedsøkonom, en repræsentant for Gigtforeningen og flere medarbejdere fra MTV-instituttet.

Jeg var fysioterapeutrepræsentant udpeget af Danske Fysioterapeuter og ergoterapeuten var Lene Gram Herborg (Gigthospitalet i Gråsten) udpeget af Ergoterapeutforeningen.

Med ansvaret for en bredt funderet medicinsk teknologivurdering var det projektgruppens primære opgave at skabe klarhed over konsekvenser og anvendelse af de nye meget dyre TNF-alfa hæmmende gigtmidler.

Det spørgsmål, om fysioterapi og ergoterapi man ønskede at få belyst, var: "Hvilke typer af fysio- og ergoterapi anvendes, og hvad er evidensen for deres effekt". Besvarelsen af dette spørgsmål vil blive gennemgået i artiklen.

## LÆSERVEJLEDNING

Der er ikke en skarp grænse mellem fysioterapi og ergoterapi, og derfor er opdelingen af behandlinger under hvert fag ikke udtryk for, at den anden faggruppe ikke beskæftiger sig med disse behandlinger i deres daglige kliniske arbejde.

Endvidere er behandlinger medtaget, hvor behandlingen sker i samarbejde med bandagister, ortopædiske skomagere m.fl.

På [www.fysio.dk/artikelbilag](http://www.fysio.dk/artikelbilag) kan man finde skemaer med søgestrategi for henholdsvis fysioterapi og ergoterapi. Her kan man også finde de kriterier,



Patienter med leddegigt kan forbedre deres fysiske formåen med almen dynamisk træning. En specifik træning af knæekstensorerne som her i en romaskine, kan være med til at forbedre Timed Up and Go.

som er brugt til at vurdere metodekvaliteten i de fundne studier. Kursivangivelsen efter litteraturkilde angiver litteraturens evidensniveau:

1a – systematisk review (Cochrane review)

1b – randomiseret og kontrolleret studie

2b – kontrolleret studie uden randomisering

Under samlet konklusion:

(A): god evidens for at behandling har effekt

(B): nogen evidens for at behandling har effekt

## FYSIOTERAPI

### Fysisk træning

*Almen træning*

*(inklusionskriterier: diagnosen leddegigt).*

Indtil slutningen af 1980'erne var det den gængse opfattelse, at det i almindelighed var bedst at skåne leddene og undgå dynamisk træning ved selv beskeden ledhævelse, da dette kunne forværre ledhævelse, ledsmerter og skade leddene. Dette har vist sig at være en myte, og i dag er der god evidens for at dynamisk træning ikke øger ledsmerter eller -hævelser, og formentlig heller ikke skaber forværring af den radiologiske progression (1) 1a.

Næsten alle studier inden for de seneste 20 år har anvendt en dynamisk træningsform med mange gentagelser af øvelserne med let til moderat belastning. Effekten af denne form for træning er først og fremmest en forbedring af konditionen (1) 1a. Desuden mindses tidsforbruget til at gå 15 m og til at rejse sig fra en stol og gå, benævnt som time-up-go (TUG) (1) 1a, (2-3) 1b. Træningen forbedrer muligvis, men mindre entydigt muskelstyrke og ►

Fysioterapi hjælper på funktionsevne og ledsmerter. Ergoterapi har den samme effekt, dog primært i hænderne. I to artikler gør overfysioterapeut Jens Ole Rasmussen rede for, den evidens der er for fysioterapi og ergoterapi til leddegigtpatienter.

indgang



De fleste terapeuter mener, at det især er de svageste og mest smerteplagede af patienterne, der har glæde af bassintræning. Denne problemstilling er aldrig undersøgt.

- ▶ ledbevægelighed (1) 1a (4-6) 1b, men ikke funktionsevnen målt med HAQ-scoren (Health Assessment Questionnaire) (1) 1a (2,3, 5,6) 1b.

Stort set alle undersøgelser er lavet på patienter i funktionsklasse I og II, det vil sige, at patienterne har været fuldt selvhjulpne i dagligdagen.

*Specifik træning (inklusionskriterier: specifik klinisk problem udover diagnosen leddegigt)*

Patienter med nedsat TUG forbedrer specifikt TUG ved isokinetisk styrketræning af knæekstensorer og -fleksorer, forbedrer den generelle funktionsevne målt med HAQ-scoren og øger signifikant muskelstyrken i begge muskelgrupper (7) 1b. Til gengæld forbedres HAQ-scoren ikke ved hverken specifik dynamisk eller isometrisk træning af skulderrotatorerne med lav belastning ved smerter og/eller nedsat funktion i skulderen (8) 1b.

Det er behov for flere studier, der belyser effekten af træning i specifikke kliniske situationer, og især er der behov studier med patienter med dårlig funktionsevne. Netop denne patientgruppe er berettiget til vederlagsfri fysioterapi.

*Træning i varmtvandsbassin (hydroterapi)*

Bassintræning er populær blandt patienterne, og mange patienter kommer uge efter uge til aktiviteterne i det varme vand (9) 2b. Træning i vand har samme effekt som træning på land (10) 1b. Dette underbygges af to andre studier uden klare diagnosekriterier for leddegigt (11,12) 1b. Mange terapeuter og patienter mener, at bassintræning er en mere skånsom form for træning end træning på land. Der er imidlertid intet, som tyder på, at dette er tilfældet for patienter med en relativ god funktionsevne.

Erfaringsmæssigt har patienter med dårlig funktion og/eller store smerter fra vægtbærende led en fordel af træning i varmt vand frem for træning på land, men denne problemstilling er aldrig undersøgt i kontrollerede studier.

*Symptomatisk behandling*

Varme- og kuldebehandling af ømme smertende led er vellidt af patienterne. Erfaringsmæssig opnås en kortvarig smertelindring af 15-30 minutters varighed umiddelbart efter en varme- eller en kuldebehandling, hvilket forbedrer effekten af efterfølgende håndøvelser (13) 1b.

Smerter på grund af ledhævelse i hænderne bedres med kuldeterapi (14,15) 2b.

Massage anvendes ofte til lindring af smerter og muskelspændinger, men der findes ingen undersøgelser af effekten ved leddegigt.

Ultralyd og kortbølge bruges i stor udstrækning til symptomatisk behandling af leddegigtpatienten i dag. Resultatet af det eneste randomiserede studie om ultralyd er behæftet med stor usikkerhed, idet 20 procent af patienterne udgik, uden at der blev gjort rede for disse patienter, og inklusionskriterierne var misvisende i forhold til den kliniske problemstilling (16) 1b. Effekten af ultralyd i andre sammenhænge er beskeden (17,18).

Der findes heller ingen undersøgelser, som kan sandsynliggøre en positiv effekt af kortbølge, hverken kontinuerlig eller pulserende.

Laser (lavenergi laser) har måske en lindrende effekt på håndmerter og morgenstivhed (19,20) 1b. Imidlertid fremviser de seneste to undersøgelser fra 1994 modstridende resultater (21,22) 1b. Laser anvendes ikke i dag til behandling af patienter med leddegigt på de reumatologiske afdelinger i Danmark, da man har erfaring for, at der er en beskedent eller ingen effekt af behandlingen.

Transcutan elektrisk nervestimulation (TENS) har en tvivlsom smertelindrende effekt på håndmerter i forhold til placebo-TENS, da der er fremkommet modstridende resultater i to randomiserede studier fra 1983 og 84 (23,24) 1b. Et enkelt studie fra 1978, hvor de inkluderede blev behandlet på en sådan måde, at de ikke kunne mærke strømmen, finder signifikant korrelation mellem smertelindring og aktiv behandling (25) 1b. Behandlingsformen anvendes dog ikke i dag.

Afspænding kombineret med visualisering har ingen smertelindrende effekt ved leddegigt (26,27) 1b.

*Hjælpemidler*

Halskrave bruges for at lindre smerter i nakken og/eller for at stabilisere en løshed/ledskred i halshvirvelsøjlen. Løshed eller ledskred i halshvirvelsøjlen kan udvikle sig til lammelser og i værste fald medføre døden. Behandlingen med stiv halskrave kan stabilisere de to øverste halshvirvler i en bedre stilling og dermed lindre smerter i nakken (28,29) 2b. Ledskredet kan dog forværres ved anvendelse af en stiv halskrave (28,29) 2b. Bløde halskraver bruges i stort omfang for at lindre nakkemerter med eller uden røntgenologiske forandringer. Der er imidlertid ikke lavet nogen undersøgelser af den smertelindrende effekt af bløde halskraver.

Ganghjælpemidler bruges i stort omfang for at afhjælpe en dårlig gangfunktion. Effekten er ikke undersøgt i kontrollerede studier, men erfaringen viser entydigt, at en dårlig gangfunktion kan afhjælpes med det rette ganghjælpemiddel. Udbudet af ganghjælpemidler er meget stort, men ge-

**fakta** MTV-rapporten udkom d. 16. januar 2003 og kan hentes/bestilles på [www.cemtv.dk](http://www.cemtv.dk) eller bestilles hos J.H. Schultz Information A/S, tlf. 7026 2636.



nerelt anbefales det, at leddegigtpatienter udstyres med ganghjælpemidler af letvægtstypen, hvor håndstøtten bør være anatomisk udformet.

Fodtøj/-indlæg har til formål at mindske smerter i foden og bedre gangfunktionen. Individuelle tilpassede fodindlæg øger signifikant skridtlængden og patienternes gangkomfort (30), men har ikke en bedre effekt end et placebo-indlæg på forfodssmerter og gangfunktionen (31) 1b. Form, størrelse og placeringen af et aflastende forfodsindlæg har betydning for effekten og kan formentlig bedst bedømmes ved direkte måling ved hjælp en trykføl-som sål i skoene (32) 2b.

Fodindlæg laves normalt efter et aftryk af foden på en plade eller udformes efter en afstøbning af foden. Form, størrelse og placering af forfodsafloadningen afhænger af bandagisten eller terapeutens erfaring.

Ortopædiske sko anvendes oftest ved mere fremadskredne forandringer i foden. Ortopædiske sko mindsker fodsmarter under gang og bedrer gangfunktionen (33) 1b. Erfaringen viser dog, at en del patienter ikke får den gevinst af ortopædiske sko, som man skulle forvente.

Optimal udformning og tilpasning af den ortopædiske sko til patientens fod er formentlig afgørende for, om patient får gevinst af skoene.

### SAMLET KONKLUSION

Fysioterapi virker på funktionsevnen og ledsmerter, men ikke på sygdomsaktiviteten som sådan. Effekten er dog kun dokumenteret inden for de nedennævnte områder, mens en række former for fysioterapi, som anvendes i dag ikke er evidensbaserede.

Patienter med leddegigt kan forbedre deres fysiske formåen med almen dynamisk træning (A).

Træning i bassin kan anvendes på lige fod med træning på land (A).

Lokal varme- og kuldebehandling har som symptomatisk behandling en kortvarig smertelindring og forbedrer effekten af efterfølgende håndøvelser (B).

Stiv halskrave kan lindre smerter og stabilisere en løshed/ledskred mellem de to øverste halshvirvler (B).

Fodindlæg kan afhjælpe forfodssmerter og bedre gangfunktionen (B).

Ortopædiske sko kan mindske mere udbredte smerter i foden og derved bedre gangfunktionen (B).

*En omfattende litteraturliste kan downloades fra [fysio.dk/artikelbilag](http://fysio.dk/artikelbilag)* ■

## Fire nye medarbejdere i sekretariatet



**(ORGANISATIONSGRUPPEN)** ■ Fra 1. februar 2003 har Danske Fysioterapeuter ansat Karin Næsager i en nyoprettet deltidsstilling som sekretær i organisationsgruppen. Hendes opgaver bliver bl.a. administrativt arbejde i forbindelse med planlægning og afvikling af møder, konferencer og temadage. Karin Næsager kan træffes på lokal 352 eller [kn@fysio.dk](mailto:kn@fysio.dk)



**(PRAKSIS)** ■ I en nyoprettet fuldtids stilling som forhandlingskonsulent i forhandlingsafdeling privat er ansat Lotte Skjoldemose. Hendes opgaver i afdelingen bliver i et samarbejde at varetage bl.a. forberedelse og medvirken ved gennemførelse af overenskomstforhandlinger på sygesikringsområdet og øvrige private områder samt efterfølgende administration og fortolkning, medlemsbetjening inden for arbejdsmarkedsforhold generelt og individuel rådgivning om overenskomstforhold og klager, rådgivning vedrørende individuel ansættelse og kontraktindgåelse samt medvirken ved gennemførelse af forsøgs- og udviklingsprojekter. Lotte Skjoldemose kan træffes på lokal 362 eller [ls@fysio.dk](mailto:ls@fysio.dk)



**(WEB)** ■ Marianne Lemvig er tiltrådt en nyoprettet assistentfunktion i kommunikationsafdelingen ca. 15 timer ugentligt til at bistå med at lægge på hjemmesiden. Hun træffes på lokal 329 eller [ml@fysio.dk](mailto:ml@fysio.dk)



**(SPECIALISTER)** ■ Benedikte Steinrud er midlertidigt ansat 15 timer ugentligt i en stilling som faglig konsulent til administration af den specialistordning, som er ved at blive etableret. Hun har i en årrække været ansat som underviser på Skolen for Fysioterapeuter i København.

Den sekretærstilling, som af repræsentantskabet blev godkendt normeret, vil ikke blive ansat før specialistordningen er trådt endelig i kraft. Benedikte Steinrud kan træffes på lokal 377 eller [bs@fysio.dk](mailto:bs@fysio.dk)

*Ergoterapeuten lærer patienten at aflaste sine fingerled, når hun cykler på kondicyklen. Undervisning i ledaflastning er med til at ændre patienternes adfærd i hverdagen.*

# Effekt af ergoterapi

**(MTV)** I artiklen gennemgås MTV-rapportens anbefalinger for ergoterapeutisk behandling

**AF** FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK  
**FOTO** NIELS NYHOLM

Håndtræningsprogrammer, som indeholder opvarmning af hænder med efterfølgende ledbevægelighedsøvelser, koordinations- og krafttræningsøvelser medfører en betydelig forbedring i gribestyrke og forhindrer også sygdomsrelateret styrketab (1) 1b. Håndtræning mindsker desuden leddegigtpatientens oplevelse af smerter og stivhed i hænderne (2) 1b. Der foreligger ikke undersøgelser, der viser, hvornår håndøvelser skal iværksættes, men der er klinisk erfaring for, at instruktion i håndøvelser bør ske umiddelbart efter, at diagnosen leddegigt er stillet for at forebygge funktionsstab.

Der savnes desuden studier, der belyser håndøvelsers betydning for udvikling af fejlstillinger, leddeformiteter, færdighedsniveau og sygdomsaktivitet.

Efter håndkirurgi henvises leddegigtpatienter som regel til et intensivt genoptræningsforløb. Varigheden af disse forløb er typisk tre måneder, hvor patienten kommer til træning flere gange ugentligt. Der er ikke fundet undersøgelser, der viser, om genoptræning har betydning for funktionsevnen, men det er ergoterapeuters og håndkirurgers kliniske erfaring, at genoptræning har væsentlig betydning for det kirurgiske behandlingsresultat.

### UNDERVISNING I LEDAFLASTNING

Undervisning i ledaflastning består af instruktion i ledaflastningsprincipperne (f.eks. at respektere smerte, variere arbejdet, fordele byrden, undgå belastning i yderstilling etc.) og vil ofte indgå i et gigtskoleforløb. Undervisningen har en dokumenteret effekt på en større viden og på en mere hensigtsmæssig adfærd (3) 1b, formentlig fordi brug af ledaflastningsprincipperne medfører færre smerter (4) 2a.

På hvilke stadier i sygdomsforløbet patienterne har størst gavn af instruktionen er ikke undersøgt, men det er sandsynligt, at patienterne allerede

tidligt i forløbet har gavn af at blive henvist til en ergoterapeutisk vurdering. Der foreligger ikke klar evidens for, at ledaflastning forebygger ledødelæggelser, men det er ergoterapeuters klinisk erfaring, at funktionsnedsættelser og udvikling af fejlstillinger i hænder reduceres.

### HJÆLPEMIDLER

Effekten af hjælpemidler er generelt dårligt undersøgt, men der foreligger en undersøgelse, som viser, at når en række af disse hjælpemidler anvendes ved almindelige daglige aktiviteter, reduceres patienternes smerter (4) 2a. I hvor høj grad hjælpemidler kompenserer for nedsat funktionsevne, er ikke påvist. Det er ergoterapeuters kliniske erfaring, at anvendelse af hjælpemidler udover at lette arbejdet, også mindsker udviklingen af fejlstillinger, men der foreligger ingen dokumentation for dette.

Udgifter til leddegigtpatienters hjælpemidler er beskedne og er i en undersøgelse opgjort til ca. 1.700 svenske kroner pr. person i 1994 (4) 2a.

#### *Håndledsbandager og hvileskinner*

Brug af håndledsbandage reducerer smerterne i hænderne, øger gribestyrken og forbedrer evnen til at udføre aktiviteter, som er belastende for håndleddet (5) 1b, (6) 2a, (7) 1b, (8) 2b, (9) 1b.

Patienter har størst gavn af håndledsbandager ved belastningsprægede bevægelser som løft, skub og træk, hvor det ikke kræves et mobilt håndled (9) 1b. Anvendelsen af håndledsbandage er derimod ofte en ulempe ved aktiviteter, som kræver fingerfærdighed, da finmotorikken hæmmes (7,9,10) 1b. Anvendelse af håndledsbandager synes ikke at forandre sygdomsforløbet (5) 1b.

Brug af hvileskinner om natten til patienter med smerter eller stivhed i håndled nedsætter led-smerterne (11) 1b, og gribestyrken øges i den behandlede hånd hos flertallet af patienterne (12) ►

## Nedsat kontingent

**(FRIST)** ■ Du kan få nedsat dit kontingent til Danske Fysioterapeuter, hvis du er fuldt arbejdsledig, dvs. udelukkende lever af dagpenge, er sygemeldt uden løn, er på barsel uden løn, har orlov uden løn 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.

## Fysioterapeutstuderende i hovedbestyrelsen

**(GENOPSLAG)** ■ De fysioterapeutstuderendes observatørplads i hovedbestyrelsen er ledig, og der skal derfor vælges en ny (jfr. Danske Fysioterapeuters love §19, stk. 8). Der skal også vælges en suppleant.

Valgperioden er frem til næste ordinære valg i oktober 2004, eller til uddannelsen er afsluttet. Alle fysioterapeutstuderende, der er medlemmer af Danske Fysioterapeuter er valgbare og har stemmeret.

Hovedbestyrelsen holder møde en gang om måneden fra klokken 9.30 til 17 i Danske Fysioterapeuters sekretariat. Rejseudgifter dækkes af Danske Fysioterapeuter.

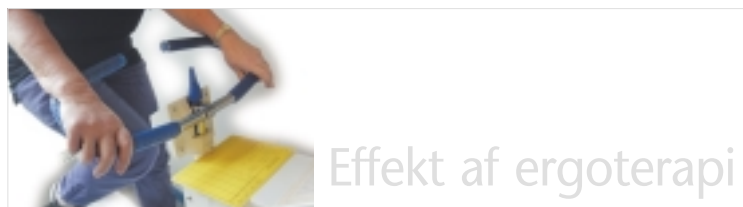
Har du lyst til at bruge lidt tid på opgaven, har du chancen nu. Du skal blot indsende dit navn og adresse til sekretariatet senest den 20. marts 2003 sammen med – hvis du har lyst – en præsentation af dig selv (max 300 ord).

Eventuelle yderligere oplysninger kan fås hos Ulla Andersen, lokal 332, e-mail ua@fysio.dk

## Redaktionen beklager

**(RETTELSE)** ■ I Fysioterapeuten nr. 2 side 16 er bragt et foto af en fitness instruktør i forbindelse med en artikel om anoreksi og tvangsmotionering. Det burde have fremgået, at der var tale om et arkivfoto. Den pågældende instruktør har ingen relationer til artiklens emne.





- ▶ 1b. Grundig instruktion og information har stor betydning for, at patienterne får en optimal effekt (13) 1b, og når patienterne først har prøvet skinnenebehandlingen, foretrækker 90% at fortsætte med denne. Flertallet foretrækker en blød skinne frem for en hård skinne (11) 1b. Et mindre studie har vist, at hvileskiner ikke har effekt på sygdomsaktivitet eller udvikling af fejlstillinger (12) 1b.

### SAMLET BEHANDLINGSTILBUD

Et intensivt ergoterapeutisk behandlingsforløb af seks eller 12 ugers varighed, som ikke blot inddrager fysiske, men også psykiske og sociale funktionsproblemer, har i Canada vist sig at kunne forbedre et ergoterapeutisk funktionsscore med 25 procent, men påvirkede ikke HAQ-scoren. Det ergoterapeutiske funktionsscore var designet og valideret til at måle funktionsforbedringer (14) 1b.

Et andet studie støtter, at flere ergoterapeutiske interventioner samtidig er en fordel, idet patienterne angiver, at de kan mere og er mere udadvendte som følge af anvendelse af ledaflastningsprincipper samt brug af hjælpemidler og bandager (4) 2a.

Omfanget og typen af ergoterapeutiske ydelser ved leddegigt er ikke beskrevet hverken i sygehusregi eller i kommunalt regi.

Leddegigtpatienter, der følges i en speciallægepraksis, har i dag ikke mulighed for at modtage specifikke ergoterapeutiske behandlingsydelser i sygehusregi, men vil være henvist til kommunal ergoterapi.

I henholdt til lovændringen af Lov om Social Service, som trådte i kraft den 1. juli 2001, har kommunerne ansvaret for at genoptræne borgere, der har brug for genoptræning på grund af fysisk funktionsnedsættelse, og hvor genoptræningsbehovet ikke er betinget af en forudgået sygehusindlæggelse.

Samlet set savnes der overblik over, hvorvidt leddegigtpatienter har lige adgang til relevant ergoterapibehandling i primær- og sekundærsektor.

### SAMLET KONKLUSION

Ergoterapi har effekt på smerter og funktionsnedsættelse (primært i hænderne). De vigtigste dokumenterede metoder er følgende:

Særlige håndøvelsesprogrammer øger styrkegreb og hæmmer funktionsnedsættelsen over tid, reducerer ledsmerter og ledstivhed samt øger patientens opfattelse af ledbevægelighed (A)

Undervisning i ledaflastning øger leddegigtpatienters viden og ændrer deres adfærd, således at de i højere grad anvender ledaflastende arbejdsmetoder (A). Brug af ledaflastende arbejdsmetoder mindsker leddegigtpatienters smerter ved daglige aktiviteter (B).

Der er evidens for at, brug af hjælpemidler reducerer leddegigtpatientens smerte betydeligt under udførelse af daglige aktiviteter (A), men der er ikke fundet undersøgelser vedrørende forbedring af funktionsevne og forebyggelse af fejlstillinger (B).

Håndledsbandager mindsker smerter og øger gribestyrken, når de anvendes under daglige aktiviteter (A). Natlige hvileskiner reducerer hånd- og fingerledssmerter (A).

Et længerevarende samlet intensivt ergoterapeutisk behandlingsprogram i hjemmet kan forbedre evnen til at klare daglige aktiviteter hos leddegigtpatienter med fysiske funktionsbegrænsninger (A).

Der savnes overblik over leddegigtpatienters adgang til og anvendelse af ergoterapiydelser i Danmark. ■

## anmeldelse

## Video om demens



**(ANMELDELSE)** ■ Den danske ergoterapeut og demenskonsulent Jane Varity har produceret tre videobånd, der består af seks individuelle film, optaget i Australien på forskellige plejehjem og dagcentre. Filmene bidrager hver især til forståelse af "Den nye demenskultur", som er målet med videobåndene, der henvender sig til personale, pårørende og frivillige i Danmark. Med videoerne følger et lille hæfte med indledning til filmene og en beskrivelse af den gamle og den nye demenskultur. Hæftet giver en god baggrundsviden for at forstå filmene, hvis man ikke i forvejen kender J. Varity, der har udviklet "Livsgnistprogrammet" i Australien.

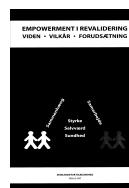
I første film introduceres teorierne bag "Den nye demenskultur". Her fokuseres på mennesket og ikke på sygdommen. Varity fortæller om sine holdninger og visioner og om arbejdet med at omsætte teorier til praksis. Vi ser, hvordan nye ideer udvikles i samarbejde med personale og f. eks. en tegner. Vi ser, hvordan et aktivitetsspil er tilrettelagt, hvordan deltagerne inviteres, modtages og deres engagement i aktiviteten. Andre aktiviteter består af gymnastik, sang og sansestimulation samt busture med mulighed for at besøge venner, familie og kendte steder. Vi følger, hvordan mennesker med demens inddrages i de daglige gøremål, hvordan de har mulighed for at drage omsorg for noget, f.eks. vanding af planter og pasning af husdyr. I Australien er der tradition for at "ansætte" og uddanne frivillige, hvilket muliggør mange aktiviteter. Der veksles mellem personale, frivillige og pårørende, som fortællere og optagelser af aktiviteter for mennesker med forskellige grader af demens. I tredje film besøges en reminiscensekspert, som har et hus med en stor samling af gamle ting. Disse bruges sammen med de besøgende til at stimulere minderne og samtalen. I femte film fortæller kunstterapeuten om sit arbejde. Hun arbejder med male-, tegne- og digtekunst. Samtidig indgår bevægelse og musik i aktiviteten. Disse film indeholder desværre ingen optagelser af praksis.

Det er seks meget afvekslende, vedkommende og inspirerende film med mange gode detaljer. Essensen i "den nye demenskultur" er kommet fint frem i både teori og praksis, og der er inspiration, der kan implementeres i dagligdagen i vores demensomsorg. Videofilmene og hæftet kan bidrage til en større udbredelse af "Den nye demensforståelse" til gavn for livskvaliteten hos mennesker med demens, deres pårørende og personalet.

Anmeldt af ergoterapeut Ditte Marie Seyler og fysioterapeut Jette Holm Jørgensen, Genoptræningscenteret Skovgården

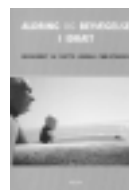
Merete Stolze. En ny demensforståelse. Institut for Pensions- og Eldrepolitik. 3 videoer og hæfte. Kr. 600. Telefon: 9813 2211

## ny litteratur



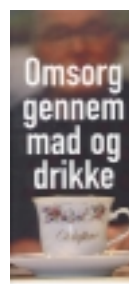
**(REVALIDERING)** ■ "Empowerment i revalidering" beskriver resultaterne fra et projekt. Udvikling af empowerment blandt socialt udsatte grupper kræver professionelle, som magter at indgå i et ligeværdigt partnerskab med brugerne. Rapporten er den første og handler om viden, vilkår og forudsætninger, sådan som de involverede i et revalideringsforløb selv beskriver det.

MAJA LUNDEMARK ANDERSEN, KIRSTEN VINTHER-JENSEN. Empowerment i revalidering. Sundhedsfremmeenheden, Århus Amt. Tlf. 8739 7590 eller 8739 7591. 100 sider. Kr. 75.



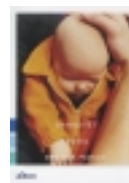
**(ÆLDRE)** ■ "Aldring og bevægelse" består af en samling artikler, skrevet af fortrinsvis danske forskere og undervisere, som har fordybet sig i temaet aldring og bevægelse i idræt. Med denne bog sættes den aldrende krop og fysisk kropslig identitet ind i en sammenhæng, hvor der gives plads til dialog mellem humanistiske og sundhedsvidenskabelige videnskaber, forskellig praksis og erfaring. Blandt forfatterne hører bl.a. Lis Puggaard, Morten Hoff, Else Trangbæk, Henning Kirk, Kirsten Kaya Roessler og Mette Krogh Christensen.

METTE KROGH CHRISTENSEN. "Aldring og bevægelse i alderdommen". Klim. 126 sider. Kr. 169.



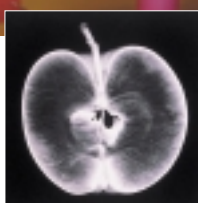
**(KOST)** ■ "Omsorg gennem mad og drikke" henvender sig specielt til social- og sundhedspersonalet og har konkrete og præcise anvisninger på, hvornår de bør være opmærksomme på de ældres kostindtag for at kunne reagere på tidlige advarselstegn. Pjecen kommer ind på kostanbefalinger til forskellige sygdomme og symptomer i alderdommen og vil derfor også være relevant for fysioterapeuter. Pjecen er udarbejdet af Fødevarerdirektoratet i samarbejde med Mejeriforeningen.

"Omsorg gennem mad og drikke". Pjecen er gratis og kan bestilles på [kundeservice@mejeri.dk](mailto:kundeservice@mejeri.dk)



**(GRAVIDITET)** ■ "Graviditet, fødsel, den nye familie" er kommet i en ny og revideret udgave. Der er blandt andet kommet et nyt afsnit om ufrivillig vandladning. Fysioterapeut Ulla Due er en af forfatterne. Bogen udleveres gratis til gravide. Man kan finde mere information [www.libero.dk](http://www.libero.dk)

Hvis Signe Achdam Andersen skal nævne én ting med relation til fysioterapi, er det første, der falder hende ind, sko.



## At genvinde selvstændigheden

**(INTERVIEW)** Fagets kerne er genoptræning, lyder det fra Signe Achdam Andersen, der har været fysioterapeut i tre år og mener, at betydningen af "det kliniske blik" er ved at drukne i akademiserings-snak

**AF** JOURNALIST ANNE GULDAGER  
**FOTO** HENRIK FRYDKJÆR

Signe Achdam Andersen har længe "været på vej". Fra børnehaven til skolen, fra den ene klasse til den næste, til studiet, til nye eksaminer – og ud at arbejde.

"Jeg synes, jeg står i et tomrum, fordi jeg ikke umiddelbart har en ny klasse eller et nyt semester at skulle videre til. Jeg var blevet vant til, at der hele tiden var nye mål, jeg skulle kæmpe for at nå. Nu trænger jeg til en pause for lige at stoppe op og mærke efter, om jeg er på vej det rigtige sted hen, eller hvad jeg skal gøre for at udvikle mig som fysioterapeut. Jeg tror aldrig, jeg når til et punkt, hvor jeg kan sige, "nu er jeg her – her stopper jeg". Jeg vil hele tiden have en trang til at udvikle mig både fagligt og personligt. Der skal bare ske noget nyt hele tiden".

Pausen holdes, mens disse linjer læses, på rejse i tre måneder med rygsæk i Sydøstasien. I sækken

**indgang** ■ Hvad er fagets kerne? Er det den passive behandling, den aktive træning, noget midt imellem, eller noget helt uhåndgribeligt. Stafetten startede i nr. 3/03 hos overfysioterapeut Hanne Munk, som nu har sendt den videre til Signe Achdam Andersen.



er alt andet end fysioterapi, men Signe Achdam Andersen har selv svært ved at forklare, hvad det egentlig er, hun holder pause fra: Er det fra oplevelsen af hele tiden at være på vej, eller er det fra oplevelsen af måske *ikke* at være det i tilstrækkelig grad inden for rammerne af et fast job.

### NOGET RYKKER MERE

Signe Achdam Andersen er tovholder for det gynækologiske område i fysioterapien på Herlev Amtssygehus. Det er et område, hun selv "har gaffet til sig", efter allerede under uddannelsen at have fattet interesse for det.

"Vi havde Birthe Bonde ude at undervise på skolen, og hun var bare helt fantastisk sprudlende og betagende, og jeg tænkte "det er det, jeg skal". Det er jo altid dejligt at gøre andre mennesker glade, men i nogle patientgrupper og i nogle situationer, rykker det bare mere end andre".

Signe Achdam Andersen blev fysioterapeut, fordi det lød spændende og afvekslende, og fordi det rummede fysisk aktivitet. Til gengæld kom det bag på hende, at den psykiske aktivitet fylder lige så meget i et fysioterapeut-liv.

"Vi kommer utrolig tæt på vores patienter, næsten uanset om det er en knæpatient eller en patient med kroniske underlivssmerter. De fleste af dem er i en eller anden form for krise, og lynhurtigt kan man være involveret i deres skilsmisser eller i deres mor, der er alkoholiker", siger Signe Achdam Andersen og fortæller om en episode, hvor hun spurgte en patient, om hun havde børn, for at finde ud, om der var nogen, der kunne hjælpe, når patienten kom hjem. "Jeg har i princippet to, men min datter blev tæsket ihjel af sin kæreste", lød svaret.

"Jeg havde aldrig i min vildeste fantasi forestillet mig, at jeg som fysioterapeut ville komme til at stå en situation, hvor jeg skulle tackle den slags. Så skal man lige holde på sig selv og måske også på patienten, så vi begge to kommer ud af den samtale på en ordentlig måde".

### DET MANUELLE FYLDER RIGELIGT

Signe Achdam Andersen tøver ikke over for spørgsmålet om fagets kerne: Genoptræning, lyder hendes umiddelbare bud.

"Fysioterapi er at give de mennesker, vi har med at gøre, så meget af deres selvstændighed tilbage som muligt. Når man bliver afhængig af andre, mister man noget af sit selvverd - det kan være enormt ydmygende, og det kan gå så stærkt. Men den oplevelse af, at man bare i løbet af et par dage får lært en patient at komme fra en

seng til en kørestol, så de selv kan bestemme, hvornår de vil ud at børste tænder, er fantastisk".

Selvom Signe Achdam Andersen ikke på nogen måde underkender den manuelle del af faget, mener hun den fylder rigeligt.

"På studiet fylder det manuelle rigtig, rigtig meget i forhold til træning og genoptræning og det tænke hele vejen rundt om det menneske, der nu skal ud i livet igen efter en skade. Jeg synes ikke, man lærer at tænke som fysioterapeut i det fag, der hedder træning, bevægelse og pædagogik".

I det hele taget efterlyser Signe Achdam Andersen, at der trækkes nogle tråde mellem uddannelsen og det virkelige liv.

"Man lærer at lave et opvarmningsprogram, tælle takter, danse en farve, afgrænse sit rum med et sjippetov og føle sit cpr-nummer, men man kan overhovedet ikke forestille sig, at man nogen sinde skal blive fysioterapeut af dét. Det kan godt være, det er fordi man som studerende ikke kan overskue at integrere de forskellige input, og at det, vi præsenteres for, er for abstrakt i forhold til det, som vi på det tidspunkt kan som fysioterapeuter. Der kommer til at ligge for meget ude i praktikken. Det er de kliniske vejledere, der skal lære os at tænke som fysioterapeuter. De skal lære os ufatteligt mange ting – hatten af for dem". ▶

### FEM ORD OM FYSIOTERAPI

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

"Bevægelse - selvfølgelig. Og kommunikation. At have en klar kommunikation både med patienten og med de andre faggrupper er utroligt vigtigt.

Andre ord er: mennesker - og glæde. Glæde fylder meget, selvom det er syge mennesker, vi har med at gøre. Også patienter, som ikke har langt igen, har behov for et træningstilbud, så de kan nå et niveau, hvor de kan komme hjem og være i egne omgivelser sammen med deres familie. Selvom de er opgivet af systemet, kan man stadig nå noget og give dem nogle flere kræfter og troen på, at de kan. Det er det, jeg mener med glæden i fysioterapien: At du stadig kan være med til at give livskvalitet, selv når du står med en terminal patient. Mit sidste ord er selvstændighed. Med det mener jeg to ting: Vi er med til at give patienterne selvstændighed, og vi arbejder meget selvstændigt. Men det er måske også trangen til selvstændighed, der gør, at mange fysioterapeuter - set med andre menneskers øjne - kan virke som et lidt rastløst folkefærd. Man er tre år det ene sted, og så er man tre år det andet sted, og så læser man et eller andet på universitet ved siden af - man er hele tiden i bevægelse. Man skal hele tiden byde sig selv noget nyt og hele tiden have noget nyt at byde på".

### DE BETYDER NOGET SÆRLIGT

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

"Fysioterapeut og uroterapeut Birthe Bonde. Hun har en særlig måde at formidle et tabubelagt og meget intimt stof på. Hun leverer det med en meget stor grad af ligetilhed og humor, og det er noget, jeg har taget med mig og noget, der virker.

Og så er det min fysioterapilærer på skolen – Karin From Austeen. Hun har i meget høj grad forsøgt at indprente os at tage hensyn til både patientens og ikke mindst egne grænser. At respektere patienternes grænser og nogle gange hjælpe dem med at respektere dem selv, men også at holde fast, så patienterne ikke får lov at overskride mine grænser, for så bliver jeg udbrændt og dør som fysioterapeut.

Den tredje person er min mormor. Hun er en typisk ældre dame, som man bare ikke skal skynde på. Hun har sine egne ideer om, hvordan verden er skruet sammen. Jeg har tit tænkt på hende, når jeg har stået over for de ældre damer, der skulle overtales til at gøre nogle ting, de ikke lige havde lyst til. Det handler om at bevare respekten for de ældre, også selv om de måske er demente eller ikke vil ud at gå. Bare fordi du er gammel, skal du ikke bare overrules af folk, er tror, de ved, hvad der er bedst for dig".

### ► OMVENDT AKADEMISK

"For mig er den fornemmeste opgave for en fysioterapeut at give patienten medansvar. Når man er medansvarlig, vokser man. Som terapeut skal man få trukket sig i tide. Man støber kuglerne og starter de gode ideer, men man skal give folk en oplevelse af, at det er dem, der er stjernerne".

"Jeg er nok atypisk for min generation af fysioterapeuter, men det er lige før, det er blevet min kæphest at være omvendt akademisk. Det kan godt være, der er så og så mange, der skal på forskningskurser eller skal have gang i projekter, men vi skal altså også have hverdagen til at hænge sammen. Jeg kan godt føle mig som et gammelt røvhul, når jeg siger sådan, men jeg synes, det er vigtigt".

"Når vi gør reklame for os selv, handler det om alle de eksaminer, vi tager og ikke om de ufatteligt gode håndværkere, vi er. Det kliniske blik er totalt undervurderet – det snakker man slet ikke om mere. Jeg tror, man kan glemme lidt, hvor vigtigt et redskab, vi selv er: Hvordan finder vi ind til patienten, hvad er det man skal spille på. Er det det store smil, man skal have frem, fordi det er en gammel sur mand, eller er det de smarte unge fyre på knæholdet, der bare skal have en gang røg tilbage. Du bliver nødt til at være sådan et menneske, der kan det der – som har behandlerkon-



*Signe Achdam Andersen giver i næste nummer stafetten videre til Dorte Mølgaard. "Fordi hun er sej", som Signe Achdam Andersens egen forklaring lyder. Dorte Mølgaard er praktiserende på Østerbro i København.*

trakten med patienten i orden. Ellers kommer du ingen vegne og kan ikke holde alle de syge, mærkelige mennesker og deres mærkelige psyke ud”.

Signe Achdam Andersen kan holde dem alle ud, men der er nogle patienter, hun oplever at kunne tackle bedre end andre.

”Jeg har egentlig aldrig haft lyst til at arbejde med idrætsskader. Det er nok en fordom, men jeg synes, det er et folkefærd, det er lidt sværere at danse med. De skal bare tilbage igen, og man er for ofte nødt til at gå på kompromis med sin faglighed”.

Helt undgå kompromiserne i det job, hun har, kan Signe Achdam Andersen dog langtfra.

”Folk skal jo udskrives, selvom man står og bider i bordkanten. Fru Hansen er kun lige kommet op at gå med rollatoren, og så bliver hun smidt ud. Hverdagen er én lang prioritering af, hvem der er mest syg, og hvem der har mest behov. Den der havde mest behov i går kan pludselig være den, der har det mindste behov dagen efter, fordi der er en, der er endnu mere dårlig”.

Den megen biden i bordkanten kan godt blive for meget, forudser hun.

”Jeg kan godt forestille mig, at på et tidspunkt, så får jeg nok. Det bliver ikke mit fysioterapeutiske arbejde eller patienterne, jeg får nok af, men systemet og den mudderkastning, der er mellem faggrupperne om, hvem der skal gøre hvad. Alle er presset, og alle har travlt, men hvis man for ofte møder bemærkninger som ”det er fyssens opgave”, så bliver man selv rigid. Jeg har ikke samvittighed til bare at ringe på klokken, når der er en patient, der skal tisse, men jeg har lyst til at gøre det”.

Hvis Signe Achdam Andersen får nok af systemet, er det ikke usandsynligt, at hun kaster sig over undervisning – gerne inden for træning.

”Jeg kunne måske godt tænke mig at komme ind på fys-skolen og undervise i netop Træning, Bevægelse og Pædagogik for at gøre mit til at trække de tråde, jeg synes, der mangler”. ■

### HVIS FYSIOTERAPIEN VAR EN TING

*Hvis du skulle vælge én ting – noget, man kan tage og føle på – der repræsenterer fysioterapi for dig, hvad skulle det så være?*

”Det første, jeg tænker på, er sko. Som terapeuter går og står vi meget, og samtidig vil vi rigtig gerne give vores patienter nogle ordentlige sko på i stedet for de slippers, de render rundt i. I det hele tager vores arbejde meget udgangspunkt i gangfunktionen”.



## in ■ memoriam

## Lone Jørgensen Kjær, født 17.02.65

■ Vores dejlige veninde Lone er død. Hun døde på fjeldet i Norge den 31. december 2002.

Vi har kendt Lone, siden vi sammen startede på Fysioterapeutskolen i Holstebro i 1988 (hold 32).

Lone var et unikt menneske. Hun var en stille person, men aldrig bange for at give sin mening til kende. Lone var fordomsfri over for sine medmennesker. Hun så altid det positive frem for det negative, ikke kun i mennesker, men også i livet. Hun var enormt nysgerrig, og vi har haft lange interessante diskussioner om hvordan livet hang sammen, helt ned i små celledelinger og langt ud i det uendelige univers.

Lone var en meget omsorgsfuld veninde. Hun havde blik for, hvad der var brug for og var altid villig og parat til at give det. Selv i den periode, hvor livet var svært for Lone, var det at være sammen med hende altid forbundet med glæde.

Lone havde en veludviklet fantasi til stor fornøjelse for os andre. Både når hun kom til diverse klasseoptrædere og karneval udklædt som den ene halvdel af en zebra eller noget andet fantasifuldt, og når der skulle produceres hjemmelavede hatte til nytårsaften.

Lone arbejdede alle årene som fysioterapeut i Norge på Sentralsykehuset i Akershus i den vestlige udkant af Oslo. Hun startede på kirurgisk og rehabiliteringsafdelingen, hvor hun arbejdede i en årrække og bl.a. tog Bobath uddannelsen. Senere blev hun interesseret i at arbejde med personlig udvikling og startede derfor på Psykodramauddannelsen i Norge. Dette førte til, at Lone fik lyst til at arbejde inden for psykiatrien og hun begyndte således i midten af 90'erne at arbejde på psykiatrisk afdeling. Her startede hun også på den psykomotoriske efteruddannelse. Lone ville i løbet af dette forår have afsluttet begge sine videreuddannelser og var begyndt at overveje, hvilke nye udfordringer hun skulle give sig i kast med.

Lone udforskede og levede livet og hun har betydet meget for mennesker både i Danmark og Norge.

Lone elskede at være på fjeldet, både på ski og på vandreture. Den ro og fred, der er i naturen, var også en del af Lone.

Det er et stort savn, at Lone ikke er her mere, og vore tanker går til hendes forældre, søster, svoger og tre niecer samt til hendes kollegaer og venner i Norge og Danmark.

Glæden, kærligheden og alt, hvad vi har delt med Lone, vil leve videre i vore hjerter!

*Bolette Haagen, Birthe Bak, Camilla Nyborg*

## Gunhild Sommer Degn

■ Fysioterapeut Gunhild Sommer Degn døde torsdag den 6. februar 2003 efter syv års kamp mod modermærkekræft - 41 år gammel.

Gunhild blev uddannet fysioterapeut på Holstebro skolen hold 24 i 1987, og praksisarbejdet blev hurtigt Gunhilds område, både i Varde, Risskov, Randers og Holstebro.

Gunhild var vestjyde med stærke og stolte rødder i Bork. Sprogtonen fornægtede sig aldrig i det altid smittende humør og den positive tilgang til de mennesker, hun mødte på sin vej.

Som fysioterapeut kunne hun fornemme sin patient, og tog altid udgangspunkt i patientens situation, og hvad der kunne hjælpe den enkelte videre i livet, ikke kun på det fysiske plan. Gunhild arbejdede bevidst med sig selv og stoppede aldrig sin søgen efter at forstå, hvorfor vi mennesker er/bliver, som vi er, og hvilke handlemønstre der ligger bag.

Gunhild var en af de første fysioterapeuter, der uddannede sig inden for akupunkt-terapi - et såkaldt alternativt område, set med den tids fysioterapeutiske øjne. Hun blev rigtig god til det, og har hjulpet mange patienter, men vi ved, at den store faglige anerkendelse, blev det ikke til. Hun var pioner på området, og da hun syntes hun var klar til at undervise og gå ind og beskrive resultaterne, var hun i mellemtiden blevet syg og skulle bruge kræfterne andetsteds.

Hun inspirerede fortsat mange kollegaer, og det glædede hende, at akupunkturteknikker efterhånden var ved at blive integreret i praksis.

En lattermild, eftertænksom og søgende, varm, kreativ og "swingende" musisk personlighed, er ikke mere.

Vi er mange, der vil savne dig meget, Gunhild.

Gode tanker sender vi til Henning, Amanda, Simone, Emma og Bolette.

Æret være Gunhilds minde.

*Jette Andersen og Jens Ole Pihl, Sønderborg*

# Fagfestival

DANSKE FYSIOTERAPEUTER

*fra fag til profession*

**Vil du holde et foredrag, lede en workshop, præsentere en poster eller være med til at arrangere et debatforum?**

Danske Fysioterapeuters Fagfestival finder sted i Odense Kongrescenter 20. – 22. november 2003.

Arrangørgruppen er ved at sammensætte programmet og vil derfor gerne i kontakt med fysioterapeuter, der ønsker at holde et foredrag, lede en workshop eller et debatforum – eller på anden vis formidle ideer eller projekter.

Så ønsker du, din faggruppe, fraktion eller fagforum at bidrage til programmet, skal vi have tilmelding og abstract inden den 15. maj 2003. Du bedes venligst benytte Danske Fysioterapeuters hjemmeside, [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk). Her kan du finde yderligere informationer om ønsker, krav og retningslinier samt foretage tilmelding og aflevere abstract.

Yderligere oplysninger:  
Vibeke Laumann,  
telefon: 4081 2874, [vl@fysio.dk](mailto:vl@fysio.dk)

Danske Fysioterapeuters Fagfestival er tre dage med faglig inspiration og oplægsholdere fra ind- og udland. Man kan blandt andet møde:

- 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

**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:** 1.250 kroner for ordinære medlemmer og 500 kroner for studerende. Fra 1. februar vil det være mulighed for at tilmelde sig Fagfestivalen. Følg med i Fysioterapeuten og på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)

Fagfestival 2003 arrangeres af Danske Fysioterapeuter i samarbejde med faggrupper, fagfora, fraktioner og Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi.

## Træningsudstyr



### Vippebænk med trinløs højdeindstilling

Bruges som vippebænk eller fast bænk f.eks. ved

- Træning af balance
- Træning af overflytning
- Undersøgelse

# ROPOX

**Better ways to better days**

Ringstedgade 221 • DK-4700 Næstved  
Tlf. 55 75 05 00 • Telefax 55 75 05 50  
info@ropox.dk • www.ropox.dk

Salgsansvarlig:

*Sjælland:*  
Jack Pedersen  
Tlf. 55 75 05 14

*Fyn og Jylland:*  
Ebbe Brag  
Tlf. 86 57 31 88