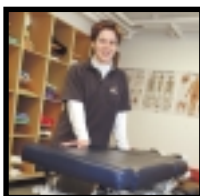


Nr. 5/marts/2003
85. årgang



**Tværfagligt koncept
med vokseværk**

70 steder i landet arbejder
fysioterapeuter på tværfaglige
behandlingscentre, etableret
af Falck Healthcare. Side 20

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

■ Turbo på de daglige aktiviteter

Fysioterapeut Nina Beyer er blevet ph.d. med en afhandling om effekten af fysisk træning af ældre kvinder. Side 8



Artikler

Uden styrke ingen funktionstræning



Stærke muskler mindsker risikoen for fald i funktionsevne. Styrke er korreleret til lav dødelighed og er en vigtig faktor for træning af funktion, kondition og balance.

4

Apopleksipatienter svigtes



Hjemmetræning af apopleksipatienter forebygger blandt andet dødsfald og plejehjemsanbringelser. Alligevel får kun de færreste tilbudt hjemmetræning.

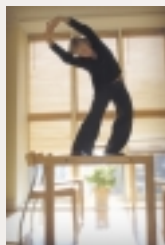
12

Når fysikken siger stop

Følgerne efter en arbejdsulykke blev til sidste for meget for Kirsten Baden-Kristensen. Hun blev sagt op på grund af sygdom, men er nu i arbejde igen i et fleksjob.

17

Hænderne og håndværket



Fysioterapeut Dorte Mølgaard har overtaget stafetten om fagets kerne. "Hænderne på patienten", mener hun.

24

Sæt København i bevægelse

FOTO: SINE FIIG

"Sæt København i bevægelse" var temaet for Hovedstadskredsens arrangement i Rådhushallen på Københavns Rådhus den 27. februar.

Og københavnernes blev sat i bevægelse: Man kunne prøve alt fra at få testet balance og kondition, ro i ro-maskine, hoppe højt i kængurustøvler og prøve fitteren i forbindelse med rådgivning om skitræning. Der var også mulighed for at gå Nordic Walking som på billedet. Flere var en tur på Rådhuspladsen for at få en fornemmelse af, hvordan man med to specielle vandrestave kan få pulsen op, aflastet knæene og samtidig få en mere dynamisk gang.



Det faste

Fysnyt

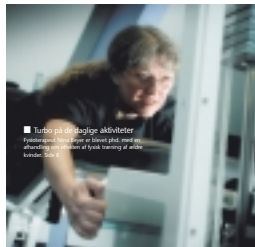
7

DFnyt

19

Debat

27



FORSIDE:
HENRIK FRYDKJÆR

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

Fremtidens behandling

Det var et tilløbsstykke, da den nye motionshåndbog i slutningen af februar blev præsenteret. Næsten 400 deltagere sad tæt sammenstuvet i auditoriet på Rigshospitalet, og mere end 200 interesserede var på forhånd blevet afvist. "Fysisk aktivitet – en håndbog om forebyggelse og behandling" er navnet på det omfattende værk, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Fysisk Aktivitet og Sundhed.

Den overvældende interesse er et klart udtryk for, at emnet både er aktuelt og rummer spændende perspektiver. Håndbogen er den hidtil største samling af videnskabelig dokumentation for effekten af fysisk aktivitet. Eksempelvis på hvordan målrettet fysisk aktivitet indvirker på 27 definerede lidelser. Håndbogen bør derfor være pligtlæsning på alle terapeutiske arbejdspladser.

Nu kan fysioterapeuter så sige: "Hvad nyt er der i det, det vidste vi jo godt?" Der er imidlertid ingen grund til at hovere, men derimod at glæde sig over, at der nu er udarbejdet en foreløbig samlet oversigt over den forskning, der er på området. At håndbogen giver klare anbefalinger, og at læger og andre faggrupper for alvor synes at have fået øjnene op for potentialet i denne billige og sunde behandling.

Vi skal nu som fysioterapeuter overveje, hvilken rolle vi kan spille, og hvordan vi kan medvirke til, at fysisk aktivitet får de bedste udviklingsbetingelser og bliver bredt implementeret i sundhedsvæsenet. Der er ingen tvivl om, at fysioterapeuter har stor faglig viden og kompetence på området, særligt når det gælder målrettet træning af syge. Men det er vigtigt, at vi samarbejder tæt med andre faggrupper, ikke mindst lægerne, som fortsat skal ordinere sygebehandlingen. Det er endvidere væsentligt at skelne klart mellem den rolle vi skal have, når det gælder henholdsvis almindelig forebyggende aktivitet og egentlig sygdomsbehandling. Og så her gælder det om, at "den rigtige pille skal i den rigtige mund på det rigtige tidspunkt".

I Danske Fysioterapeuter drøfter vi i øjeblikket, hvordan foreningen kan understøtte udviklingen. Der er ingen tvivl om, at skal bygge videre på de gode politiske og faglige samarbejdsrelationer, vi har. Umiddelbart ser opgaverne ud til at være at få budskabet spredt og behandlingen implementeret samt at stimulere til mere forskning. Derudover gælder det at få raffineret og forfinet behandlingen. Træningsfysiologien skal pudses af, og nye og måske mere inspirerende iscenesættelser for træningen skal udvikles. Danske Fysioterapeuter planlægger en række aktiviteter i den kommende tid med sigte på både eksternt og internt at sætte fysisk aktivitet på dagsordenen.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter



Uden styrke ingen funktionstræning

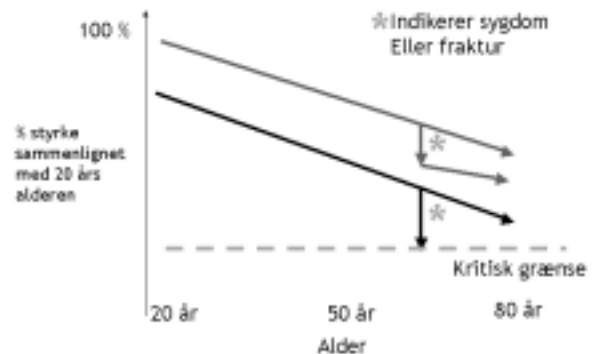
Der kan være flere årsager til, at styrketræning skal prioriteres i træningen af ældre. En øget muskelmasse har ikke kun betydning for funktionsniveauet, men også for konditionen. I artiklen gennemgår cand. scient. Morten Zacho den seneste viden om styrketræning til ældre, og han argumenterer for, at styrken skal prioriteres til de svage ældre, inden man går over til funktionstræning og traditionel konditionstræning.

(ÆLDRE) Stærke muskler mindsker risikoen for fald i funktionsevne. Styrke er korreleret til lav dødelighed og er en vigtig faktor for træning af f.eks. funktioner, kondition og balance

AF MORTEN ZACHO, CAND. SCIENT.
FOTO ULRIK JANTZEN

Ved træning af ældre handler det i høj grad om at opnå en tilstrækkelig funktionskapacitet til at sikre, at man ikke når under en nedre kritisk funktionsgrænse. Denne nedre grænse kan defineres som det punkt, hvor man ikke længere er selvhjulpnen, men bliver afhængig af andres hjælp til almindelige gøremål såsom at købe ind, sørge for sin egen hygiejne etc.

Ideelt set vil man ikke bare holde sig over denne grænse, men også holde en så god margen, at traumatiserende hændelser (sygdom, frakturer o.lign.), som er næsten uundgåelige dele af livet, ikke nødvendigvis forårsager et uopretteligt dyk i funktionskapaciteten (fig. 1).



Figur 1. En skematisk illustration af, hvorledes funktionskapaciteten aftager med alderen, men vil holde sig på et højere niveau, hvis man er fysisk aktiv. Jo lavere margen man holder til den kritiske funktionsgrænse, hvor man ikke længere er selvhjulpnen, desto større risiko er der for at et "uheld", vil betyde et afgørende funktionstab.

Der er ikke noget nyt i, at styrketræning har mange positive effekter i forhold til at forebygge alderssvækkelse, men i praksis bliver målrettet styrketræning for ældre ofte betragtet som lidt for besværligt.

Da kredsløbstræning og træning af mere funktionelle motoriske kvaliteter såsom balance og andre reflekser også regnes som vigtige, bliver fokus ofte på at motivere til et generelt fornuftigt aktivitetsniveau bestående af forskellige fysiske udførelser, som f.eks. gymnastik, gang og svømning.

STYRKETRÆNING ER VIGTIGST

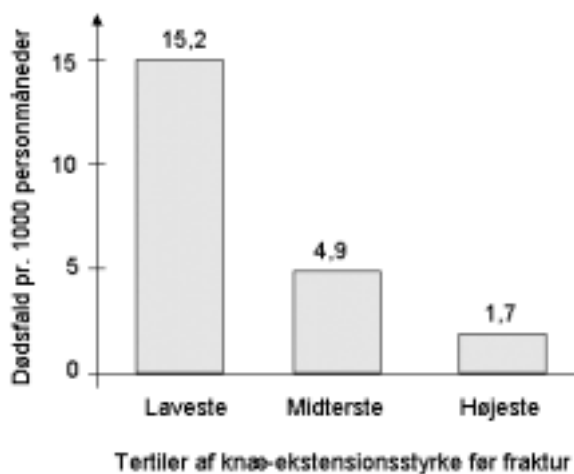
De nyeste forskningsresultater peger imidlertid på, at muskelstyrke i sig selv er stærkt korreleret til lav dødelighed, samt at muskelstyrke spiller en væsentlig permissiv rolle i forhold til muligheden for fortsat stimulering af andre kvaliteter. Det vil sige, hvis ikke der kan udvikles et minimum af muskelkraft i de vigtigste legemsdele, er det heller ikke muligt at lave en fokuseret træningsindsats mod hverken funktionelle færdigheder eller kredsløb.

De følgende studier er eksempler på, hvorfor styrketræning nu spiller en stærkere rolle end nogensinde før, ikke bare i forhold til vedligeholdelse af bevægeapparatsfunktion, men også i forhold til sundhed og overlevelse som helhed.

STYRKE KORRELERER TIL FUNKTION

I et studie på knap 4000 ældre forsøgspersoner målte man deres muskelstyrke i knæekstensorerne og opdelte ud fra dette i "svageste halvdel" og "stærkeste halvdel". Fem år senere registrerede man, hvor mange af forsøgspersonerne, der kunne rapportere, at de havde svære funktionelle problemer i hverdagen.

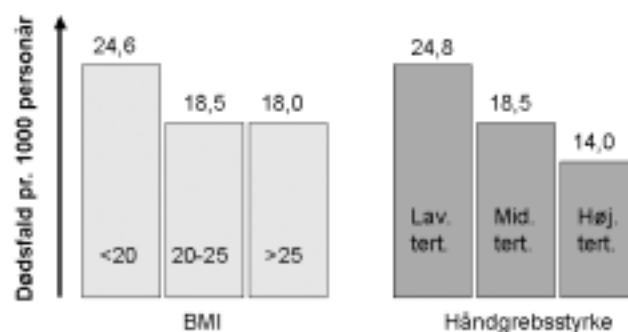
Dødelighed efter fraktur - relation til muskelstyrke



Figur 2. Dødsfald pr. 1000 personmåneder efter fraktur for hhv. den svageste tredjedel, den midterste tredjedel og den stærkeste tredjedel af forsøgspersonerne (Rantanen et al. 2002).

Næsten tre gange så mange i den svageste halvdel kunne rapportere om problemer sammenlignet med den stærkeste halvdel (Brill et al. 2000). I forhold til figur 1. illustrerer dette studie, at ideen med at tegne en høj og en lav descendende kurve, hvor den lave kurve naturligvis nærmer sig den kritiske grænse før den høje, ikke blot er ren teori.

BMI og Muskelstyrke i relation til dødelighed 30 års follow-up, n=6040, initialt alder=45-68 år



Figur 3. Dødsfald pr. 1000 personår for set i forhold til BMI samt svageste, midterste og stærkeste tredjedel målt ved håndgrebsstyrke. Dødeligheden er opgjort 30 år efter BMI og styrkemålingerne. BMI var ikke relateret til dødelighed udover, at gruppen med BMI under 20 havde højere dødelighed end grupperne med højere BMI. Derimod var der tydelig sammenhæng mellem dødelighed og håndgrebsstyrke (Rantanen et al. 2000).

I et helt nyt finsk studie (Rantanen 2002) målte man forsøgspersonernes initiale muskelstyrke i knæekstensorerne. I løbet af de følgende fem år registrerede man, at der blandt de oprindelige 493 forsøgspersoner var 82, der fik en fraktur.

I yderligere fem år registrerede man dødeligheden blandt dem, der havde haft fraktur, og man fandt, at den initielt svageste tredjedel havde en dødelighed på 15,2 pr. 1000 personmåneder, den mellemste tredjedel havde en dødelighed på 4,9 pr. 1000 personmåneder og den stærkeste en dødelighed på 1,7 pr. 1000 personmåneder (figur 2). Disse data underbygger på meget kontant vis den teoretiske model for vigtigheden af en "sikkerhedsmargen" i forhold til et akut dyk i funktionskapaciteten (figur 1).

Samme forfatter publicerede i 2000 et studie, hvor man havde undersøgt sammenhæng mellem bl.a. håndgrebsstyrke, BMI og levetid hos 6000 mandlige forsøgspersoner med en initialt alder på ▶



Morten Zacho er cand. scient. i idræt og ansat som videnskabelig medarbejder på Center for Muskelforskning. Er også redaktør på websitet motion-online.dk. Kontakt: mz@mail.dk

► 45-68 år.

Tredive år efter de første målinger kunne man konstatere, at der var en klar sammenhæng mellem initial håndgrebsstyrke og dødelighed, således at den stærkeste gruppe havde markant lavere dødelighed (14 pr. 1000 personår) sammenlignet med den svageste tredjedel (25 pr. 1000 person-

år).

Håndgrebsstyrke var yderligere en klart bedre prædikator for levetid end BMI. Det skal nævnes, at det ikke forholdt sig således, at håndgrebsstyrke var korreleret til generelt fysisk aktivitetsniveau. I tolkningen af dette studie synes det derfor rimeligt primært at lade håndgrebsstyrke stå som et repræsentativt mål for generel muskelstyrke.

TRÆNING AF ÆLDRE I FREMTIDEN

Årsagerne til disse sammenhænge er naturligvis mangfoldige, men jeg vil her dykke ned i en specifik sammenhæng, som kan have afgørende betydning for, hvordan vi ser på ældretræning i fremtiden.

I et helt nyt studie kiggede man på effekten af styrketræning på iltoptagelsen hos ældre i alderen 60 og 83 år (Vincent et al. 2002). Man havde tre grupper ældre; en kontrolgruppe, en gruppe, der trænede styrketræning med mange repetitioner (13 reps/sæt) og en gruppe, der trænede styrketræning med få repetitioner (8 reps/sæt). Der var ikke nogen særlige forskelle i resultaterne for de to grupper, der havde lavet styrketræning, så vi kan tolke disse samlet som en generel styrketræningsintervention.

Resultaterne viste, at styrketræningen øgede både den maksimale iltoptagelse samt tiden inden udmattelse på gangtest på løbebånd med 20-25 procent.

Det skal bemærkes, at styrketræningen blev udført som "normal" styrketræning og ikke som en form for circuit-træning, hvor man også fokuserer på at få pulsen op.

Normalt, når man snakker om, hvad der begrænser den maksimale iltoptagelse, vil man sige, at det er den centrale kredsløbskapacitet herunder primært hjertets slagvolumen. Dette holder muligvis ikke helt stik, når man snakker om ældre.

Et upubliceret talmateriale indsamlet fra forskellige studier (B. Saltin, personlig kommunikation) tyder på, at der er en god sammenhæng mellem maksimal iltoptagelse og effektiv muskelmasse i benene hos forskellige aldersgrupper.

Hos 52-årige forsøgspersoner fandt man en maksimal iltoptagelse på 3,3 liter/min. og en effektiv muskelmasse i benene på 22 kg. Hos 85-årige fandt man værdier omkring 1,3 liter i maksimal iltoptagelse og 7 kg i effektiv muskelmasse. Altså

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



Dynamo[®]
Stol ApS

Besøg vores hjemmeside: www.dynamo-stol.dk

en trefoldig forskel i iltoptagelse, men også en trefoldig forskel i muskelmasse. Disse tal fortæller os ikke, hvad der er hønen eller ægget, men det giver en vis logik at argumentere for, at hvis den effektive muskelmasse ikke er til stede til at være "aftager" for kredsløbet, så vil kredsløbet også nedjustere dets kapacitet tilsvarende.

MUSKLETS BETYDNING FOR KONDITIONEN

Der er altså gode argumenter for at påstå, at muskelstyrke i sig selv har en permissiv effekt for, at man vedvarende kan stimulere kredsløbskapaciteten til at fastholde et ønskeligt niveau. Når man sammenholder dette med studierne ovenfor, der omhandler sammenhængen mellem muskelstyrke og levetid, kan man foreslå følgende prioriterede rækkefølge for forholdet mellem kredsløbs- og styrketræning for svagelige ældre:

1. Styrketræning til et funktionsniveau, der også tillader belastning af kredsløbet.
2. Styrketræning til et niveau, der sikrer tilstrækkelig margen i forhold til traumatiserende hændelser.
3. Kredsløbstræning.

Ovenstående skal naturligvis ikke tolkes i retning af, at man skal undervurdere vigtigheden af god kredsløbsfunktion for sundheden for ældre, men mere ses som en "stands ulykken" strategi. Den anvendelige styrketræning kan have mange forskellige former, og det er naturligvis sådan, at næsten enhver aktivitet er uendeligt meget bedre end ingen aktivitet.

I det øjeblik vi begynder at tale om behandlerstyret intervention, kommer der imidlertid nogle effektivitetsovervejelser ind i billedet, og her er det vigtigt at benytte sig af den viden, der faktisk er til rådighed omkring de fysiologiske effekter af specifikke træningsformer. Visse træningsformer favoriserer neurale adaptationer og andre favoriserer muskelvækst (hypertrofi).

I tilfælde hvor svagelige ældre har udtalt funktionshæmmende atrofi (sarcopeni), bør man fokusere på træningsformer, der mest effektivt inducerer den ønskede hypertrofi. Når først et minimum af muskelmasse er etableret bliver der mere ide i at flytte fokus mod den kredsløbs- og funktionsorienterede træning.

Rapport om genoptræning efter hoftefraktur

(GENOPTRÆNING) ■ Tønder sygehus og Vesteregns kommuner har samarbejdet om genoptræningen af patienter med hoftefrakturer. Fysioterapeuten, der trænede patienterne på sygehuset fortsatte træningen med patienterne hjemme. Se omtale i fagblad nr. 22/2002 side 13. Evalueringen af et projekt kan rekvireres på tlf. 73926330 eller på www.sja.dk

Rygning er årsag til KOL

(LUNGER) ■ Østerbroundersøgelsen er en befolkningsundersøgelse af ca. 20.000 københavnere. I undersøgelsen har man bl.a. set på forekomsten og udviklingen af lungelidelser. Det er først og fremmest rygning, som er årsagen til KOL. Lav lungefunktion, lav kropsvægt og vedvarende tilstedeværelse af hoste og opspyt hos dem med lav lungefunktion, er tegn på, at sygdommen er alvorlig. Undersøgelsen har endvidere vist, at inhalering af binyrebarkhormoner ikke kan forebygge KOL.

Læs om skulderen

(SKULDER) ■ Fysioterapeut Torben Blenstrup fra Viborg-Kjellerup sygehus har skrevet en artikel om scapula og skulderfunktion. Artiklen blev bragt i Dansk Sportsmedicin nr. 1 fra februar 2003. Skulderens anatomi og den smertefulde skulders patologi gennemgås, og der gives ideer til øvelser. Øvelserne er illustrerede med fotos.

Fysioterapeuter sparer på sygemeldinger

(SYGEMELDING) ■ I september 2001 startede en prøveordning i tre forsøgsamter i Norge. Patienter med muskel- og skeletsygdomme kan i disse amter henvende sig direkte til fysioterapeut med videreuddannelse i manuel terapi og til kiropraktorer. Der ydes tilskud til undersøgelse og behandling. Ordningen giver ret til at sygemelde patienterne og sende dem til specialister og anden behandling. De foreløbige opgørelser viser, at sygefraværet er lavere i forsøgsamterne end i de øvrige amter. Det viser sig også, at patienterne går direkte til fysioterapeuter og kiropraktorer, og de derved sparer tid og penge ved at ikke først at henvende sig til en læge. Læs mere i det norske fagblad Fysioterapeuten nr. 2 februar 2003, side 6.

Forskning i fysioterapi

(JUBILÆUM) ■ Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi fejrer d. 4. april sit 10 års jubilæum. Ti fysioterapeuter, som enten er blevet ph.d. eller er på vej, vil holde oplæg om deres forskningsprojekter. Jubilæet afholdes på Fysioterapeutskolen i København. Læs mere på fysio.dk, på www.DSFF.dk eller i Fysioterapeuten nr. 4/2003 side 28.

Turbo på de daglige aktiviteter

indgang Fysioterapeut Nina Beyer forsvarede i januar sin ph.d. afhandling om effekten af fysisk træning på risikofaktorer for fald og funktionsnedsættelse hos ældre kvinder. De kvinder, der var med i studiet er fortsat med at være fysisk aktive efter projektets afslutning. En tredjedel af kvinderne fra projektet træner stadigvæk, men resten vedligeholder deres fysiske forbedringer ved at være mere aktive i hverdagen.

Læs Nina Beyers danske abstract fra ph.d. afhandlingen på www.fysio.dk/artikelbilag

(TRÆNING) Et træningsstudie har vist, at det er muligt at få ældre kvinder til at øge deres aktivitetsniveau. For at forebygge fald i funktionsevnen bør der gribes ind på et tidligt tidspunkt. En del ældre har behov for rådgivning enten af egen læge og eller i forbindelse med de forebyggede hjemmebesøg

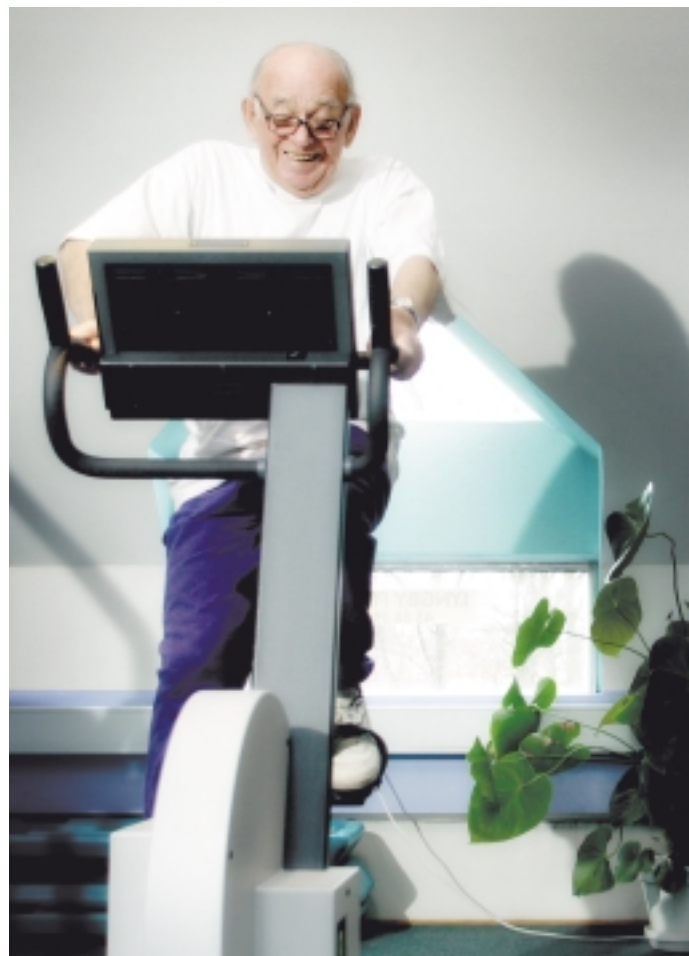
AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Fysioterapeut Nina Beyer forsvarede i januar sin ph.d. afhandling "Physical training reduces risk factors for disability and falls in elderly women". Nina Beyer fandt, som flere andre forskere har gjort i tilsvarende projekter, at træning kan forbedre styrke og funktion. Det usædvanlige i hendes projekt er, at kvinderne øgede deres aktivitetsniveau, så de kunne fastholde de fysiske forbedringer efter studiets afslutning.

EFFEKT PÅ FUNKTION

24 ældre kvinder fik tilbudt seks måneders regelmæssig styrketræning kombineret med udholdenheds- og balancetræning. Kvinderne blev stærkere, fik en bedre balance og kom til at gå hurtigere. Kvinderne i Nina Beyers projekt trænede to gange om ugen i et halvt år. Træningen bestod af styrketræning i maskiner, suppleret med holdtræning med balanceøvelser, kampege, opvarmningsøvelser mv.

Hun fik kontakt med kvinderne via skadestuen på Bispebjerg Hospital, hvor de henvendte sig efter et faldtraume. Hver uge gennemgik hun skadesanmeldelserne og udvalgte dem, der beskrev faldtraumer hos ældre hjemmeboende kvinder (70-90 år). Ud af disse kontaktede hun de kvinder, der ikke havde frakturer i UE og som derfor kunne sættes i



gang med at træne med det samme. De fleste af kvinderne, der kom med i projekt, var ikke i forvejen fysisk aktive.

Nina Beyer besøgte kvinderne og fortalte dem om projektet, og hvad det ville indebære for dem.

Projektet varede tre år, og 6 hold blev trænet. Selve ph.d. afhandlingen medtager dog kun data fra 24 kvinder i træningsgruppen og 29 fra kontrolgruppen.

STYRKE EN DEL AF GRUNDTRÆNINGEN

Det var vigtigt for kvinderne i Nina Beyers projekt, at træningen havde en direkte effekt på deres hverdag. De trænede ikke for sjov, og træningen gav kun mening for dem, hvis de kunne mærke, at de fik mere overskud.

"De kunne f.eks. ikke se noget formål med at stå og spille bold med en faldskærm, men træningen i maskinerne var de helt med på", siger Nina Beyer.

Maskintræning er velegnet til ældre, mener hun. De har ingen problemer med at holde balancen eller stabilisere kroppen, og kan derfor lægge meget mere kraft bag deres bevægelser.



Benpres er ifølge Nina Beyer den vigtigste styrketræningsmaskine. Hvis fysioterapeuter kun har råd til at købe én maskine, er det den, de skal vælge.

Nina Beyer nøjes ikke kun med at råde de ældre til at styrketræne. Hun træner selv flere gange om ugen i Lyngby fitnesscenter.

lade stå til. Dem, der indgik i projektet, var positive overfor at skulle træne, og efter træningen har de fleste af kvinderne ændret adfærd og er blevet mere aktive.

”Jeg fik fat i kvinderne lige efter, de havde været på skadestuen. Måske skal der en mindre ”katastrofe” til, for at man bliver motiveret for at ændre adfærd”, siger Nina Beyer. Alle kvinder fik tilbudt træning, også dem, der blev randomiseret til kontrolgruppen. ”Jeg synes ikke, det var etisk forsvarligt, ikke at tilbyde dem træning. De fik derfor tilbudt et træningsforløb, efter at projektet var afsluttet. Men flere af dem havde ikke længere lyst til at træne”, siger Nina Beyer.

”Det er måske lige på det tidspunkt, man er syg og kan mærke den umiddelbare konsekvens af svækkelsen, at det er muligt at få mennesker til at tage skeen i den anden hånd og gøre noget ved optræningen”, siger Nina Beyer.

HOLDTRÆNING

Nina Beyer valgte at træne kvinderne på hold. Med maksimalt syv deltagere og en instruktør på holdet var det muligt at tilrettelægge træningen, så der blev taget hensyn til den enkelte.

”Jeg mener holdtræning, er det mest realistiske tilbud til de ældre. Derfor satsede jeg på det i mit studie”, siger Nina Beyer.

Holdtræningen havde desuden den fordel, at kvinderne kunne støtte sig til hinanden.

”Kvinderne havde stor glæde af at kunne snakke og opmuntre hinanden. De var også gode til at holde hinanden i ørerne”, siger Nina Beyer.

Fleere af kvinderne ønskede efter at have trænet hos Nina Beyer at fortsætte træningen sammen et andet sted. I første omgang mødte kvinderne op på et almindeligt ældreidrætstilbud. ”Men det due de ikke. Træningen foregik i en kæmpe idrætshal, og der var måske 30-40 ældre på holdet. Kvinder-

Nina Beyer er fysioterapeut og har netop forsvaret sin ph.d. afhandling ”Physical training reduces risk factors for disability and falls in elderly women”. Hun er ansat som forskningsfysioterapeut på Idrætsmedicinsk Forskningsenhed på Bispebjerg hospital. Hun har bl.a. været med i projekter om træning af levertransplanterede patienter og ældre KOL patienter. Nina Beyer er ved at undersøge, om Senior Fitness testen kan anvendes til danske ældre, og er ved at udvikle standardmodifikationer af testen til de mere skrøbelige ældre. Nina Beyer er med i et EU forskningsnetværk PROFANE (Prevention of Falls Network), der beskæftiger sig med faldforebyggelse blandt ældre europæere.

blå bog

”I funktionelle øvelser på gulv vil præstationen være begrænset af ”det svageste led”, mens dette i mindre grad er tilfældet i maskinerne”.

Langsomt forbedrede kvinderne deres styrke og de kunne klare mere og mere. Nina Beyer mener, at styrketræningen i maskinerne kan betragtes som en slags grundtræning, der kan være en forudsætning for funktionstræningen.

Hun valgte at kombinere maskintræningen med funktionelle øvelser på gulv, hvor kvinderne træned balance, rejse/sætte sig, og gang.

Nina Beyer har med sit forskningsprojekt vist, at træning i et halvt år to gange om ugen har effekt. ”Men det kræver, at der bliver gået til den, og at der tages hensyn til den enkeltes problem”, siger hun.

DER SKAL EN ULYKKE TIL

Styrke og power (eksplosiv kraft) falder med stigende alder, og man ved, at inaktivitet er med til at øge det aldersbetingede fald.

De fleste ældre er godt klar over, at det er vigtigt at holde sig fysisk aktiv, men mange vælger at

Håndbog i Fysisk Aktivitet

(EVIDENS) ■ Med "Fysisk Aktivitet - en håndbog om forebyggelse og behandling" har den praktiserende læge nu lige så let adgang til at læse om evidens, dosering, ordination og kontraindikationer, hvis han vælger at skrive „motion“ på recepten, som hvis han havde valgt at udskrive et medicinsk præparat.

Håndbogen, der blev offentliggjort den 27. februar gennemgår på 292 sider i detaljer evidensen for, at fysisk aktivitet udover at forebygge en lang række sygdomme også er effektiv som behandling.

Det er Sundhedsstyrelsen, der står bag ugivelsen, og medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik sagde på et symposium på Rigshospitalet i forbindelse med offentliggørelsen, at han håbede, håndbogen vil komme til at fungere som dialogredskab i samarbejdet mellem læger, fysioterapeuter og idrætsforeninger, og lovede, at fysisk aktivitet fra nu af „vil indgå på lige fod med andre teknologier i vores prioriteringer i sundhedsvæsenet“.

I første omgang er udvalgt 27 diagnoser, men det er hensigten at lade flere komme til, efterhånden som evidensgrundlaget udvides, og Sundhedsstyrelsen planlægger en opdatering af den netbase-rede udgave af håndbogen hvert halve år.

Professor Bente Klarlund Pedersen, der sammen med professor Bengt Saltin, har forfattet håndbogen, redegjorde på symposiet for udvælgelsen af diagnoserne: Der er dels skelet til diagnosernes hypighed, dels til om der er et særligt behov for fysisk træning. Bente Klarlund understregede, at der er tale om fysisk aktivitet som behandling, men at der er grænsetilfælde mellem fysisk aktivitet som forebyggelse og som egentlig behandling, og at der derfor i håndbogen er medtaget diagnoser, hvor der er tradition for at tilbyde medicinsk behandling forebyggende.

„Der har været kritik af, at vi nu skal ordinere motion til ellers raske. Men hundredetusinder af danskere modtager medicin uden at være syge, og det er vores opgave at tilbyde den bedste behandling med færrest mulige bivirkninger“, sagde Bente Klarlund blandt andet.

Hun tilføjede, at mens man har klar evidens for fysisk aktivitet som lægemiddel, er der ikke forsket ret meget på mængde og type. „Her er vi virkelig ude på gyngende grund“, sagde hun som forklaring på, hvorfor den del fylder forholdsvis lidt i håndbogen. Håndbogen, der er på 292 sider, kan bestilles hos Schultz Information på tlf. 7026 2636 og koster 450 kroner.

På www.fysio.dk er et link til sundhedsstyrelsens hjemmeside, hvor der kan downloades en gratis udgave i pdf-format.

Bente Klarlund interviewes til næste nummer af Fysioterapeuten.

► ne, der havde trænet i deres almindelige tøj, mødte ældre iført træningsdragter og kondisko. De havde været vant til at træne i en mindre gruppe i et lille lokale og med en tæt kontakt til underviseren“, siger Nina Beyer ”og den store idrætshal skræmte dem“.

„Jeg fik kontakt til Pensionistidræt, som stillede med en ældre og meget erfaren og dygtig underviser. Hun trænede gruppen en gang om ugen i et lokalt medborgerhus. Hun formåede at give gruppen den tryghed, der skulle til og flere nåede et skridt videre“.

TURBO PÅ DE DAGLIGE AKTIVITETER

For at ændre adfærd og blive mere fysisk aktiv, er det nødvendigt at komme til et punkt, hvor man er blevet afhængig af sin træning, mener Nina Beyer.

„Efter den første 1½ måneders træning kunne der registreres en effekt, men først efter nogle måneders træning, fik kvinderne en oplevelse af, at træningen gjorde en forskel. Hvis de blev syge og måtte aflyse træningen, mærkede de hurtigt, at de blev svage igen“.

Kvinderne, der ikke tidligere i deres liv havde været fysisk aktive, mærkede ikke kun en fremgang i træningssalen, men også i hverdagen. Men det kræver tid at nå til den erkendelse, og Nina Beyer tror, at der skal mindst tre måneders træning til, før man kan gøre sig håb om en adfærdsændring.

Hun er ikke i tvivl om, at det sammenhold, kvinderne fik, er en af forklaringerne på, at en del af dem fortsatte med at træne. „Kvinderne er ikke blevet veninder, men de mødes f.eks. ved busstoppestedet og følges til træningen, og måske tager de en kop kaffe bagefter. De holder øje med hinanden, og ringer til hinanden, når de ikke kan komme til træningen“, siger Nina Beyer.

Men det er ikke kun de kvinder, der er fortsat med at træne en gang om ugen, der har kunnet vedligeholde deres fysiske forbedringer.

„Det specielle ved dette studie er, at kvinderne holder niveauet et halv år efter projektets afslutning. Kvinderne har sat turbo på deres daglige aktiviteter. De går hurtigere, tager mere fat, og de har fået overskud til aktiviteter, der er med til at vedligeholde funktionen“, siger Nina Beyer.

Hun tror, at informationen omkring effekten af fysisk aktivitet også har haft en betydning for fastholdelsen. Nina Beyer har gjort meget ud af at fortælle kvinderne, hvor vigtigt det var for dem at vedligeholde deres fysiske form. „Det er jeres chan-

ce for at klare jer uden andres hjælp”, var Nina Beyers budskab til kvinderne.

MÆND GIDER IKKE LAVE GYMNASTIK

Men hvor bliver de ældre mænd af i træningsstudierne, der ofte beskriver effekt af træning på ældre kvinder? Nina Beyer havde i starten regnet med at tage mændene med i sit træningsstudie. For selv om der er færre ældre mænd end kvinder, er der mænd og nogle af dem falder også. Træning er derfor også relevant for dem.

”De mænd, jeg kontaktede i forbindelse med projektet, ville ikke træne med ”gamle damer”, og de var for få til et lave et hold med mænd alene, siger Nina Beyer.

”Mange mænd gider ikke lave gymnastik til musik. De skal måske have et andet træningstilbud end kvinderne, hvor der i endnu højere grad lægges vægt på maskintræning og mindre på den mere ”gymnastikkede” del af træningen”, siger Nina Beyer, som for eksempel med succes har brugt kampøvelser som opvarmning til ældre mænd.

TRÆNING ER IKKE SOM EN PILLE

Når man er aktiv, risikerer man også at udsætte sig selv for situationer, der kan udløse et fald.

”Det er svært at falde, når man hele tiden sidder på en stol”, siger Nina Beyer. Men aktive mennesker har færre fald pr. aktivitetstime end dem, der ikke er aktive, og de kan i højere grad klare sig selv.

Hvis man skal forebygge fald i funktionsevnen, skal man have fat i de ældre på et tidligt tidspunkt. Her er det vigtigt at få læger og f.eks. skadestuen til at være opmærksomme på problemstillingen.

Man kunne anvende funktionstest i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg til at finde de ældre, der er i risikogruppen, foreslår Nina Beyer. Hun er involveret i afprøvning af Senior Fitness testen på forskellige træningscentre og i ældreidrætten. Testen er udviklet i USA og, Nina Beyer har oversat den til dansk. Hun håber, at denne test bl.a. kan benyttes til de forebyggende hjemmebesøg.

Træning til den ikke-idrætsvante og svage del af de hjemmeboende ældre er ikke som en pille, der bare kan udleveres til alle. ”Der skal individualiseres, og holdstørrelsen og en dygtig instruktør er afgørende for effekten af træningen.

Nina Beyer mener, der er behov for meget forskellige træningstilbud, hvis vi skal have de ældre, der ikke tidligere har været aktive, i gang. ”Det kan

være et nærgymnastiktilbud i boligforeningen, et tilbud i genoptræningscentret eller et tilbud som motion på recept på en af de lokale fysioterapiklinikker.

Idrætsforeningerne har måske sværere ved at tage sig af de svage, men det kan også være en mulighed, mener Nina Beyer.

Mange praktiserende læger ved ikke, hvor de skal sende de ældre hen for at træne, og man har ikke altid været opmærksom nok på de ældres funktionsevne i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. En af barriererne for at få de ældre i gang med at træne er kroniske sygdomme. De er bange for at blive forpustede, at skade leddene eller brække knoglerne. De ældre har brug for grønt lys fra lægen og et trygt sted at gå hen og træne. ■

Senior Fitness Testen indgår i Dansk Arbejder Idræts projekt om træning af svage ældre (stolemotion og motionsvenner). Testen vil blive omtalt i Fysioterapeuten, når den er valideret.

fakta





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 foldevægsvoغن



Silentia salgskontor • Postboks 63, 6330 Padborg • Tel: 736 720 11 • Fax: 736 720 12
E-mail: info@silentia.se • Internet: www.silentia.se

Lemvig sygehus og de omkringliggende kommuner har siden 1996 samarbejdet om en tværfaglig og tværsektoriel rehabilitering af apopleksiramte. Overfysioterapeut Teresa Bjørholm har holdt oplæg om Lemvigs behandlingsmodel for adskillige kommuner og sygehuse.



Apopleksipatienter svigtes

fakta I Danmark er der ca. 11.000 nye apopleksitilfælde om året. Midtergruppen (dvs. hverken de letteste eller de sværeste tilfælde), der udgør mellem 45 og 50 pct. af apopleksipatienterne, vil alle have glæde af hjemmetræning. Hjemmetræning kan være til gavn for både yngre og ældre patienter.

(EVIDENS) Hjemmetræning af apopleksipatienter forebygger blandt andet dødsfald og plejehjemsanbringelser. Og samfundsøkonomisk ser behandlingen ud til at være neutral. Alligevel får kun de færreste patienter tilbudt hjemmetræning. Kassetækning og ringe gennemslagskraft hos terapeutgruppen er nogle af forklaringerne

TEKST JOURNALIST METTE BREINHOLDT
FOTO BIRGITTE RØDKJÆR

Omkring 1.000 apopleksipatienter årligt kunne undgå død eller plejehjem, hvis hjemmetræning blev den almindelige opfølgning på sygehusindsatsen. Dertil kommer, at langt flere af de 11.000 årlige apopleksipatienter ville blive selvhjulpne og dermed få en langt bedre livskvalitet.

Blandt ergo- og fysioterapeuter er det kendt viden, at hjemmetræning af apopleksipatienter gi-

ver gode resultater. De slående tal stammer fra et litteraturstudie som forskeren Torben Larsen fra Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning, (CAST) ved Syddansk Universitet har foretaget i forbindelse med en kommende Medicinsk-Teknologi-Vurdering (MTV).

“Evidensen for at hjemmetræning virker, er endnu stærkere, end vi troede”, siger han.

ERFARNE TERAPEUTER

For at hjemmetræningen skal have den effekt, som studiet fra CAST viser, kræver det blandt andet, at behandlingen foregår i et tæt samarbejde mellem sygehus og hjemkommune. De terapeuter, som patienten kender fra sygehuset, og som kender patienten, skal tage med hjem.

Torben Larsen regner med at ti hjemmetræningssessioner i alt - både før og efter udskrivelsen - vil være nok til de gode resultater. Herefter vil det være tilstrækkeligt med vedligeholdelsestræning.

”Det gælder blandt andet om at undgå kløften mellem sygehuset og hjemmet. Det er vigtigt for patienten, at der er kontinuitet i træningen”, siger Torben Larsen.

Desuden er det vigtigt, at terapeuterne har erfaring eller uddannelse i at arbejde med apopleksipatienter.

I Lemvig har sygehuset arbejdet med hjemmetræning i samarbejde med Lemvig og Thyborøn-Harboøre kommuner siden 1996. Sygehuset deler for eksempel til terapeuter med de to kommuner og lever i det hele taget op til CAST-undersøgelsens definition af hjemmetræning. Ledende sygeplejerske i Thyborøn-Harboøre Kommune, Birgitte Bennesgaard, kan da også nikke genkendende til undersøgelsens resultater.

”Eksempelvis har vi konstateret, at der ikke har været genindlæggelser på denne gruppe, hvilket ellers ofte har været tilfældet”, siger hun.

STOR INTERESSE

Igennem årene har repræsentanter fra Lemvig-projektet besøgt en mængde kommuner og sygehuse, samt præsenteret deres projekt på møder og konferencer. Men trods den store interesse, og intensive oplysningsarbejde, er behandlingsmodellen ikke slået igennem.

De årsager, som bliver nævnt igen og igen, er først og fremmest kassetækning, men også svær koordination mellem sygehuse og kommuner, behov for en ændret organisation og manglende, politisk gennemslagskraft for terapeutgruppen.

Eksempelvis fortæller Torben Larsen fra CAST, at den lægelige opbakning mangler. Og hvis man sammenligner effekten af hjemmetræning med en ny pille, er der ikke de samme penge bag markedsføringen, som hvis det var ny medicin.

For omkring to år siden var Lemvig-projektet blandt andet i Frederikshavn, for at inspirere hjemmeplejen i Frederikshavn Kommune og træningsafsnittet ved Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn. På det tidspunkt var gråzonetræning af apopleksipatienter en del af en sundhedsaftale mellem amt og kommune, og holdningen hos terapeuterne i begge organisationer var allerede den gang, at det meste af genoptræningen af apopleksipatienter efter udskrivelsen bør ligge i de vante omgivelser. Alligevel fortæller ledende terapeut i Frederikshavn Kommune, Susanne Thaarup,

at hjemmetræningen blev modificeret for et halvt år siden, som følge af regeringens lovgivning på området.

”Med genoptræningsplanerne blev det præciseret, at det er amtet, der er ansvarlig for genoptræningen af patienterne”, siger hun som en forklaring på ændringen.

Men frem for at sende terapeuter ud fra sygehuset, eller som tidligere betale kommunen for at varetage opgaven, valgte amtet i stedet at give patienterne mere træning på sygehuset.

”Vi kender da godt til evidensen for, at hjemmetræning virker bedre. Men skal vi løse opgaven, skal vi også have ressourcerne til det”, siger hun.

For kommunernes vedkommende erkender hun, at der er en nettogevinst ved hjemmetræningen. Men for sygehuset er det langt dyrere at skulle sende terapeuterne ud i hjemmene, uden at de mærker den økonomiske gevinst.

KASSETÆNKNING

På Holbæk Sygehus, som også har vist interesse for Lemvig-projektet, er erfaringen, at hjemmetræning er svær at gennemføre. I 2002 har sygehuset udført hjemmetræning for mellem fem og seks patienter, men indsatsen begrænser sig til de patienter, terapeuterne kan nå i cykelafstand fra sygehuset.

”Barriererne for at indføre hjemmetræningen er ressourcer, økonomi og koordination mellem sygehus og kommuner på ledelsesplan”, siger afdelingsfysioterapeut på Holbæk Sygehus, Marianne Bengt Jespersen.

Torben Larsen fra CAST er helt på det rene med, at fordelingen af den økonomiske byrde er en vægtig forklaring på, hvorfor hjemmetræning af apopleksipatienter ikke allerede er godt på vej til at blive standardbehandling. Nettobesparelserne ved hjemmetræning høster den kommunale hjemmepleje i form af færre plejhjemsanbringelser og mindre tunge patienter. Men genoptræningen af apopleksipatienter er en amtsopgave. Og de færre genindlæggelser og måske kortere liggetid kompenserer ikke for den ekstra indsats, som hjemmetræningen fordrer.

Så selvom han regner med, at hjemmetræning samfundsøkonomisk er neutral, så er det altså dyrere for dem, der skal betale - amterne. ■

For at hjemmetræning skal give de signifikante resultater, som CAST har fundet frem til, kræver det kontinuitet i behandlingen. Det vil blandt andet sige, at:

- terapeuterne fra sygehuset skal tage med hjem og træne i hjemmet og de vante omgivelser
- hjemmetræningen starter ved træning i hjemmet allerede før udskrivelsen
- der er en god overlevering mellem sygehus og hjemkommune.
- Desuden er det vigtigt, at i hvert fald nogle af terapeuterne har uddannelse i eller erfaring med apopleksipatienter.

Ingen undskyldning for ringe genoptræningsindsats



Ifølge Kommunernes Landsforening vil kommunerne gerne løse opgaven med hjemmetræning af patienter, der udskrives fra sygehusene. Men kun hvis der følger penge med (arkivfoto).

(INTERVIEW) Kommunernes Landsforening giver entydigt amterne ansvaret for genoptræning efter apopleksi. Amtsrådsforeningen definerer opgaven som en gråzone. Men begge foreninger er nu parate til at overveje, om hjemmetræning bør ske i kommunalt regi

AF JOURNALIST METTE BREINHOLDT
FOTO SONJA ISKOV

Evidensen for effekten af hjemmetræning er meget stærk, men kassetænkning afskærer langt de fleste patienter fra tilbuddet.

"Uanstændigt", udtaler Johnny Kuhr.

Det nærmer sig uanstændighed, når apopleksipatienter ikke får genoptræning i hjemmet, trods klare beviser på, at det er den bedste behandling.

Det mener formanden for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr, og han kan ikke få øje på nogen undskyldninger for, at patienterne ikke bliver behandlet optimalt.

Samtidig er han dog ikke overrasket over den manglende indsats.

"Det er jo den traditionelle historie. Hvis man for et lægemiddel havde samme massive dokumentation for en positiv virkning, ville det have været indført over alt", siger han.

I stedet noterer fysioterapeuter landet over igen og igen, hvordan eksempelvis lov om genoptræningsplaner bliver brudt og patienterne udskrevet uden ordentlig opfølgning.

Og hvis lov om genoptræningsplaner bliver fulgt, har Danske Fysioterapeuter flere eksempler på, at amterne vælger at varetage opgaven på sygehusene, selvom det er kendt viden, ligesom ved apopleksi, at de bedste resultater sker ved træning i hjemmet.

ANSVARSFORDELING

I Kommunernes Landsforening (KL) er konsulent Beate Jarl, ikke sen til at ville svinge piskeren over amterne. Og selvom hun erkender, at behandlingen efter udskrivning fra sygehus befinder sig i en gråzone, hvor det kan være svært at se, hvad der er genoptræning, og hvad der er vedligehold - og dermed kommunernes opgave - så pointerer hun, at hvis amterne fik udformet genoptræningsplanerne, ville snitfladen blive klar i hver enkelt patients tilfælde. Og så længe der er tale om genoptræning, er der ikke tvivl om, at amterne må påtage sig det fulde ansvar. Et ansvar de eksempelvis kan leve op til, ved at købe sig til en løsning ude i kommunerne.

For Beate Jarl ville det være oplagt, hvis genoptræningsopgaven efter udskrivelse fra hospitalet blev løst af kommunerne - bare der fulgte penge med.

"Socialministeriet ser i øjeblikket på, om man kan ændre ansvarsfordelingen, så kommunerne får et større ansvar for genoptræningen. Og det er meget interessant set med KL's øjne", siger hun. ►

Hjælp dine dagdrømme på vej



...med en PKA⁺ pension

klip

Fysioterapeuten

Det er nu, du skal beslutte, hvad du vil have råd til, når du bliver ældre... Få tilsendt et uforpligtende tilbud på en PKA⁺KAPITALPENSION eller en PKA⁺RATEPENSION. Ring til PKA på 39 45 42 81, klik ind på www.pka.dk, eller send kuponen straks. Vi glæder os til at hjælpe dine dagdrømme på vej...

Navn: CPR-nr.:

Adresse:

Postnr./by: Telefon:

Hvis tilbud til ægtefælle/samlever ønskes:

Personens navn:

CPR-nr.:

(sæt kryds) PKA⁺KAPITALPENSION

PKA⁺RATEPENSION

Jeg ønsker at indbetale:

kroner om måneden

PKA⁺
...mere pension

- Formanden for Amtsrådsforeningens sundhedsudvalg, amtsborgmester Bent Hansen (S), mener det er oplagt, at genoptræningsindsatsen skal hjælpe patienterne optimalt.

Han ved også godt, at det ikke er tilfældet i øjeblikket, og skyder blandt andet skylden på det opgavepres, sygehusene er udsat for, med nærmest ensidigt fokus på ventelisterne. Desuden mener han ikke, ansvarsfordelingen er så tydelig.

"Et sammenhængende patientforløb er altid en fælles opgave for amt og kommune. Og der er altid tvivl om, hvor snitfladen går, siger han.

REJSER DEBAT

Men derfor er Bent Hansen alligevel villig til at diskutere, om genoptræning i hjemmet mere endtydigt bør lægges over til kommunerne. Ikke mindst af hensyn til en mere effektiv udnyttelse af sygehusterapeuternes arbejdskraft. Umiddelbart kan han ikke se den store ide i, at terapeuterne bruger deres tid på landevejen for at behandle patienterne i deres hjem.

"Vi må sørge for at få det bedste ud af de personaleressourcer, vi har råd til at betale. Så jeg er ikke i tvivl om, at genoptræning i hjemmet bliver en kommunal opgave. Sygehusenes opgave er at tage sig af de højteknologiske løsninger, og så må vi jo finde ud af at løse finansieringen", siger han.

Meget tyder på, at amtsrådsforeningen og KL i løbet af året får rig mulighed for at diskutere ansvarsfordelingen yderligere. Dels i Socialministeriets regi, og dels i forbindelse med at Danske Fysioterapeuter sammen med Ugebrevet Mandag Morgen og en række andre foreninger, blandt andet Ergoterapeutforeningen og Gigtforeningen, til efteråret vil rejse en samfundsmæssig debat om genoptræning set i et sundhedspolitisk perspektiv.

"Jeg tror, det her meget er et spørgsmål om holdninger. Vi mangler fokus på den genoptræning, der følger den primære behandling. Vores sundhedsvæsen er i al for høj grad udelukkende baseret på den lægefaglige indsats. Man overser den del, der skal sikre og fastholde den lægefaglige behandlings succes", siger Johnny Kuhr. ■

Mini Crosser®
STÆRK STABIL SIKKER

STÅ-LET-LÆNESTOL

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



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 "JAZZY"

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



MINI CROSSER A/S

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

ISO 9001 kvalitetsgodkendt!

Når fysikken siger stop

(INTERVIEW) Følgerne efter en arbejdsulykke blev til sidst for meget for Kirsten Baden-Kristensen. Hun blev sagt op på grund af sygdom, men er nu i arbejde igen i et fleksjob

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
ILLUSTRATION GITTE SKOV

Da Kirsten Baden-Kristensen i 1997 søgte jobbet som udfører af forebyggende hjemmebesøg var hun overbevist om, at det her var lige noget for hende. En rygskafe havde i flere år kompliceret hendes job på sygehuset, og hun trængte til et job, der var mindre fysisk belastende.

"Jeg mente, det måtte være det perfekte job. Jeg havde jo et bredt erfaringsgrundlag og kunne lide at tale med folk", fortæller hun.

Det perfekte job var det dog langt fra. Kirsten Baden-Kristensen havde aldrig tidligere skulle sidde så meget, og selvom hun benyttede enhver lejlighed til at komme op at stå og gå, viste jobbet sig være meget belastende for ryggen.

"Jeg var heller ikke vant til at bruge computeren og havde svært ved at lære det. Og på grund af ryggen kunne jeg ikke sætte mig og øve mig i det, når jeg kom hjem. Jeg udviklede mine computerfærdigheder alt for langsomt, og det var utroligt stressende", fortæller Kirsten Baden-Kristensen.

Følelsen af utilstrækkelighed voksede sammen med smerterne, og lige før julen 2000 brød Kirsten Baden Kristensen sammen. I april 2001 forsøgte hun at komme på arbejde igen, men holdt kun fire dage og blev i juni med virkning fra oktober 2001 afskediget på grund af sygdom.

KLAREDE SMERTERNE MED IS

Kirsten Baden-Kristensens problemer begynder i 1992, da hun gangtræner med en ældre mand. Da han pludselig falder sammen, hanker hun instinktivt op i ham og rækker ud efter en stol.

Hun kan godt mærke, der er sket noget, men klarer smerterne med is og er på arbejde igen næste dag.

"Jeg blev ved med at passe mit arbejde, som om intet var hændt. selvom jeg havde smerter.

Den dag i dag kan jeg undre mig dybt over, at jeg blev ved med at presse mig selv".

Efter et par måneder går det galt igen. Afdelingen har fået en ny træningsbænk, som Kirsten Baden-Kristensen lige vil prøve. Det resulterer i en total låsning af ryggen, indlæggelse i fire uger og kroniske ledbåndsskader.

OP- OG NEDTURE

"Jeg troede længe, at jeg kunne arbejde mig ud af det. Når det gik godt, troede jeg, at nu var det overstået, og så prøvede jeg lidt mere end ellers, men så gik det ikke alligevel", fortæller Kirsten Baden-Kristensen om de fysiske op- og nedture. De kom i de følgende år til at præge både arbejdsliv og familieliv, idet meget af fritiden blev brugt til at gøre klar til næste arbejdsdag.

I 1997 skiftede hun arbejdsplads fra sygehuset til de forebyggende hjemmebesøg – et ønskejob, hun som beskrevet måtte vinke farvel til fire år senere.

I forløbet har Kirsten Baden-Kristensen været til adskillige speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktor og heilpraktiker, og efter at være blevet fyret fik hun også brug for at få fat i en psykolog for at få hjælp til både at acceptere selve afskedigelsen og den kendsgerning, at hun fejlede noget og ikke ville kunne komme til at arbejde normalt igen.

"På en måde var det jo en lettelse, at beslutningen blev truffet for mig, men det var alligevel meget svært at acceptere, og jeg var dybt ulykkelig og ked af det.

Når du ikke kan passe dét job, hvad kan du så? spurgte jeg mig selv. Jeg syntes ►

Et fleksjob er en stilling på særlige vilkår, hvor man for eksempel får løn for fuld tid, men arbejder færre timer, eventuelt med skånehensyn. Arbejdsgiveren får løntilskud fra kommunen.

indgang





Velkommen til Etac's Børneafdeling

1. januar 2003 overtog Etac forhandlingen i Danmark af alle de kendte produkter fra R82 A/S - og vi er kommet godt fra land.

Sammen spejder Etac's Voksenafdeling og Etac's Børneafdeling mod nye horisonter - for at skabe muligheder.

Etac A/S
Parallelvej 1, 8751 Gedved
Telefon 79 68 58 33 Telefax 75 66 58 40 Hjemmeside www.etac.dk

etac[®]
Skaber muligheder

► heller ikke, det var en mulighed at søge tilbage til et fysisk krævende job på et hospital. Jeg vidste slet ikke, hvordan jeg skulle komme i gang igen, og min mand og jeg kiggede derfor alvorligt på, om vi kunne klare os med kun én indtægt".

Langsomt begyndte Kirsten Baden-Kristensen dog at komme til kræfter igen, og da muligheden for fleksjob første gang blev nævnt, blev den derfor ikke afvist.

DER ER FALDET RO OVER MIG

Efter et halvt års arbejdsprøvning på Hillerød sygehus, gav kommunen grønt lys til et fleksjob. Kirsten Baden-Kristensen ville gerne være blevet i Hillerød, der også gerne ville have beholdt hende, men ikke havde økonomien til det.

FAKTA OM FLEKSJOB

- Fleksjob er stillinger på særlige vilkår. Der kan både oprettes fleksjob hos private og offentlige arbejdsgivere, ligesom der kan ydes tilskud til selvstændige erhvervsdrivende, så de kan beholde deres virksomhed.
- Personer med varigt begrænset arbejdsevne, som ikke kan arbejde på normale vilkår på arbejdsmarkedet kan bevilges fleksjob.
- Mulighederne for revalidering skal være afprøvede, og personen må ikke modtage førtidspension.
- Det er bopælskommunen der er ansvarlig for oprettelsen af fleksjob.
- Kommunen har pligt til at tilbyde fleksjob på fuld tid. Det er dog også muligt at få deltidsansættelse.
- Lønnen fastsættes som udgangspunkt efter den gældende overenskomst.
- Arbejdsgiveren udbetaler lønnen til den ansatte, og lønnen i et fleksjob er almindelig skattepligtig A-indkomst.
- Kommunen betaler et løntilskud til arbejdsgiveren. Tilskuddet er 1/2 eller 2/3 af løn og pensionsbidrag, afhængig af graden af den nedsatte arbejdsevne.
- Man kan i fleksjob aftale at arbejdsindsatsen tilrettelægges, så man arbejder fuldt effektivt på nedsat tid, men modtager løn for fuld tid.
- I forbindelse med ansættelsesaftalen er det en god ide at redegøre for skånehensyn.

Læs mere i pjecen "Fleksjob" fra Det Centrale Handicapråd, www.dch.dk, telefon 3311 1044.

Efter et par forgæves opbringninger til andre sygehuse, lykkedes det i Gentofte, hvor fysioterapien på amtssygehuset havde et ønske om at starte et lungehold for KOL-patienter, men ikke havde de mandskabsmæssige ressourcer.

Aftalen blev, at Kirsten Baden-Kristensen arbejder ca. 20 timer, men får løn for fuld tid, hvor kommunen betaler 2/3. Hun indgår i normeringen, men med skånehensyn og tager for eksempel ikke patienter, der skal støttes ved mobilisering og tager ikke vagter, hvor hun vil kunne risikere at komme til at stå alene. De 20 timer er fordelt på alle hverdage.

”Jeg er utrolig glad for arbejdet. Det er spændende, fordi vi får lov at tilbyde patienterne noget godt. Jeg er glad for at komme, men jeg er også glad, når jeg kan gå hjem. Jeg når ikke at blive så anspændt, og det er det, der gør hele forskellen. Der er faldet ro over mig, fordi jeg arbejder med noget, jeg kan magte, og symptomerne er på et niveau, hvor jeg kan håndtere dem”, siger Kirsten Baden Kristensen, der dog er afhængig af fysioterapeutisk behandling og arbejder med styrketræning, udspænding osv. for at kunne fungere i hverdagen.

Kirsten Baden-Kristensen har en aftale med arbejdspladsen om, at hun selv skal sige fra – og det øver hun sig i.

”Mine kolleger er gode til at tage hensyn – ofte bedre end jeg selv er. Det er mest oppe på afdelingen, at jeg må sige fra ind imellem, fordi sygeplejerskerne ikke altid er opmærksomme på, at jeg er der på særlige vilkår. Så handler det jo om, at jeg får forklaret på en ordentlig måde og får sagt, at jeg ville gerne, men kan ikke”.

For Kirsten Baden-Kristensen har det, at hun er fysioterapeut, ikke gjort det lettere at få et fornuftigt forhold til sygdommen – tværtimod.

”Jeg har brugt meget tid på at skamme mig over, at jeg som fysioterapeut ikke har været bedre til at passe på fysikken. Men i dag fylder det positive mere. Jeg er taknemmelig for al den hjælp, jeg har fået og utrolig glad for, at jeg kan være i arbejde”.

I forløbet har Kirsten Baden-Kristensen haft glæde af at kunne trække på DF's socialrådgiver, Anette Kappel, der er ansat fem timer om ugen til at bistå medlemmerne i arbejdsskadesager. DF hjalp også, da det kneb med at finde en arbejdsplads, hvor arbejdsprøvingen kunne foregå.

Bliv medlem af redaktionspanelet

(FAGBLAD) ■ Der søges fire nye medlemmer til Fysioterapeutens redaktionspanel. Panelet består af 17 medlemmer, der dækker alle fagets facetter. Nuværende medlemmer af panelet har mulighed for at genbesætte pladserne for yderligere en toårig periode.

Arbejdet består dels i at holde redaktionen ajour med udviklingen inden for de respektive fagområder dels at bedømme faglige artikler, indsendt til eller igangsat af redaktionen.

Derudover indgår panelet aktivt i at opsøge og opfordre fysioterapeuter til at skrive til fagbladet. Panelet kan endvidere indgå i udviklingen af større temaer.

Panelet kan indgå i arbejdet med Nyt om Forskning og fungere som sektionsbedømmere, ideudviklere og sparring for såvel videnskabelig redaktør som faglig redaktør. Redaktionspanelet kan desuden bidrage med materiale, ideer og emner, der kan være relevante i forhold til hjemmesiden.

Der vil blive afholdt 1-2 møder om året, og der ydes tabt arbejdsfortjeneste og transportgodtgørelse i forbindelse med møderne.

Følgende pladser skal besættes:

Ortopædkirurgi. Fysioterapeut, der har speciel indsigt i ortopædkirurgiske patienter og har fordybet sig både praktisk og teoretisk i emnet.

Lungefysioterapi. Fysioterapeut, der har indsigt i lungefysioterapi bredt, herunder de specielle problemstillinger, patienter kan få postoperativt.

Manuelle behandlinger. En fysioterapeut med teoretisk og praktisk viden inden for specifikke manuelle teknikker.

Neurologi. Fysioterapeut, der har specialiseret sig specielt i neurologiske patienter og har fordybet sig både teoretisk og praktisk i emnet.

Yderligere information:

Faglig redaktør Vibeke Pilmark tlf. 33 12 82 11 lok. 346.

Ansøgningsfrist: mandag d. 14. april 2003.

Debatten har kørt et stykke tid på www.fysio.dk: Skal fysioterapeuter hoppe med på vognen og indgå i Falck Healthcares tværfaglige behandlingskoncept? Eller skal man sige nej med henvisning til lønnen på 225 kroner i timen?

Tværfagligt koncept med vokseværk

På kort tid har Falck Healthcare etableret tværfaglige behandlingscentre 70 steder i landet. Alle steder med fysioterapeuter tilknyttet, men endnu uden overenskomst

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO NILS ROSENVOLD

Falck Healthcare er lige så stille blevet arbejdsgiver for en hel del fysioterapeuter. Siden virksomheden i august 2001 købte det, der dengang hed Willis Healthcare, er en lang række virksomheder blevet omfattet af "det tværfaglige behandlingskoncept", hvor Falck Healthcare opretter en klinik direkte på arbejdspladser med mere end 150 ansatte, på skift bemandet med fysioterapeut, kiropraktor, massør og zoneterapeut. Der er pt. 40 virksomheder tilknyttet ordningen med egen klinik.

Den 1. januar i år udvidede man konceptet og åbnede på 30 apoteker rundt om i landet centre til virksomheder med mindre end 150 ansatte, men med samme koncept.

Det er medarbejderne selv, der beslutter, om de har behov for behandling, og hvilken behandler de vil opsøge, men der er lagt op til, at behandlerne internt henviser til hinanden, hvor det er relevant.

Der arbejdes med en elektronisk, tværfaglig journal, så det er ifølge administrerende direktør i Falck Healthcare, Jan Steenhard, svært ikke at arbejde tværfagligt, selvom der kun er plads til én behandler ad gangen i centrene.

SAMARBEJDER MED SELVSTÆNDIGE

Sammenlagt beskæftiger Falck Healthcare således fysioterapeuter 70 steder i landet, udelukkende baseret på samarbejdsaftaler med behandlere, som er registreret som selvstændige erhvervsdrivende. I nogle tilfælde er det den samme fysioterapeut, der behandler på flere centre i samme område.

"Vi går ud og tegner en kontrakt med fysioterapeuten på et bestemt antal timer. Det vil sige, at

Ulla Mølgaard Holst har arbejdet for Falck Healthcare i tre måneder og trives godt med jobbet.



indgang

de får den samme indtægt, selvom der ikke kommer kunder. Det opfatter vi som et godt supplement til indtægten som selvstændig", siger Jan Steenhard.

Incitamentet for virksomhederne er ifølge Jan Steenhard, at medarbejderne kan blive behandlet hurtigt.

"Det betyder også, at patienterne er mindre syge end i det offentlige. Det er vigtigt for os at komme til skaden, inden den udvikler sig. Det betyder, at vi er tættere på et serviceeftersyn end på, at motoren er brændt helt sammen.

Fysioterapeuterne tilknyttet Falck Healthcare behandler uden lægehenvielse.

"Hvis det er et problem, er det nyt for mig", siger Jan Steenhard. Han tilføjer, at idet behandlingerne ikke belaster det offentlige budget, mener han ikke, at lægehenvielsen som instrument til at begrænse udgifterne er nødvendig.

"Og den praktiserende læge opfatter vi i øvrigt ikke som længere væk end en telefon", tilføjer han.

ET GODE DER RAMMER BREDT

Falck Healthcares første kunde var Lego, hvis medarbejdere er dels funktionærer og dels industriarbejdere. Ifølge Jan Steenhard har begge grupper brugt behandlingscenteret lige meget.

Siden er kommet kunder som Alfa Laval, TetraPak og 3x34, der alle er arbejdspladser med hårdt fysisk belastende arbejde, men også virksomheder som konsulentfirmaerne KPMG og Carl Bro. Enkelte kommuners hjemmepleje er også kunder hos Falck Healthcare, ligesom hele Ejby Kommune.

"Vi ønsker ikke at udvikle os hen imod en spe-

DF hverken anbefaler eller fraråder medlemmerne at indgå aftale med Falck. Når sekretariatet får henvendelser vedrørende størrelsen på et honorar gives konkret råd og vejledning, og det er herefter op til medlemmet selv at forhandle sine muligheder, når der er tale om et arbejdsfelt hvor DF ikke har indgået aftale. Men en egentlig aftale mellem Danske Fysioterapeuter og Falck Healthcare er måske ikke langt væk. Der har været et indledende møde, og deadline for forhandlingerne er sat til 1. april.

ciel type kunder, men ser os som leverandør af sundhedsydelse til folk på arbejdspladser", siger Jan Steenhard. Han fortæller, at 40 procent af medarbejderne på de tilsluttede virksomheder benytter sig af centrene. "Og det er mange flere end dem, der har avisabonnement og firmabil, så det er et personalegode, der rammer bredt", tilføjer han.

De 40 procent har man dog ikke forventninger om at nå på de virksomheder, der ikke har centret på deres egen adresse, men er tilknyttet et center på et af de 30 apoteker.

Jan Steenhard vil ikke afvise, at der på et tidspunkt kan blive behov for at fastansætte fysioterapeuter i Falck Healthcare.

"Vi vokser meget hurtigt. Pt. er 20.000 medarbejdere omfattet af tilbudet om behandling hos os, og inden årets udgang forventer vi at være oppe på 50.000. Men indtil videre har vi behov for variabel kapacitet".

NÆRMER SIG FULDTIDSSTILLING

Der er stor forskel på, hvor mange timer de enkelte behandlere er tilknyttede centrene. Fysioterapeut Ulla Mølgaard Holst, der kommer på flere virksomheder i Vejle, Kolding og Fredericia, fakturerer 31 timer om ugen til Falck Healthcare. Med kørsel nærmer det sig en fuldtidsstilling, og Ulla Holst er derfor godt tilfreds med antallet af timer, selvom hun gerne ville have dem samlet på færre virksomheder. På den virksomhed, hun er mest, bruger hun 13 timer om ugen, mens det andre steder kun er for eksempel tre timer.

Det er Falck Healthcares hovedkontor, der tilrettelægger puslespillet og forsøger at få det til at gå op, så der skal køres så få omveje som muligt fra det ene sted til det andet.

Ulla Mølgaard Holst er glad for sit arbejde, som hun nu har haft i tre måneder, og som hun fik umiddelbart efter, hun blev færdig på fysioterapeutskolen.

"Jeg vil da nok på et senere tidspunkt se mig om efter et job, hvor der er flere kolleger ved hånden. Men jeg er blevet god til at slå op i bøger og på Internettet, hvis der er noget jeg er i tvivl om, eller kontakte en af de andre behandlere. Vi er gode til at henvise til hinanden, hvis vi ikke kan komme videre med en patient - det koster jo ikke noget".

Ulla Mølgaard Holst får desuden faglig sparring, når der hver anden måned er behandlertmø-

Fysioterapeutisk kropstjek

Falck introducerede allerede i 2000 i samarbejde med DF "Fysioterapeutisk Kropstjek". I forbindelse med det nye, tværfaglige koncept (der er etableret uden DF's medvirken) er de fysioterapeuter, der i forvejen havde en aftale med Falck om at udbyde kropstjekket blevet inviteret til at være med. Forskellen er dog, at kropstjekket var et tilbud i fysioterapeutens egen klinik.

Fysioterapeutisk kropstjek er i øvrigt ikke blevet den succes, man havde håbet på.

DF søger medlemmer til etisk udvalg

(ETIK) ■ Etisk udvalg er et nyt udvalg under Danske Fysioterapeuter. Udvalget udpeges af og skal være rådgivende for hovedbestyrelsen. Det forventes at sammentræde fire gange årligt.

Etisk udvalg består af to menige medlemmer udpeget som resourcepersoner i forhold til emnet, med kompetence inden for forskning og faglig udvikling, ledelse og uddannelse samt et menigt medlem uden speciel kompetence inden for emnet. Sidstnævnte udpeges blandt interesserede medlemmer efter opslag. Der udpeges to suppleanter.

En repræsentant fra Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse er formand for udvalget.

Etisk udvalgs opgaver er at:

- Overvåge og fremme fysioterapeuters faglig etiske standarder
- Afgive udtalelser om faglig etiske spørgsmål
- Tage aktuelle faglige etiske spørgsmål op til behandling og vurdering
- Drøfte Danske Fysioterapeuters etiske retningslinier, fremme en debat blandt medlemmerne og foreslå eventuelle ændringer til de etiske retningslinjer.

Ønsker du at være med i puljen hvorfra et medlem og to suppleanter udpeges, bedes du sende en ansøgning med oplysninger om din interesse for området til DF's sekretariat senest den 20. marts 2003. Eventuelle forespørgsler henvendes Elisabeth Haase eller Nina Holten/Annelene Jalving på tlf. 3313 8211.

Vil du holde et foredrag,
lede en workshop, præsentere en
poster eller være med til at arrangere
et debatforum på Danske
Fysioterapeuters Fagfestival i november?

LÆS MERE PÅ FYSIO.DK/FAGFESTIVAL.

► de. Hun er i det hele taget godt tilfreds med arbejdsforholdene.

"Nogle steder er der mere plads end andre, men generelt er der en udmærket brik, og hvis jeg mangler noget, ringer jeg til Falck Healthcare, og så får jeg det - senest et vippebræt".

Der behandles som udgangspunkt uden lægehenvi- sning, men det er ikke noget problem, for- klarer Ulla Mølgaard Holst:

"Hvis det er noget akut, eller jeg er tvivl om be- handlingen, beder jeg patienten kontakte sin læge og have en henvisning med næste gang".

SAGDE NEJ TAK

Ulla Mølgaard Holst får 225 kroner i timen. For de 31 timer om ugen bliver det til 27.000 kroner om måneden + tillæg for kørsel over længere afstan- de, men uden feriepenge, pension osv.

De 225 kroner i timen er for lidt, mener Tonny Nedergaard, der er praktiserende fysioterapeut på Mors og selv har takket nej til en henvendelse fra Falck Healthcare.

"Jeg blev tilbudt to timer om ugen, og så er 225 kroner altså for lidt. Honoraret bør afspejle, om man er ansat få timer om ugen eller har no- get, der ligner fuld tid. Desuden mener jeg, at det bliver discountfysioterapi, når man skal nå at have tre patienter igennem pr. time, men kun har ét behandlingsrum og ingen sekretær. Man skal selv hente patienten ind, patienten skal nå at klæde sig af og på, man skal behandle, og man skal skri- ve journal - alt sammen på 20 minutter", siger Tonny Nedergaard.

Han valgte derfor at sige nej tak til at være med, selvom han i princippet synes, at ideen med et tværfagligt behandlingskoncept direkte på ar- bejdspladsen er udmærket.

"Man skal ikke bare sige, man ikke vil være med, og jeg er bestemt ikke uinteresseret. Men så længe Falck ikke har en aftale med Danske Fysio- terapeuter, vil jeg ikke være med. Et af Falcks ar- gumenter for at få mig til at deltage i konceptet var, at min klinik ellers kunne risikere at miste kun- der. Her mener jeg, vi skal have is i maven og ikke lade os spille ud mod hinanden, men afvente DF's forhandlinger med Falck". ■

ny litteratur

Anatomisk arbejdsbog



(ANMELDELSE) ■ "The anatomy workbook" er en arbejdsbog, der beskriver over- og underkstremiteters samt columnas anatomi og funktion gennem tekst, billeder og test.

Bogen er skrevet for at hjælpe studerende med indlæring af anatomen, idet den skridt for skridt fører læseren gennem knogler, muskler, led og nerver for ovennævnte kropsdele.

Undervejs i bogen er der notatark, hvor den studerende kan skrive bemærkninger og i slutningen af hvert kapitel er der opgaver, så den studerende kan arbejde med og teste sin viden. Alt sammen for at gøre indlæring for den studerende lettere.

Alt i alt en udmærket arbejdsbog, letlæselig og med gode illustrationer og opgaver, der kan supplere de obligatoriske bøger og undervisningen for fysioterapistuderende de første semestre f.eks. som indføring i anatomen, fysioterapiterminologien eventuelt på tværs af fagene. Men bogen er ikke fyldestgørende og kan derfor ikke stå alene.

Anmeldt af fysioterapilærer Sonja Andersen, Fysioterapeutskolen i Esbjerg

Stuart Porter. *The anatomy workbook*. Butterworth-Heinemann. 242 sider.



(DØENDE) ■ "Behandling af døende" Redegørelsen indeholder Det Ethiske Råds enige anbefalinger om den svære beslutningsproces, som kræves i behandlingen af uafvendeligt døende mennesker. I redegørelsen beskrives relevante etiske principper og de vanskelige afvejelser, der kan være knyttet hertil.

DET ETISKE RÅD. "Behandling af døende". Kan bestilles på www.etiskraad.dk 64sider. Kr. 50.

(PJECE) ■ Hvilke krav kan man stille til BST, og hvad vil det sige at være en god BST-bruger? Svarene kan man finde i pjecen "Stil krav til BST", der kan købes hos Arbejdsmiljørådets Service Center. Varenummer 152019. Bestilles på tlf. 36143131 eller på www.arbejdsmiljøbutikken.dk. Kr. 35.



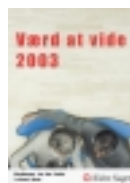
(BØRN) ■ "Børn i bevægelse" beskriver, hvordan barnet i hverdagen skal lære at bruge sig selv, sin motorik, krop og sine sanser. Bogen giver eksempler på hverdagsaktiviteter og over 100 forskellige bevægelseslege. Bogen, der er skrevet af en fysioterapeut, henvender sig til daginstitutionspersonale, undervisere i småbørns-gymnastik og til forældre, der har lyst til at sætte børnene i gang med at lege og bevæge sig.

PAULINE VOSS ROMME. "Børn i bevægelse". Dafolos Forlag. 59 sider. Kr. 98.



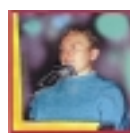
(PSYKOLOGI) ■ Psykinfo forlaget har udgivet to hæfter om henholdsvis fødselsdepression og skizotypisk sindsslidelse. Hæfterne er skrevet til brugere og pårørende i psykiatrien, men kan også være af interesse for fagfolk, der vil have en hurtig indføring i pågældende diagnoser.

AKSEL BERTELSEN. "Skizotypisk sindsslidelse". Kr. 25 og POUL VIDEBECH. "Fødselsdepression". Kr. 50. Yderligere information tlf. 77 89 32 30.



(ÆLDRE) ■ "Værd at vide 2003" er Ældre Sagens håndbog, hvor man kan finde en kortfattet, praktisk vejledning i en lang række sociale, økonomiske og juridiske spørgsmål.

ÆLDRE SAGEN. "Værd at vide 2003". Bestilles på tlf. 33 96 86 81. 548 sider. Kr. 75 for medlemmer, kr. 100 for ikke-medlemmer.



(COMPUTER) ■ "Alternativ betjening af computer og andet udstyr" giver et overblik over betjeningsudstyr på det danske marked og vejledende retningslinjer for valg af betjeningsudstyr til børn og voksne med handicap. HJÆLPEMIDDELINSTITUT. "Alternativ betjening af computer og andet udstyr". 126 sider. Kr. 200.



Hænderne og håndværket

(INTERVIEW) "Holdtræning skal ikke være den nye kerne i fysioterapien, men være en del, som nogle fysioterapeuter videreuddanner sig i". Fysioterapeut Dorte Mølgaard frygter, at håndværket kan gå tabt, hvis akademiseringen og træningstendensen får lov at fylde for meget

AF JOURNALIST TINA JUUL RASMUSSEN
FOTO CHRISTOFFER REGILD

"Fysioterapi handler om bevægelse. En af mine kæpheste er, at vi som fysioterapeuter skal analysere bevægelserne - se på, hvor der er ressourcer, hvor der er eller måske mangler flow i bevægelsen. Det er udgangspunktet for at skabe forandring hos patienten. Vi skal stimulere den bevægelse, som er hæmmet, begrænset eller stoppet, så kroppen finder nye eller tilbage til gamle veje. Men vores behandling skal ikke kun være bevægelse og træning, vi skal bruge hænderne og også behandle på mere passive måder - for eksempel med massage og afspænding", siger Dorte Mølgaard, som er 40 år og de sidste par år har haft egen praksis på Østerbro i København.

Dorte Mølgaard er selv et menneske i bevægelse, også når hun sidder ned. I det solbeskinnede møderum på 4. sal i den ejendom, hvor hun har praksis sammen med 15 andre behandlere, roterer hun på stolen, bevæger hænder og krop, når hun skal understrege sine pointer - en susende knyt-næve eller udstrakte hænder for at vise, hvordan hun bruger dem i sit arbejde.

SYND AT DROPPE HÅNDVÆRKET

For Dorte Mølgaard er hænderne selve omdrejningspunktet i den behandling, hun giver - helt konkret: Hænderne på patienten. Det er håndværket i fysioterapien, mener hun. Af samme grund er

"Vi skal stimulere den bevægelse, som er hæmmet, begrænset eller stoppet, så kroppen finder nye eller tilbage til gamle veje", siger Dorte Mølgaard om kernen i den fysioterapi, som hun udøver uden overenskomst med Sygesikringen i klinikken på Østerbrogade.



Hvad er fagets kerne? Er det den passive behandling, den aktive træning, noget midt imellem eller noget helt uahåndgribeligt? Stafetten startede i Fysioterapeuten nr. 3. I sidste nummer sendte Signe Achdam Andersen den videre Dorte Mølgaard.

hun noget skeptisk over for den tendens, som præger faget - og samfundet - i øjeblikket: Træningstrenden. At alle skal træne på hold, at lægerne skal skrive træning og motion ud på recept, at det er her, de fleste tilskud gives.

"Jeg synes, vi dropper vores håndværk. For mig er håndværket hænderne – hvad de kan på en krop er jo helt vildt, og det er synd, hvis vi tager det ud. Træning med fokus på bevidstheden i kroppen er et vigtigt supplement i behandlingen, men det skal ikke stå alene. Og jeg mener ikke, at vi skal være idræts- eller gymnastiklærere. Holdtræning skal ikke være den nye kerne i fysioterapien, men være en del, som nogle fysioterapeuter videreuddanner sig i", siger hun.

Det var også hænderne, som stod bag Dorte Mølgaards skift fra at være offentlig ansat til i dag at drive sin egen praksis som fysioterapeut.

"Jeg var ansat på Kommunehospitalet, hvor jeg syntes, at jeg brugte mere tid på møder og konferencer med mine kolleger end på kontakt med mine patienter. Jeg trængte til at bruge mine hænder", siger Dorte Mølgaard og rækker dem illustrativt frem.

"Og så faldt jeg pladask for Dorrit Finn Poulsens (privatpraktiserende fysioterapeut, som Dorte Mølgaard startede hos, red.) måde at se behandlingen på. Hun er ikke sygdomsfikseret, men har som gammel danser en meget kropslig opfattelse af behandlingen, og så prioriterer hun, at der er tid til patienten".

For et par år siden tog Dorte Mølgaard så selv det store spring, lånte "en masse penge" og åbnede Privatklinikken ved Søerne sammen med en kollega. Uden overenskomst med sygesikringen. Hun synker helt sammen på stolen, når hun skal forklare om kontakten med det offentlige, og hvorfor hun valgte at smide sikkerhedsnettet:

"På et tidspunkt blev overenskomsten meget dårlig - tidsintervallet til den enkelte patient blev skåret ned. Og da jeg har nogle meget lange behandlingsforløb med nogle af mine kroniske patienter, var mine statistikker jo dårlige, og jeg brugte så megen tid på at skrive og forklare det offentlige, hvordan og hvorledes. Det gad jeg ikke mere til sidst. Så nu betaler mine patienter mere

for behandlingen hos mig, men til gengæld får de også mere tid. Og de brokker sig ikke. Hvis de synes, det er for dyrt, henviser jeg dem til en anden, som har overenskomst", fortæller Dorte Mølgaard, som indrømmer, at hendes kæreste stadig skal lægge øre til megen usikkerhed om det valg, hun har truffet.

Hvis du havde fem ord til rådighed og skulle beskrive fysioterapi – hvilke ville du så bruge og i hvilken rækkefølge?

"Først og fremmest *kontakt*. Uden kontakt mellem patienten og mig er der ingen åbenhed hos patienten over for at skabe en forandring i behandlingsforløbet.

Det næste er *bevægelse*. For mig er fysioterapi bevægelse - analyse af bevægelserne og opmærksomheden på kroppen i bevægelse. Jeg arbejder også med *sanseligheden* hos både mig selv og patienten, så patienten kan mærke sig selv og dermed få fat i sine egne ressourcer.

Jeg går efter *forandring* - både små og store forandringer. For eksempel forandringer i respirationen, som giver liv til og muligheder for hele kroppen.

Og så er fysioterapi også, at patienterne får opmærksomhed på deres *ressourcer* for at give kroppen muligheder for at udvikle sig. Det er fundamentet for forandring.

Er der en oplevelse i dit fysioterapeutliv, der står særlig centralt i din bevidsthed/har haft betydning for din måde at set faget/din egen rolle på?

"Skiftet til Dorrit Finn Poulsens private praksis fra det offentlige og arbejdet på psykiatrisk afdeling på Kommunehospitalet gav mig nogle oplevelser, som gjorde at jeg måtte lave helt om på nogle af de måder, jeg arbejdede på. I gruppen af fysioterapeuter, jeg var sammen med, havde vi en fortrolig stemning, som gjorde vores samarbejde meget udviklende for min fysioterapi, og som lærte mig mange af de nuancer, jeg arbejder ud fra i dag - bl.a. rammerne for behandlingen: Det fysiske rum, den afsatte tid til behandlingen, hvor forberedt jeg er osv".



Dorte Mølgaard, uddannet i 1991. Har arbejdet på Hvidovre Hospital på en somatisk afdeling, med psykiatriske patienter på Kommunehospitalet, privatpraktiserende hos Dorrit Finn Poulsen og har nu egen praksis på Østerbro i København. Underviser desuden på Godtvedskolens bevægelsespædagogiske uddannelse. Er tidligere elitegymnast og desuden uddannet kraniosakralterapeut. I 1998 udgav Dorte Mølgaard sammen med Inge Gotved bogen „ Energi og krop“.

► NÆRVÆRET ER VIGTIGT

Akademiseringen af faget er også noget, som kan skabe usikkerhed hos Dorte Mølgaard - eller i hvert fald noget, som "kører rundt i hovedet på hende lige nu", som hun udtrykker det.

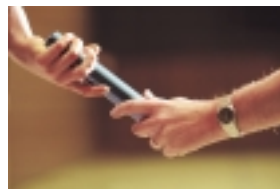
"Jeg læser meget om det og tænker hele tiden på, om jeg skulle tage en eller anden grad, for at åbne nogle nye døre for mig selv. Men det er også sørgeligt, at der går så meget af håndværket væk, nu hvor uddannelsen er lavet om. Vi skal passe på at det ikke bliver lavstatus at bruge hænderne", siger hun.

"Selvfølgelig skal vi kunne forholde os kritisk til de resultater, vi bliver præsenteret for. Så jo, jeg kan godt se behovet for en akademisering - at få synliggjort den tavse viden, vi har i faget - men det må ikke være på bekostning af nærværet med patienterne".

En bærende værdi for Dorte Mølgaard i arbejdet med patienterne er derfor også åbenhed mere end ensidig fokus på resultaterne af behandlingen.

"Når der kommer resultater, er det selvfølgelig rigtig, rigtig godt. Men hvis du kommer ind til mig og har noget med dit knæ, forsøger jeg at holde øjne og ører åbne og kan finde på at forfølge andre spor - man kan måske kalde det en intuitiv åbenhed. Mange patienter fortæller, viser eller opdager jo først efter nogle gange, hvad der i virkeligheden piner dem", siger hun og fortsætter:

"Man siger, at patienterne skal være omstilbare, men det skal vi fysser også være. Ellers kan vi ikke se den forandring, der kan være hos patienten. Hvis patienten har whiplash efter en trafikulykke, vil de som udgangspunkt have, at nakken skal blive helt som før. Men det bliver den sjældent. Patienten skal i stedet lære at mærke og finde en styrke andre steder end i nakken. Det kræver, at man tør gå på opdagelse i sig selv for at finde nye veje. Og for at turde det, skal man føle sig tryk. Det kræver nærhed, som skabes gennem en god kontakt mellem fysioterapeuten og patienten, siger Dorte Mølgaard. ■



Dorte Mølgaard giver stafetten videre til fysioterapeut Søren Würtz fra firmaet Company Care. "Han har stil og ambitioner på fysioterapeuternes vegne", siger Dorte Mølgaard om baggrunden for sit valg.

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

"For mig er der flere lag i det. Der er "pingerne" - de, hvis bøger og foredrag jeg har læst og hørt. Det er for eksempel norske Eline Tornquist, som er meget hel i sit udgangspunkt. Eller Olav Storm, psykolog og bioeksistentiel psykoterapeut. Han arbejder med kontakten med mennesket gennem kroppen, de følelser og den energi, der findes her, og jeg bruger selv de bioeksistentielle terapeuter til supervision.

Næste lag er nogle af de lærere og instruktører, jeg har haft - for eksempel Annelene Jalving på fysioterapiskolen. Hun underviste ud fra et menneskesyn, som hun selv levede op til, og som man som elev udover at kunne forstå, også kunne mærke, høre og se. Sidste lag er kollegerne - især to bevægelsespædagoger, som jeg har arbejdet sammen med i mange år på Godtvedskolens uddannelse, Mette Gammeltoft og Mette Bøg. Vi har brugt mange timer med kroppen som udgangspunkt for læring og bevidsthed, og så er det spændende og godt for mig at være tæt på en anden faggruppe.

Hvad blev der af funktionaliteten?

Kommentar til Mogens Dams artikel om Funktionel stabilitet i Fysioterapeuten nr. 3/2003

DEBATINDLÆG AF:

Hanne Bjerre Sørensen, Klinisk underviser på Odder Centralsygehus

Til Mogens Dam

Jeg læste med stor interesse din artikel om funktionel stabilitet i skulderen, da jeg tidligere har haft stort udbytte af dine foredrag og artikler i forskellige tidsskrifter.

Desværre blev jeg noget skuffet, for hvad blev der af funktionaliteten, som du håndhævede væsentligt mere konsekvent for flere år siden?

Lad mig give et eksempel med øvelsen Wallslide:

Patienten skal stå med lodrette parallelle underarme, hvorved rotationen i skulderleddet låses i 0 grader. Du skriver, at patienten ofte har svært ved dette, uden at albuerne kører ud til siden, så glenohumeralledet (GH) indadrotteres. *Det kan jeg godt forstå!* Allerede for mere end tyve år siden påpegede Finn Bøjsen-Møller at der i fleksion over 90 grader sker en *bunden indadrotation* i GH. Indadrotationen sker passivt som følge af stramning i det coracohumerale ligament og sker, for at armen kan ende i samme lukkestilling over hovedet, som efter en abduktion med 90 graders *bunden udadrotation*.

Når albueleddet begynder at strække, kan man ikke længere blokere indadrotationen, hvilket man også kan se på billedet af øvelsen, ved at iagttage albuebøjningen. Man kan ikke afgøre skulderens rotation ved at se på håndens stilling, da der jo kan ske op til 180 graders kompenserede bevægelse i underarmen i form af pronation og supination. Man kan selv tjekke indadrotation i GH i forbindelse med fleksion ved at dreje underarmene ind foran kroppen, tage fat omkring albuerne og føre begge arme op over hovedet. Man kan

f.eks heller ikke frisere sig på modsatte side af hovedet uden at indadrottere.

Erik Martin Jensen har anbefalet, at man træner i planet midt imellem abduction og fleksion, for at undgå unødigt belastning skulderleddet, det han kalder at bevæge i scapulas plan.

Øvelsen Wallslide er altså både ufunktionel og ufysiologisk, da der vist ikke findes nogen funktion, som indeholder denne bevægelse.

Misforståelsen m.h.t. den bundne rotation ved fleksion, tror jeg, stammer fra PNF, hvor man går fra en høj grad af indadrotation til en mindre grad, og hvor mønsteret er defineret ud fra, hvilke muskler der arbejder, hvadenten det er ekscentrisk eller koncentrisk.

En anden øvelse, jeg hæftede mig ved, er indadrotation i 90 graders abduktion. Da mange af øvelserne er rettet mod patienter med impingementproblemer, synes jeg, det er u hensigtsmæssigt at bruge en bevægelse, som normalt anvendes som provokationstest ved impingement. Man risikerer altså at påføre pt. gener ved at forlange øvelsen udført på denne måde.

Som udspænding af den bagerste ledkapsel og m. infraspinatus har jeg i flere år brugt en adduktion imellem 60 og 80 graders fleksion, gerne indledt med en forspænding på udadrotationerne. Udspændingen af m. teres minor kan foregå med hånden på lænden; eller af begge muskler i en fleksion med forudgående forspænding.

Jeg synes, at du har en meget vigtig pointe i at få noget opmærksomhed på m. pectoralis minor, som i øvrigt sammen med m. levator scapula, kan blokere for scapulas fri bevægelse. Imidlertid virker det ulogisk, at

scapulas stilling direkte har indflydelse på kollision i skulderleddet, da bevægelsen i glenohumeralledet udføres af muskler, som udspringer på scapula. I øvrigt sker en evt. kollision ikke i yderstillingen, hvor en stramning af de scapulothoracale muskler vil spille ind, men midt i bevægebånen (smertebue). Stramning af m. pectoralis minor har klart en betydning for det samlede bevægeudslag i skulderleddet, men når det gælder kollision, er det mere relevant at se på evt. strukturelle forandringer i acromion og på dysfunktion i rotator cuff'en.

Min erfaring med en del skulderpatienter med impingementsmerter er, at udspænding af m. infraspinatus og m. levator scapula giver øjeblikkelig fri og smertefri bevægelighed samt normal scapulohumeral rytme. En stram m. infraspinatus kan altså blokere for den bundne indadrotation i skulderen, samt direkte og indirekte for fleksion. Min erfaring siger mig også, at en stram pectoralis minor kan give nedsat fleksion men ikke impingementsmerter, hvis i øvrigt de andre forhold er i orden.

Som klinisk underviser gennem mange år har jeg set en tendens til, at øvelser foregår mere og mere i lige planer og ufysiologiske bevægelser. Disse er primært relevante i ledmåling. Som øvelsesterapi er de ufunktionelle og i værste fald skadelige.

Jeg foretrækker "Fri leg" på væggen, hvor pt. arbejder med trunkusstabiliteten, samtidig med at han/hun laver mange forskellige bevægelser, og får lov til selv at afsøge, hvor bevægelserne kan udføres smertefrit.

Lad albuen komme ud fra kroppen, og lad hånden lede bevægelsen, så kommer de rigtige rotationer selv.

Behandling af museskader

Kommentar til Inger Saerens indlæg om neurodynamik og musearm i Fysioterapeuten nummer 01/2003.

DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut, exam.scient. Per Lind
Jeg læste også med interesse overlæge Jørgen Riis Jepsens (JRJ) indlæg i nr. 22/02 om musearm og arbejdsmedicinernes håndtering heraf i samarbejde med lokale fysioterapeuter med kendskab til ANT-behandling.

Jeg finder det *yderst prisværdigt*, at der findes steder i Danmark, hvor arbejdsmedicin og praktiserende fysioterapi samarbejder omkring en fælles forståelse for smertemekanismer, der involverer *det sensitive nervesystem*, ANT, *NeuroDynamisk Undersøgelse og Behandling (NDUB)*, eller hvad vi nu skal kalde barnet. Det fremgår af JRJ's indlæg, at han er fuldt opmærksom på den rolle, sensitivering af nervesystemet har for patienter med musearm. At han kalder den del af diagnostik og behandling for ANT, diskvalificerer ikke i mine øjne hans indsigt og strategier i behandlingen. JRJ er som arbejdsmediciner ikke klinisk behandler og henviser derfor helt relevant sine patienter til fysioterapi, dog med den forudsætning, at fysioterapeuten er uddannet i test og behandling af det sensitive, dynamiske nervesystem.

Så jeg forstår ikke rigtigt adressen på Inger Saerens' (IS) indlæg, og egentlig heller ikke indholdet, idet jeg ikke kan se, hvordan de foreslåede strategier tilgodeser de opstillede mål. Jeg er ikke blevet klogere på den fysioterapeutiske behandling af musearm. IS skriver om nødvendigheden af at inddrage den kemiske og elektriske komponent, men jeg savner eksempler på de tilhørende strategier. Og hvordan mener IS for eksempel, at vi kan påvirke det axonale transportsystem? Mobilisering af myofascier, led, columna og nervesystemet er vel det samme, som JRJ foreslår?

Hvis vi ikke bare skal tale generel smertemekanisme-teori og slynge perifere, centrale og affektive mekanismer ud, vil jeg tillade mig at beskæftige mig med musearmens smertemekanismer og give et mere detaljeret bud på, hvad vi kan gøre i praksis. **Fysioterapeutiske overvejelser:** Vi taler om mennesker, der i længere tid har arbejdet med computer og mus (eller tilsvarende). Dette arbejde indebærer mange timers statisk arbejde med minimale bevægelser i underarmens og skulderens muskulatur, ud over de øvrige ergonomiske forhold forbundet med kontorarbejde.

Der er mange undersøgelser af højrepetitivt monotont arbejde, der ikke peger mod enstrenget patogenese. Der er eksempelvis ikke fundet sikker sammenhæng mellem psykologisk profil (affektive?) og smerter. Vi ved fra muskelforskning, at der er individuel genetisk forskel på den kredsløbsmæssige og muskulære ydeevne, og vi kender fra almen fysioterapi, at der kan være forskel på fasciers strækbarhed hos "stive" og "hypermobile" individer. Det er påvist, at det intramuskulære tryk i muskler, der omslutes af knogle og rigide fascier, ved relativt lille belastning overstiger det kapillære perfusionstryk. Musearbejdet faciliterer de posturale muskler over nakke/skulder/OE.

Smertemekanisme: De mennesker, der får musearm til forskel fra nabo-kontorarbejderen, kunne tænkes at være dem, hvor individuelle genetiske forhold og myofascielle egenskaber sammen med de ergonomiske og personlige vilkår medfører en kritisk reduktion af den arterielle perfusion med resulterende iskæmisk reaktion.

Iskæmi medfører over tid inflammatorisk reaktion (med perifer nociceptiv sensitivering) og fibrosering.

Langsomt bliver både nervevæv, såvel intra- som ekstraneuralt, og myofascielt væv fibroseret samtidig med, at der implanteres ion-gaps sensitive for laktat (lav pH) og evt. inflammatoriske reagenter (inkl. noradrenalin - transmitterstof i sympatiske nervesystem) og senere for træk, stræk og tryk (mekanoreceptorer) i axonen. Resultatet er en tiltagende *lav belastnings- og smertetolerance for anaerob muskelarbejde* og en *sensitivering og nedsat strækbarhed i både myofascier og nervevæv.*

Det er med musearm som med alle andre smertetilstande velkendt, at psykologisk stress vil forstærke de involverede smertemekanismer, og i visse tilfælde kan et sådant stressforhold være det sidste lag i de lag-på-lag belastningsforhold, der udløser symptomerne. Det ændrer dog ikke på, at det er den iskæmiske mekanisme og den dertil hørende perifere smertemekanisme, der er det primære i musearmen. Over længere tid er der risiko for neurogen sensitivering, både perifer og central, og dermed kronicitet, hvorfor det er yderst vigtigt at afbryde det provokative stimulus.

Behandlingsstrategier: IS har da ret i, at vi skal tage Adam og Eva i ed og undersøge T1-L2 for sympatikusinitieret dystrofi, ligesom vi skal udelukke sekundær hyperalgesia fra de cervikale segmenter.

Jeg er dog enig med JRJ i, at columna ikke er den primære smertekilde i musearm. Mere oplagt er det at starte ved ondets rod og arbejde med de to primære mekanismer: Nervesystemets følsomhed for laktat og myofasciernes fibroserings- /compartment-mekanisme.

Som punkt 1 har JRJ fat i den lange ende, når han fritager patienterne



Illustration: Peter M. Jensen

fra symptomprovokerende stimulus, dvs. monotont, langvarigt musearbejde. En musearm kan i sagens natur ikke afhjælpes, hvis patienten dagligt sidder 6-8 timer ved computeren. Skadestimulus overstiger langt helingsprocesserne. Afvekslende jobrutiner, pausegymnastik, strækøvelser og generel konditionering kan modvirke skadesmekanismen, hvis tilstrækkelig compliance opnås via information og stimulation af egen-ansvar/-kontrol.

På vores klinik har vi følgende koncept, der har vist gode resultater ved konsekvent strategi:

Total aflastning fra iskæmisk provokation i nødvendig periode (2-? måneder) med henblik på at minimere laktatfølsomme ion-gaps i de neurogene strukturer. *Dette indebærer også afholdenhed fra forsøg på at styrketræne de involverede muskelgrupper i første del af processen.*

Holdningskorrektur med fokus på fasisk/postural dysfunktion omkring hals/skulder og i OE.

Myofasciel 3-dimensionel udspænding i hele det neurovaskulære forløb fra colli lateralis til fingerspidserne.

Især med fokus på mm. scalenii, m. pectoralis minor, m. pronator teres, m. supinator og de bærende / styrende muskler i OE. Teknikkerne er indledningsvis terapeutteknikker som muscle energy technique (MET) og

myofasciel release (MFR) og overgår hurtigst muligt til patientteknikker som for eksempel post isometrisk relaxsation (PIR) autoteknikker. Det tager *lang tid* at ændre bindevævs længde og strækbarhed, jævnfør vævsomsætnings - halveringstid for bindevæv (biologisk turnover), der er 3-500 dage.

Patient- og terapeutteknikker til øgning af tolerance for *tension* og for *mobilisering* af de neurogene strukturer. Indledningsvis helt enkle svingøvelser i frontale plan med et lille "håndvip" i slutstillingen, senere med større fokus på nervevævet.

Vaskulariserende træning med høj intensitet for at konditionere vævet. Vi starter med generel konditionstræning på kondicykel, stepper og løbebånd med pulsmåling for at sikre effektiv træning omkring 80 procent intensitet. Romaskine og arm-ben cykel, der involverer OE, udføres som intervaltræning, hvor arbejdsintervallet justeres efter laktat-tolerancen. Pausetiden er ca. 30-45 sek. afhængig af revaskulariserings-hastigheden (den lokale kondition) i vævet.

Intensiv styrketræning af de centrale muskelgrupper omkring trunkus, scapula og UE mhp. øgning af mitochondrier og enzymer involveret i energiomsætningen i muskulaturen, overflow til OE og generel bedring af funktion.

Progressiv involvering af OE i dynamisk træning efter principperne i Medicinsk Træning Terapi.

Jeg håber ovenstående har skabt lidt mere klarhed og inspiration, også over integration af smertemekanismer og det neurodynamiske aspekt i behandling af musearm.

Per Lind er underviser i ANT, Det Sensitive Nervesystem, NDUB. Kontakt tlf. 59439304, fax 59439354 perlind@fys-train.dk

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

Debatindlæg skal afleveres på print eller som worddokument.

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

Fysioterapeuten nr. 6 udkommer 28. marts.

Deadline for debat: **17. marts kl. 12.00.**

Fysioterapi eller Doman

De forældre, der ønsker ansvar for træningen, skal have det. Fysioterapeuter er de bedste til at vejlede dem omkring motorikken. Det skal vi fortælle dem, så de kan forstå det

DEBATINDLÆG AF:

Freelance børnefysioterapeut Elna Søndergaard

I den seneste tid er der blevet vist flere udsendelser om familier med børn med handicap som følger Doman-konceptet.

Min første indskydelse er, at med de ressourcer, en familie bruger på Domankonceptet, kan jeg skrue et tilbud sammen, som er bedre!

Min næste er: Hvordan bedre? Hvad er mit tilbud? Hvad er børnefysioterapeuters tilbud?

Jeg har arbejdet med børn i 16 år, og i 1987 var holdningen, at fysioterapeuterne var behandlere, og forældrene var forældre.

Forældre i dag vil det allerbedste for deres barn, og de ved, hvad det bedste er.

Er børnefysioterapeuter i dag klædt på til at møde velinformerede forældre?

Selvfølgelig er vi det! Og vi skal have det ud over scenekanten, så forældrene kan se og forstå, hvad vi kan, gør, ved og mener!

Børnefysioterapeuter i Danmark er velkvalificerede og engagerede. Vi følger med i udviklingen inden for børnefysioterapi, og de seneste år er vi blevet meget optaget af, at der er videnskabeligt belæg for det arbejde, vi udfører og de nye behandlingsmetoder, vi tager ind i arbejdet med børnene.

Vi ved, at motoriske vanskeligheder sjældent står alene, men ofte følges af perceptuelle og kognitive problemer.

Vi ved, at børn - uanset handicap eller ej - er sociale væsner fra fødslen,

og at de skal være aktive for at lære noget.

Derfor lytter vi til børnene - ikke kun til de verbale udspil, men også de nonverbale. Vi respekterer børnenes svar og valg, og vi følger deres initiativer.

Et barn, der ikke bliver hørt, holder op med at kommunikere.

Børn har brug for gentagelser, mange gentagelser for at lære nye færdigheder, motoriske såvel som kognitive. Børn med handicap har brug for hjælp til gentagelserne. For at der kan ske en indlæring, skal barnet være aktivt. Derfor skal hjælpen til gentagelserne være minimal.

Det ved vi som børnefysioterapeuter, og vi ved, hvordan det skal gøres. Gentagelser er gentagelser med små variationer. Hele tiden foretager vi tilpasninger til den enkelte situation, støtter hovedet, når det er nødvendigt og lader være, når barnet selv kan. Gentagelser er også at have målet for øje og komme frem til det på mange forskellige måder.

Gentagelserne, eller rettere sagt træningen, foregår hele døgnet - ikke kun den halvanden time om ugen hos fysioterapeuten, der tales så meget om. Det er træning, når barnet løfter numsen på puslebordet, går ud til bilen, peger på mormor i fotoalbummet.

For mig er det vores fornemmeste opgave som voksne omkring et barn, med eller uden handicap, at tilrettelægge omgivelserne - stuegulvet, Blå stue, Airex-måtten, spisningen, klasseundervisningen - så barnet kan være aktivt, og udfordringen er sådan, at barnet lige netop skal op på tå,

men heller ikke mere for at nå målet.

At tilrettelægge omgivelser og aktiviteter, så børnene arbejder aktivt i et kommunikativt miljø - det kan børnefysioterapeuter, og vi kan det i samarbejde med forældre, pædagoger, ergoterapeuter, og hvem der ellers er omkring barnet.

Otte timers intens træning er lang tid. Ethvert barn, som får så meget og så intens opmærksomhed vil udvikle sig.

Det interessante er indholdet og den kvalitet, der lægges i tiden og opmærksomheden. Det gør en forskel, om barnet har indflydelse på aktiviteterne i træningen eller ej, om træningen tilpasses barnet her og nu eller ej, om træningen er aktiv eller passiv, og om aktiviteterne er funktionelle eller delelementer taget ud af sammenhængen.

Jeg må konkludere, at børnefysioterapeuter i Danmark har et godt tilbud til børn med handicap.

Hvorfor rejser 70 forældrepar så til USA med deres barn to gange om året?

Fordi de er utilfredse med det tilbud, de havde her! De vil det bedste for deres børn og ved, det kan gøres bedre.

Derfor skal vi se vores egen praksis grundigt efter i sømmene sammen med vore samarbejdspartnere, vi skal lytte til forældrene - og vi skal gøre det NU!

De forældre, der ønsker ansvar for træningen, skal have det, og vi er de bedste til at vejlede dem omkring motorikken. Det skal vi fortælle dem, så de kan forstå det.

Kan fysioterapi udvikle sig uden forskning?

Det er usandsynligt, at samfundet i det lange løb vil betale til behandling baseret på tradition eller erfaring alene

DEBATINDLÆG AF:

Christian Couppé, Fysioterapeut, M.Sc.PT, Peter Magnusson, Dr. med, Fysioterapeut, Jan M. Bjordal, Fysioterapeut, M.Sc., Ph.D-stud.

Kan fysioterapi udvikle sig uden forskning, hvis faget skal overleve i sundhedssektoren?

Dette spørgsmål handler i vid udstrækning om viden. Vores holdning er, at fysioterapi kun kan udvikle sig på grundlag af videnskabelig forskning. Viden kan naturligvis fås fra mange forskellige kilder, så som bøger og tidsskrifter som præsenterer information baseret på forskning etc., men det kan også være viden som bygger på personlig erfaring.

I klinikken er både erfaring og forskning, oftest den bedste kombination, men personlig erfaring vil aldrig alene kunne udvikle fysioterapifaget.

Problemet med personlig erfaring er, at det aldrig er blevet videnskabeligt testet. Dette problem forstærkes, når det er præsenteret af en guru, der kan have personlig interesse i at sprede en "særlig" viden. Nogle former for viden kan i nogle tilfælde gå hen og blive tradition, dermed betragtet som "sandheden" uden at være udsat for videnskabelig granskning (Greco, 1993).

Personlig erfaring kan lide under selektive observationer eller upræcise

observationer, som oftest overgeneraliseres. Dette er ganske enkelt menneskelige fejl, som man må være klar over. Vigtigst af alt, så forsøger videnskabelig forskning at forholde sig til disse og andre fejkilder. Den traditionelle forskningsmetode til at skabe viden er a) kritisk observation, b) formulere en hypotese c) designe et eksperiment for at teste hypotesen d) indsamling og fortolkning af data, og e) reformulering af hypotesen.

Denne proces for at skabe en hypotese er af aller største værdi. Den succesfulde udvikling inden for fysioterapi i Danmark og i Norden kan sandsynligvis opnås ved at arbejde på mange fronter. Men det er vores påstand, at graden af fokuseret videnskabelig forskning i fysioterapi er essentiel for hele fagets udvikling. Hvis der ikke findes tilstrækkelig eller ingen svar på kliniske spørgsmål, så skyldes det ikke dårlig forskning (selvom den også findes), men at der mangler forskning (Bjordal & Greve, 1998, Ezzo et al, 2001, Magnusson & Langberg, 2002).

Forskning er et fundamentalt grundlag for udvikling inden for alle medicinske (Wulff et al., 1999) specialer (også inden for andre områder i samfundet).

I denne sammenhæng er det interessant at notere, at i USA, hvor forskning i fysioterapi har stærke tra-

ditioner, omhandler den nuværende debat *ikke* om forskning er vigtigt, men mere om *hvordan* den stigende forskning i fysioterapi kan fastholdes mhp. fremtidige krav (Simoneau, 2002).

Det er usandsynligt, at samfundet i det lange løb vil betale til behandling baseret på tradition eller erfaring alene, hvor resultaterne ikke kan verificeres eller reproduceres. At anvende andre standarder end videnskabelig granskning vil sætte vores fag og ikke mindst vores patienter i en vanskelig situation (Greco et al., 1993).

- Bjordal J, Greve G. What may alter the conclusions of reviews? *Phys Ther Reviews*. 1998;3:121-132.
- Ezzo J, Moerman DE, Berman B et al. Reviewing the Reviews. *Int J Tech Asses Health Care*. 17(4) (2001), 457-466
- Greco PJ, Eisenberg JM. Changing Physicians practices. *New England J Medicine*. 329(17),1993:1271-1274.
- Magnusson P, Langberg H. Rehabilitation research in sports medicine. *Scand J Med Sci Sports* 2001 Apr;11(2):63.
- Simoneau G. *J Orthop Sports Phys Ther* 11:546-547, 2002
- Wulff H, Pedersen SA, Rosenberg R. *Medicinsk Filosofi*. Munksgaard 5 oplag, 1999.

Member of Thera-Band Academy.com

Thera-Band
ACADEMY

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



NYT kursuskatalog 2003
- rekvirer GRATIS

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

PROacademy.

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



Træningsterapi

- Exercise Ball - Therapy** Kr. 995,-
• Skodsborg 21. sept 2003 kl. 10-17
- Therarobics™ & Therapy** Kr. 995,-
• Skodsborg 16. marts 2003 kl. 11-18 *få pladser!*
- Træningsterapi og Nakken** Kr. 330,-
• Glostrup 18. sept. 2003 kl. 19-22
- Træningsterapi og Skulderen** Kr. 330,-
• Glostrup 23. sept. 2003 kl. 19-22
- Træningsterapi og Knæet** Kr. 330,-
• Glostrup 9. oktobrt 2003 kl. 19-22
- Træningsterapi /Nakke, Skulder, Knæ..** Kr. 890,-
• Fyn 18. maj 2003 kl. 10-16
- Aqua Therapy** Kr. 1.175,-
• Gentofte 11. maj 2003 kl. 10-17
- Funktionel Træningsterapi** Kr. 975,-
• Glostrup 11. marts 2003 kl. 9-15.30 *få pladser!*
• Glostrup 1. april 2003 kl. 9-15.30 *få pladser!*
• Glostrup 13. maj 2003 kl. 9-15.30
• Randers 4. sept. 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

- Pilates Inspiration** Kr. 600,-
• Kolding 12. marts 2003 kl. 19-22
• Glostrup 9. sept. 2003 kl. 19-22
- EFFEKT basis** Kr. 550,-
• Kolding 22. marts 2003 kl. 10-13 *få pladser!*
• Kolding 3. sept. 2003 kl. 19-22
- EFFEKT med bold/elastik** Kr. 550,-
• Kolding 22. marts 2003 kl. 14-17
- Exercise Ball - Fitness** Kr. 995,-
• Glostrup 30. marts 2003 kl. 10-17 *få pladser!*
• Kolding 5. april 2003 kl. 11-18 *få pladser!*

Grunduddannelse i Muskeltræning ...

- 100 TIMER i alt - Start 26. september 2003

Rekvirer specialbrochure

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 eller ved e-mail til kursus@proacademy.dk eller ved henvendelse på telefon 4362 6243



PROacademy.

Oplysninger om kursus, indhold, målgruppe m.v.
-klik ind på; www.proacademy.dk