

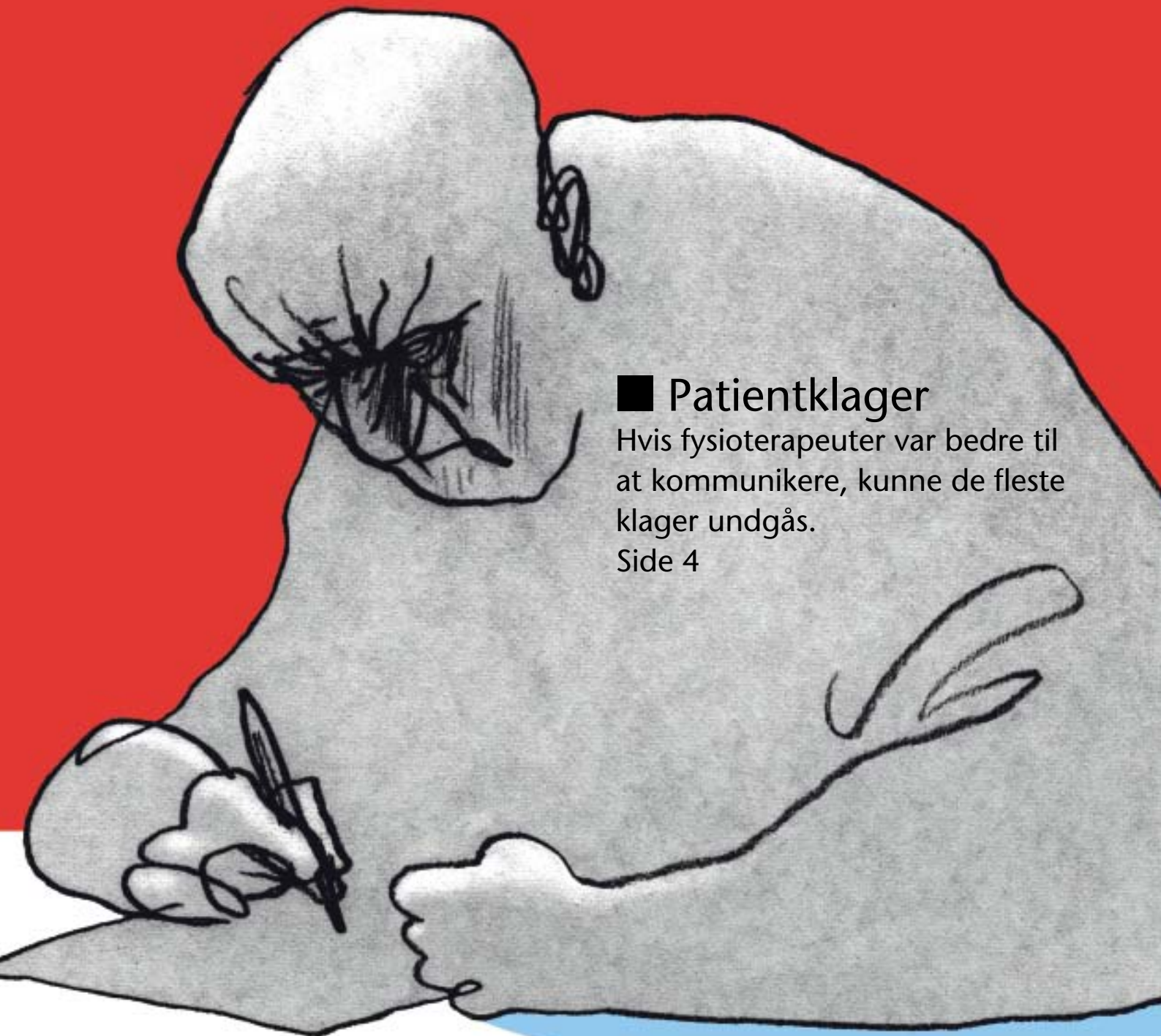
Nr. 15/september/2003  
85. årgang



Dansk fysioterapeut i Grønland  
Judith Forbert Pedersen fortæller  
om hverdagen som fysioterapeut i  
Maniitsoq i Vestgrønland.  
Side 16

# Fysioterapeuten

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



## ■ Patientklager

Hvis fysioterapeuter var bedre til at kommunikere, kunne de fleste klager undgås.

Side 4

# Indhold... Fysioterapeuten

## Artikler

### Glemmer at skrive i journalen



Selv om journalføringspligt ikke fremgår af lovgivningen vedrørende fysioterapeuter, er manglende journalføring den mest almindelige påtale fra Patientklagenævnet. Nu indføres pligten i et cirkulære fra Sundhedsstyrelsen.

4

### Børn får også refleksdystrofi



Ubehandlet refleksdystrofi kan blive langvarig og påvirke børnenes sociale liv. Fysioterapi er en vigtig del af behandlingen.

10

### Pertrokantær stressfraktur efter kondiløb

Kasuistik: En kvinde pådrog sig en stressfraktur i forbindelse med et kondiløb. Tilstanden blev først opfattet som en fibersprængning eller forstrækning.

14

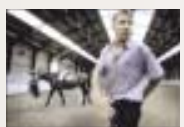
### Fysioterapeut på Sukkertoppen



Judith Forbert Petersen er fysioterapeut i den grønlandske by Maniitsoq. Et job, der er rigt på anderledes oplevelser, men også på kommunikationsvanskeligheder.

16

### En duft af fysioterapi



Fysioterapeuterne skal finde deres plads i verden, mener Carsten Funder. Hans egen plads er i øjeblikket i ridefysioterapien.

22

### Nye regler for markedsføring

Fra den 1 september er reklameringsreglernes snærende bånd løst, og man må reklamere med stort set alt.

26

### Pas på lommemesmerter



Engelske fysioterapeuter har observeret et stigende antal mænd, hvis klager over lændesmerter kan relateres til tegnebogen i baglommen, oplyser BBC. Skaden skulle angiveligt opstå ved, at mændene sidder på deres tegnebog, der dermed presser på iskias-nerven. Særlig slemt er det, hvis de sidder på tegnebogen, mens de kører bil. Det kan føre til stærke smerter eller følelsesløshed i ben, ankel eller fod. Tilstanden er blevet så almindelig, at den har fået sit eget navn: Baglomme-syndrom eller tegnebogsneuropati. "Den enkleste vej til at beskytte sig selv er at tage tegnebogen ud af baglommen. Læg den i jakkelommen eller et andet sted", lyder rådet fra fysioterapeut Julian Firth.

## Debat om overenskomst

Forbedret økonomi og plads til faglig udvikling. Sådan lyder hovedbudskabet i den pjece, som forhandlingsudvalget for praksisområdet netop har udsendt til alle praktiserende. Tiden er nemlig kommet til at diskutere og indsamle krav til forhandlingerne om sygesikringsoverenskomsten, der udløber 1. juni 2004. Derfor indbydes praktiserende fysioterapeuter fra hele landet de næste måneder til en række debattmøder.

Det vil være naturligt at tage afsæt i erfaringerne med den nuværende overenskomst, der har fungeret i over to år, og som har medført en række store fornyelser på praksisområdet. Ligeledes vil det være oplagt at inddrage erfaringerne med de mange aktiviteter og den faglige udvikling, som har fundet sted de seneste par år. Jeg tænker blandt andet på praksis-certifikatet og den omfattende patienttilfredshedsundersøgelse. Målet er, at vi også i den næste overenskomstperiode kan udvikle de praktiserendes virksomhedsgrundlag på bedste vis.

En bedre økonomi vil naturligvis stå højt på kravlisten, men mere udviklingsorienterede krav som større fleksibilitet i ydelsesvalget og flere muligheder for differentierede tilbud og honorarer er også interessant at diskutere. Eksempelvis er der stor politisk bevågenhed på motion på recept konceptet, som er et spændende område for praktiserende fysioterapeuter. Ligeledes er Danske Fysioterapeuter i gang med at anerkende de første specialister. Derfor vil det også være relevant at vende spørgsmålet, om der skal være differentierede takster for praktiserende med specialiststatus.

Nye ydelser, arbejdsområder og kompetencer stiller krav til kvalitetssikring og ledelse på klinikkerne. Spørgsmålet er, hvordan vi i overenskomsten tilrettelægger vilkår og muligheder for - samt forpligtelser til - dette arbejde. Og hvordan vi sikrer, at der er plads til faglig udvikling, uden at det går ud over det daglige arbejde på klinikken. Udvikling koster tid, penge og menneskelige ressourcer. Derfor slipper vi heller ikke for at diskutere finansiering i form af, hvor store bidrag der bør tilfalde praksisfonden, ligesom spørgsmålet, om den eksisterende landskapacitet af ydernumre er stor nok, vil komme op og vende.

Det er vigtigt, at forhandlingsudvalget får et stærkt mandat, når forhandlingerne med Sygesikringen går i gang efter nytår. Derfor skal jeg opfordre alle praktiserende til at blande sig i debatten og møde frem til møderne i kredsene. Det er nu, vi lægger de næste sæt skinner for udvikling i praksis-sektoren. Vil du være med til at bestemme retningen, så deltag i debatten.



**Af Johnny Kuhr**  
formand for  
Danske  
Fysioterapeuter

### Fysioterapeuten



**FORSIDE:**  
GITTE SKOV

**Udgiver:**  
Danske Fysioterapeuter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon 33 13 82 11  
Redaktionens fax:  
33 13 01 77

**E-mail:**  
Redaktionen@fysio.dk  
www.fysio.dk

**Redaktion:**  
Informationschef  
Mikael Mølgaard, ansv.red.  
mm@fysio.dk  
Faglig redaktør Vibeke Pilmark  
vp@fysio.dk  
Journalist Anne Guldager  
ag@fysio.dk  
Sekretær Jonna Søgaard Harup  
jsh@fysio.dk

**Webredaktør:**  
Martin Goldbach Olsen  
e-mail: mgo@fysio.dk

**Forretnings- og  
stillingsannoncer:**  
Panorama Media a/s  
70 10 35 33  
www.panoramamedia.dk  
info@panoramamedia.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  
Jørgen Jalving  
Susanne Sternberg  
Iben Baadsgaard  
Hanne Albert  
Hanne Morthorst  
John Verner  
Janne Mørch  
Christian Coupe  
Ulla Mulbjerg  
Poul Henriksen  
Jeanette Præstegaard  
Karen Thøgersen  
Nina Beyer  
Jette Christensen  
Bente Holm

ISSN 1601-1465





## Glemmer at skrive i journalen

**(PLIGT)** Selv om fysioterapeuter ifølge lovgivningen hidtil ikke har haft egentlig journalføringspligt, er manglende journalføring den mest almindelige påtale fra Patientklagenævnet til fysioterapeuter. Nu indføres pligten i et cirkulære fra Sundhedsstyrelsen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO MIKKEL ØSTERGAARD/MIRA, SONJA ISKOV

”Nævnet mener, at fysioterapeutens optegnelser er mangelfulde”.

”Nævnet finder, at fysioterapeuten har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sine optegnelser vedrørende behandlingen”.

”Det ville have været hensigtsmæssigt, om fysioterapeuten i et journalnotat havde beskrevet den udførte behandling og undersøgelse”.

I Patientklagenævnets årsberetning for 2002

offentliggøres tre sager, hvor patienter klager over den fysioterapeutiske behandling. I alle tre sager lyder afgørelsen, at der ikke er noget i vejen med selve behandlingen. Det er der derimod med journalføringen, lyder det i nævnets afgørelser.

Den samvittighedsfulde fysioterapeut leder imidlertid forgæves i lovgivningen, hvis hun vil sætte sig ind i omfanget af sin journalføringspligt. Lov om terapiassistenter, der regulerer fysioterapeutens rettigheder og pligter er ikke revideret siden 1968 og indeholder intet om journalføring i modsætning til de love, der regulerer beslægtede områder som for eksempel læger, jordemødre osv.

Danske Fysioterapeuters repræsentanter i Patientklagenævnet, DF's sekretariatsleder Elisabeth Haase og hovedbestyrelsesmedlem Vibeke Laumann har derfor haft det svært i forbindelse med behandlingen af sagerne. De er enige i, at en ordentlig journal hænger naturligt sammen med den "omhu og samvittighedsfuldhed", som fysioterapeuter er forpligtet af ifølge lov om terapiassistenter. Men ligefrem at give påtale for dårlig journalføring, når der ikke specifikt er formuleret en pligt i lovgivning eller vejledninger, mener de er betænkeligt.

I de omtalte tilfælde har de derfor afgivet dissens, som det hedder – hvilket betyder, at de har været uenige med nævnets flertal vedrørende afgørelsernes ordlyd.

### CIRKULÆRE PÅ TRAPPERNE

I juli sidste år rettede DF derfor henvendelse til Sundhedsstyrelsen for at få orden i sagerne og en forpligtelse nedfældet på skrift.

"Danske Fysioterapeuter finder, at der med denne praksis for afgørelser foreligger en ny situation vedrørende journalføringspligt for fysioterapeuter, som vores medlemmer ikke er bekendt med, og som dermed er et brud på almene principper for retssikkerhed", lød det blandt andet i DF's henvendelse til Sundhedsstyrelsen, der siden er blevet fulgt op med et møde og et udkast til et cirkulære, udarbejdet af DF.

Overlæge i Sundhedsstyrelsen Michael von Magnus siger nu til Fysioterapeuten, at et cirkulære er lige på trapperne. Da han desuden fortæller, at det til forveksling ligner DF's udkast, kan sløret ►

### CASE 1

Patient Y er en 50-årig kvinde, hvis problemer går tilbage til 1993, hvor Y blev opereret for et kompliceret brud i højre fodled. I august 2001 bliver Y af sin praktiserende læge henvist til fysioterapeutisk behandling for belastningssmerter i stort set alle led samt kroniske smerter i ryg og lænd.

Y er herefter til behandling hos fysioterapeuten otte gange frem til 21. september 2001. På sygehuset får Y røntgenundersøgt højre fodled. Røntgenoptagelserne viser følger efter det tidligere brud, men ikke at noget skulle have ændret sig fra røntgenoptagelser i 1994. Ved den efterfølgende undersøgelse bliver der ikke fundet mulighed for operation, og der bliver ordineret en såkaldt RON-walker bandage. Y har klaget over, at fysioterapeuten ikke behandlede korrekt, fordi øvelserne medførte, at Y fik meget ondt i sin højre fod. Ifølge Y hævede foden efter behandlingen, og hun fik flere og flere smerter. Y oplyser også i sin klage til nævnet, at hun nu er nødsaget til at benytte krykker og Don-joy McWalker støvle.

Patientklagenævnet har vurderet, at fysioterapeuten, inden han påbegyndte behandlingen har foretaget en relevant undersøgelse, og at den øvelse, som fysioterapeuten valgte til udspænding af hoftelæddets bøjemusklér er almindelig anerkendt. Nævnet mener ikke, at fysioterapeuten havde grund til at tro, at den valgte øvelse kunne have en smerteprovoerende effekt på ankelleddet. At det alligevel skete, må betragtes som et hændeligt uheld, lyder det i nævnets afgørelse.

Patientklagenævnet mener altså, at fysioterapeuten har undersøgt og behandlet "i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard", som det hedder. Men fysioterapeuten slipper alligevel ikke for en påtale. **"Nævnet fandt, at fysioterapeuten havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med sine optegnelser af behandlingsforløbet, jf. lov om terapiassistenter. Efter en konkret vurdering fandt nævnet, at optegnelserne var mangelfulde, da der kun var et undersøgelsesnotat ved behandlingens begyndelse, men herefter ikke er notater, der beskrev den aktuelle hændelse, eller hvilke informationer patienten havde modtaget om de opståede smerter i forbindelse med behandlingen"**.

Kilde: patientklagenævnets årsberetning 2002

Patientklagenævnet består af en formand, 4 næstformænd og 80 medlemmer, hhv. lægmænd og fagligt uddannede. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af formanden eller en næstformand, 2 lægmandsrepræsentanter og 2 repræsentanter for den gruppe af sundhedspersoner, sagen vedrører. Patientklagenævnets afgørelser er endelige, men sagen kan dog genoptages, hvis nævnet modtager nye væsentlige oplysninger

Munksgaard har netop udgivet "Patientsikkerhed fra sanktion til læring" et redskab i udviklingen af et mere sikkert sundhedsvæsen. 276 sider, kr. 268.

Patientklagenævnet oprettede i 2002 2.949 sager, 9,3 procent flere end året før. 28, eller 0,9 procent, af de oprettede sager drejede sig om fysioterapeutisk behandling. 72 procent af klagerne vedrørte fysioterapeuter i praksissektoren. 63 procent af klagerne drejede sig om behandlingen hos mandlige fysioterapeuter.

fakta

fakta

Fysioterapeuter, der støder på en patient, som vil klage over behandlingen enten i fysioterapien eller andre steder, kan henvise til Patientklagenævnets pjece "Vil de klage over sundhedsvæsenet". Den kan downloades fra Patientklagenævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) eller bestilles pr. telefon: 3338 9500.

► allerede her løftes for, hvilke krav der bliver til journalens indhold:

Journalen skal indeholde alle relevante oplysninger af betydning for behandlingen af patienten. Det betyder blandt andet dato for undersøgelse og behandling, ordination, foretagne undersøgelser, iværksat behandling samt optegnelser om, hvilken information der er givet til patienten om helbreds-tilstand og behandlingsmuligheder.

I 1998 kom Lov om Patienters Retsstilling, hvor begrebet "informeret samtykke" blev indført. Informeret samtykke betyder, at der ikke må indledes en behandling, uden at patienten er indstillet på det efter at have modtaget fyldestgørende information. Et samtykke kan ifølge loven være enten

skriftligt, mundtligt eller stiltiende, men ifølge det kommende cirkulære skal patientens samtykke til behandlingen fremgå af fysioterapeutens journal.

### GOD GRUND TIL AT KLAGE

Journalføringspligt eller ej, har de patienter, der klager, som regel en god grund til det, mener Elisabeth Haase og Vibeke Laumann, der har repræsenteret DF i Patientklagenævnet i henholdsvis 15 og 6 år.

"Vi er som regel enige i afgørelserne, og jeg synes, vi er gode til ikke at sidde og dække urimeligt over fysioterapeuterne. En klage bunder næsten altid i dårlig kommunikation. Hvis fysioterapeuten bare havde talt med patienten og forklaret sig, givet information om virkninger og bivirkninger og lavet en behandlingsplan i samråd med patienten og løbende hen ad vejen snakket om, hvordan det gik, og hvordan progressionen var, så havde vi ikke de klager. Det er simpelthen fysioterapeuten, som kommunikerer dårligt med patienten. Det er, som om fysioterapeuten tror, at patienten ved præcis, hvad der skal foregå. Hvis patienten kommer med en dårlig fod, men får behandling i ryggen, er det mindste man kan gøre da at fortælle patienten hvorfor", mener Elisabeth Haase.

Ifølge Vibeke Laumann handler det om at få afstemt forventningerne.

"Patienten møder altid op med nogle forventninger. Hvis fysioterapeuten har nogle andre forventninger, men ikke udtrykker dem over for patienten, vil et behandlingsforløb aldrig kunne blive en succes".

Vibeke Laumann ved som praktiserende fysioterapeut, at undskyldningerne for ikke at få informeret og dokumenteret tilstrækkeligt kan være mange: tiden er knap, og patienterne vil behandles, ikke snakke. Men det er forkert, mener hun.

"Fra den tilfredshedsundersøgelse, der er blevet lavet på praksisområdet, ved vi, at det, patienten ønsker, er information og vejledning. Det er næsten vigtigere end selve behandlingen".

### JOURNAL PÅ HOLDBEHANDLING

De fleste klager over fysioterapeuter handler om oplevelser i praksissektoren. Ifølge Vibeke Laumann hænger det sammen med, at patienterne oplever

## CAVALIER

Gangcykler / gangstole  
til leg, helse og idræt



Se hele produktprogrammet  
på [www.petrabike.com](http://www.petrabike.com)



Tel: +45 4819 5064    mail@petrabike.com  
Fax: +45 4819 5066    www.petrabike.com

Elisabeth Haase og Vibeke Laumann er DF's repræsentanter i Patientklagenævnet.



et dårligt hospitalsforløb i højere grad som lægens ansvar.

Men selvom klager over fysioterapeutisk behandling på hospitalerne ikke er hverdagskost, sker det dog. Og også i det regi har det indimellem været svært at fremskaffe en fyldestgørende journal, når Patientklagenævnet har bedt om den. Ikke mindst hvis behandlingen foregår på hold, kan der være tendens til, at man ikke får ført notater på hver enkelt patient.

I de offentliggjorte sager fra 2002 er det ikke den manglende journalføring, der har været egentlig anledning til patientens klage. Den slags er noget, der typisk dukker op i forbindelse med nævnets behandling af sagerne. Men generelt for både disse og det absolutte flertal af de andre sager, Elisabeth Haase og Vibeke Laumann i tidens løb har siddet med, er den dårlige kommunikation.

"Patienter er voksne menneske – fortæl dem dog, hvad der skal ske", opfordrer Elisabeth Haase. Og Vibeke Laumann tilføjer: "ikke for at undgå at få en sag på halsen, men for at give den bedste behandling. Den giver man ved at informere".

*I DF's håndbog, der er udsendt til samtlige medlemmer og desuden kan downloades på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk), er trykt dels Lov om Terapiassistenter, dels Lov om Patienters retsstilling.*

*Skulle man blive involveret i en klagesag, kan man ligeledes på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk) finde gode råd til udformning af et klagesvar.*

## CASE 2

Den 15. december 2000 bliver patient X, en 53-årig mand, indlagt på ortopædkirurgisk afdeling med en achilleseneruptur efter fodboldspil. Han bliver herefter behandlet med gips og gåbandage og afslutter behandlingen den 25. januar.

Den 29. januar henvender X sig til en fysioterapeut med henvisning fra egen læge. I løbet af fire behandlinger kommer der klar bedring. Der er dog stadig tendens til hævelse, og fysioterapeuten henviser til kontrol hos lægen.

Lægen henviser den 19. februar til undersøgelse på ortopædkirurgisk ambulatorium. Her bliver det blev vurderet, at der kan være tale om en tilkommen blødning. Den 28. februar henvender X sig i ortopædkirurgisk ambulatorium, hvor der konstateres tydelig defekt svarende til achillesenen, og den 8. marts foretages fornyet sammensyning.

Af X's klage til Patientklagenævnet fremgår det, at fysioterapeuten forcerede genoptræningen af X's achillesene, blandt andet ved at lade X benytte en stepmaskine, der var indstillet forkert.

Det fremgår af det fysioterapeutiske notat den 19.

februar 2001, at der var hurtig fremgang med bevægeligheden, at der var opnået middel muskelstyrke den 8. februar 2001, samt at X på grund af fortsat voldsom hævelse blev tilset af en læge, som ikke gjorde yderligere, og at træningen blev fortsat. Der var forud for træningen afprøvet gang på hæl og tå, og da dette gik fint, ville man forsøge med ubelastet stepmaskine, hvorefter X ved første trin fik kraftig smerte og blev sendt til lægekontrol, uden at der blev konstateret achillesruptur. Det fremgår af notatet, at stepmaskinen var indstillet på positionen 0.

På den baggrund finder nævnet ikke grundlag for at antage, at stepmaskinen var belastet, og mener ikke, at det havde været nødvendigt teste patientens lægmuskel forud, når patient aktivt kunne foretage vægtbærende øvelser på det skadede ben, herunder gangfunktion. Nævnet finder derfor, at fysioterapeuten har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Men heller ikke denne fysioterapeut klarer helt frisag i Patientklagenævnet.

X har i brev af 4. marts 2001 til sagen oplyst, at han i perioden fra den 29. januar til den 19. februar 2001 modtog cirka 10 behandlinger hos fysioterapeuten. Der foreligger imidlertid kun ét samlet fysioterapeutnotat for perioden fra den 29. januar til den 19. februar 2001. Notatet fylder fire linjer, og heri er der angivet to specifikke konsultationsdatoer, henholdsvis den 8. og den 19. februar 2001.

**"Nævnet fandt, at notatet er for sparsomt, idet et fysioterapeutnotat bør indeholde eksakte beskrivelser af såvel de anvendte test, ligesom det af notatet bør fremgå, hvordan den fysioterapeutiske behandling, herunder de anvendte øvelser, bliver udført".**

Kilde: patientklagenævnets årsberetning 2002





## Nedsat kontingent

**(FRIST)** ■ Er du arbejdsløs/på barsel med sygedagpenge eller skal du på orlov kan du ansøge om nedsat fagforeningskontingent. Næste ansøgningsfrist er den 10. september. Læs mere i Fysioterapeuten nr. 14 side 9 eller gå ind på [www.fysio.dk/servicecenter/blanketservice](http://www.fysio.dk/servicecenter/blanketservice).

## Erfa-grupper efterlyses

**(STOP LØFT)** ■ Er du med i en erfagruppe med fokus på personhåndtering og har du lyst til at være med til at kortlægge eksisterende erfagrupper i Danmark? Send oplysning om navne, adresse, arbejdssted og e-mail på erfagruppens medlemmer til DF: [sk@fysio.dk](mailto:sk@fysio.dk) eller pr. post til Danske Fysioterapeuter, Nr. Voldgade 90, 1358 Kbh. K, att. Susan Kranker.

Målet er at udarbejde en liste over grupperne, således at alles erfaringer kan deles og udnyttes. Listen tænkes uddelt på Stop Løft temadagen den 4. februar. Følg med i programmet for temadagen på [www.fysio.dk/kurser](http://www.fysio.dk/kurser)

## Forkert adresse

**(UNDSKYLD)** ■ Af Fysioterapeuten nr. 14 fremgik, at Thomas Maribo har e-mail adresse: [tm@fysio.dk](mailto:tm@fysio.dk). Det er forkert. Den adresse har Thomas Morsbøl, kredssekretær i Århus. Thomas Maribo har adressen [tmh@fysio.dk](mailto:tmh@fysio.dk)

### PATIENTKLAGER I ETISK UDVALG

Etisk Udvalg i DF har haft patientklager på dagsordenen. Med udgangspunkt i Patientklagenævnets årsberetning er der blevet talt om dårlig journalføring og dens konsekvenser. Etisk Udvalg lagde vægt på, at diskussionen ikke handlede om, hvordan man undgår klagerne, men at udgangspunktet var, at dokumentationen er en forudsætning for et ordentlig behandlingsforløb. Under diskussionen sagde Jeanette Præstegaard blandt andet, at "dokumentationen er lige så vigtig som den konkrete håndspålæggelse", mens Brian Errebo-Jensen mente, at "manglende journalføring er et resultat af faglig dovenskab". Overfysioterapeut Dorthe Maagaard oplever ofte fysioterapeuter, der ikke vil bruge tid på papirarbejde, fortalte hun. Til det lyder hendes kommentar: "Jeg holder meget af fysioterapeuter og deres enorme faglighed, men hvorfor skal vi blive ved med at snakke om det her. Hvis man ser 15-20 patienter i løbet af dagen, kan man ikke huske detaljerne. For resultatets skyld, er man nødt til at notere dem ned".

Etisk Udvalg har emnet på dagsordenen også på sit næste møde.

Foruden Dorthe Maagaard Brian Errebo-Jensen og Jeanette Præstegaard er Britta Bak-kensen medlem af udvalget. Faglig konsulent Annelene Jalving deltager fra sekretariatet.

### CASE 3

Q, en 62-årig kvinde, er i marts 2000 efter et fald i hjemmet blevet lammet fra halsen og nedefter. I december 2000 udskrives hun til plejehjem og til fortsat genoptræning dels i plejehjemets fysioterapi, dels hos praktiserende fysioterapeut.

Fra den 27. februar til den 1. juni 2001 bliver Q behandlet hos fysioterapeut. Den 20. juni indlægges Q på kirurgisk afdeling, hvor der ved røntgenundersøgelse konstateres et lårbenshalsbrud af ældre dato.

Q mener, at det er fysioterapeutens hårdhændede behandling, der er skyld i bruddet. I forbindelse med en behandling i slutningen af april skal der under udstrækningen af benet have lydt et smæld fra venstre hofte, som herefter gjorde meget ondt, men uden at fysioterapeuten af den grund fandt anledning til at undersøge Q's klage over smerterne.

Endvidere klager Q over, at fysioterapeuten i begyndelsen af april skal have forstuvet hendes ankel. Da Q er lam har hun ikke normal følesans, anføres det.

Patientklagenævnt er efter sin behandling af sagen kommet frem til, at det ikke er muligt at fastslå en direkte sammenhæng mellem den fysioterapeutiske behandling og bruddet på lårbenshalsen, og at fysioterapeuten korrekt henviste til en læge, da Q klagede over smerterne.

Med hensyn til ankelforstuvningen mener nævnet, der kan være en sammenhæng, men at der i så fald er tale om et hændeligt uheld, idet behandlingen er udført korrekt. Men - som der står i afgørelsen - "**det havde været hensigtsmæssigt, om fysioterapeuten i et journalnotat havde beskrevet den udførte behandling og undersøgelse**".

Kilde: patientklagenævnets årsberetning 2002



## De ligner ikke hinanden



## ...når det gælder pensionsopsparing

Nogle foretrækker en traditionel kapital- eller ratepension med en garanteret mindsteforrentning.

Andre vil gerne selv bestemme, hvordan pensionen investeres, og selv foretage afvejningen mellem forventet afkast og risiko.

Derfor lancerer vi nu PKA<sup>+</sup>LINKPENSION, hvor du selv har ansvaret for investeringen.

Du vælger investeringsfonde på internettet, hvor du hele tiden kan følge med i udviklingen. Derfor skal du have internetadgang for at oprette en PKA<sup>+</sup>LINKPENSION.

Klik ind på [www.pka.dk](http://www.pka.dk) via PKA<sup>+</sup>/Produkter, og læs mere. Du er også velkommen til at ringe på 39 45 46 24, hvis du ønsker flere informationer. Velkommen på [www.pka.dk](http://www.pka.dk)

**PKA<sup>+</sup>**  
...mere pension



# Børn får også refleksdystrofi

**(OVERSIGTSARTIKEL)** Det er ofte de store børn, der rammes af refleksdystrofi. Ubehandlet kan tilstanden blive langvarig og påvirke børnenes sociale liv. Fysioterapi er en vigtig del af behandlingen, kombineret med effektiv smertebehandling

AF LÆGERNE STEEN W. HENNEBERG, SUSAN M. NIELSEN, FREDDY KARUP PEDERSEN, RIGSHOSPITALET

FOTO MURIEL DE SEZE PETERSEN/SCANPIX

Formålet med denne oversigt er at gøre opmærksom på forekomsten af refleksdystrofi eller complex regional pain syndrome type I og II (CRPS-I og -II) hos børn, gennemgå den foreliggende litteratur og redegøre for behandlingsmulighederne.

CRPS-I er en smertetilstand i en ekstremitet, der er karakteriseret ved, at den sædvanligvis udvikles efter et initialt traume. Smertene er ikke begrænsede til innervationsområdet for en enkelt perifer nerve, og der er et misforhold mellem omfanget af smerterne og det udløsende traume. Samtidig er der tegn på ødem, ændringer i hudgennemblødning, unormal motorisk aktivitet og sensoriske forstyrrelser i form af en kontinuerlig brændende smerte, hyperalgesi eller allodyn i ekstremiteten. Sympatisk refleksdystrofi eller blot refleksdystrofi var indtil for nogle år siden den gængse benævnelse for syndromet, idet det var en udbredt opfattelse, at en forstyrrelse i det sympatiske nervesystem spillede en afgørende rolle for tilstandens opkomst. Imidlertid er genesen langt fra afklaret, og det er grunden til, at man i International Association for the Study of Pain (IASP) i 1994 (1) valgte at ændre betegnelsen for tilstanden til det lidt kryptiske

complex regional pain syndrome type I eller CRPS-I. Betegnelsen CRPS-II anvendes for tilstande, hvor den udløsende årsag er en nerveskade (causalgia). Der er for nylig blevet publiceret en oversigtsartikel i Ugeskrift for Læger (2) om CRPS hos voksne. Det følgende er en gennemgang af den foreliggende litteratur om forekomsten af CRPS hos børn.

## KLINISKE MANIFESTATIONER/ DIAGNOSTIK

Der har gennem adskillige år været en diskussion om, hvorvidt tilstanden primært skyldes en skade i det perifere nervesystem, eller om man mere skal betragte den som værende af psykosomatisk karakter (3). De kliniske manifestationer og forløbet af CRPS hos børn kunne antyde, at genesen ikke er den samme som hos voksne. Det er kun i ringe omfang kendt, at CRPS også forekommer hos børn. Tilstanden er som regel ikke beskrevet i pædiatriske lærebøger, og indtil 1978 var der i alt kun publiceret beretning om otte tilfælde hos børn (4). I 1980'erne og 1990'erne blev der publiceret flere patientserier (5, 6). Ved søgning på PubMed og EMBASE (complex regional pain syndrome and



children eller refl ex dystrophy and children) findes langt de fleste publikationer om emnet dog stadig at være af kasuistisk tilsnit. CRPS ses hyppigst hos større børn og teenagere (median debutalder 12 år, spændvidde 8-15 år) (4), og det er oftest en underekstremitet, som bliver ramt. CRPS ses hyppigere hos piger end hos drenge (ca. 4:1). Børnene bliver ofte beskrevet som værende fysisk aktive, dygtige og ambitiøse i skolen. Angiveligt er der en præmorbid overrepræsentation af psykologiske/psykiatriske tilstande i form af tendens til spændingshovedpine, søvnforstyrrelser, angstanfald, depression og conversion disorders (7-9). Flere forfattere er af den opfattelse, at man hos børn i betydeligt højere grad end hos voksne skal betragte (og behandle) CRPS som en psykosomatisk tilstand. Komplexerede familiære forhold kan også være med i billedet.

Manglende kendskab til forekomsten af CRPS medfører mange steder, at der forløber lang tid fra symptomdebut til diagnose. I en opgørelse var tiden fra symptomdebut til diagnosen blev stillet 23,6 uger (median) (4), og i en anden var den 40 uger (median) (10). I de samme opgørelser fandt man, at samtlige børn havde gennemgået forskellige diagnostiske undersøgelser (røntgen, CT, MR-skanning, UL-undersøgelse, knoglescintigrafi og et bredt spektrum af blodprøver). Der var foretaget i gennemsnit 2,2 undersøgelser per barn, og børnene var i gennemsnit blevet undersøgt af 2,3 læger fra forskellige specialer, inden diagnosen blev stillet. Diagnosen stilles på anamnese og objektive fund (fig. 1). Man bør udelukke differentialdiagnoser, såsom juvenil idiopatisk artrit eller andre gigtsygdomme. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at mere invasiv diagnostik som f.eks. hud- og muskelbiopsi eller artroskopi kan fremkalde en betydelig forværring af CRPS.

## BEHANDLING

Det skal understreges, at der hos børn ikke er lavet kliniske studier, som kan danne grundlag for evidensbaseret behandling, og at der til dato kun foreligger et randomiseret studie, der belyser behandlingseffekt (11). Nedenstående behandlingstiltag er således alle erfaringsbaserede.

Flere opgørelser (4, 11) tyder på, at fysioterapi er en vigtig del af behandlingen, og at resultaterne på længere sigt er gode. Murray et al (4) fandt, at mediantiden til fuld restitution var syv

uger (spændvidde 1-140 uger), efter at diagnosen var stillet. Sherry et al (12) fandt tilsvarende fuld restitution hos 92% af samtlige børn. Lee et al (11) har for nylig publiceret en undersøgelse, hvor 28 børn i alderen 8-17 år blev randomiseret til en gruppe med intensiv fysioterapi (tre gange/uge) og en gruppe med fysioterapi en gang/uge i seks uger. Begge grupper af børn fik også i seks seancer afslapningsøvelser, forskellige former for biofeedback, vejledning i fantasirejser m.m. (cognitivebehavioral treatment). Ved opfølgningen blev der ikke fundet nogen forskel mellem de to grupper med hensyn til varighed af symptomer og behov for anden supplerende behandling. Atten af børnene blev symptomfrie udelukkende på den protokollerede behandling. Børn, der tidligere i forløbet havde fået anden behandling i form af f.eks. guanethedindblokkade, blev ikke randomiseret til undersøgelsen. Ti børn fik senere i forløbet deres behandling suppleret med sympatikusblokkade enten i form af guanethedindblokkade eller epiduralblokkade. Samtlige børn i undersøgelsen blev primært anset for at have CRPS-I, men nærmere undersøgelser viste, at ti ud af 28 snarere måtte karakteriseres som havende CRPS-II. Prognosen og behandlingen for de to typer af CRPS var ens i denne undersøgelse.

## SMERTEBEHANDLING

Fysioterapi er som nævnt en meget vigtig del af behandlingen af CRPS, men da selv den mindste berøring eller aktivitet kan give anledning til akut forværring af smerten, er det ofte i starten svært at give en effektiv fysioterapeutisk behandling. Formålet med smertebehandlingen er derfor at opnå en smertelindring, som muliggør fysioterapi og aktiv genoptræning. Sympatikusblokkade af den pågældende ekstremitet i form af en intravenøs ►

Refleksdystrofi forekommer også hos børn. Det er primært de større børn og teenagere, der får refleksdystrofi. Det er oftest underekstremiteten, der rammes. Manglende kendskab til diagnosen gør, at der går lang tid fra symptomdebut og diagnose. Fysioterapi er en vigtig del af behandlingen, men smertebehandling er nødvendig for at muliggøre fysioterapi. Incidensen af refleksdystrofi blandt børn i Danmark er ukendt, men det er sandsynligt at tilstanden er underdiagnosticeret. Ved en tidlig diagnose og en aktiv behandlingsindsats kan varigheden af tilstanden afkortes betydeligt.

Artiklen har tidligere været bragt i Ugeskrift for Læger 165/24. 9. juni 2003

Fig. 1. Symptomer og tegn på complex regional pain syndrome (CRPS):

Neuropatisk smerte	Autonom dysfunktion
Brændende smerte	Cyanose
Dysæstesier	Marmorering af huden
Paræstesier	Hyperhidrose
Allodyni	Ødem
Hyperalgesi ved kulde	Temperaturforskel mellem ekstremiteter på >3°C

Fig. 2. Behandling af complex regional pain syndrome (CRPS)

Fysioterapi/ergoterapi kombineret med kognitiv behandling 1-3 gange pr. uge evt. suppleret med

- Intravenøs regional guanethedinblokada (IVRGB)
- Intermittent epiduralblokada
- Amitriptylen og/eller nortriptylen
- Paracetamol eller NSAID mon sekundre smerter i muskler/led

Behandlingen gennemføres i et tværfagligt team, der omfatter bl.a. fysioterapeut/ergoterapeut, psykolog, evt. børnepsykiater, børnelæge, smertesyggeplejerske og anæstesiolog.

- ▶ regional guanethedinblokada (IVRGB) giver hos ca. halvdelen af børnene en smertelindring af kortere eller længere varighed (13). Hos de resterende opnår man ingen smertelindring med blokaden. På en underekstremitet kan sympatikusblokade også opnås med en epiduralblokada, og hvis der indlægges et epiduralkateter, kan man gennem flere dage gentage blokaden i forbindelse med fysioterapi. På overekstremiteter kan man benytte sig af blokade af ganglion stellatum evt. gentaget flere gange. Smertebehandlingen per se påvirker næppe sygdomsforløbet. Som tidligere omtalt er mange af publikationerne kasuistikker, hvor der redegøres for forskellige medikamentelle (vellykkede) behandlinger med en række forskellige farmaka. Vurderingen af de forskellige behandlinger vanskeliggøres af, at CRPS hos mange børn er selvlimiterende. En længere tids medikamentel behandling vil således hos et antal patienter være sammenfaldende med en naturlig forbedring af tilstanden. Kontrollerede randomiserede studier er naturligvis den eneste mulighed for at afklare disse spørgsmål (14), men den lave incidens gør det meget svært at gennemføre sådanne.

Der foreligger kasuistiske meddelelser om gunstig virkning af tricycliske anti-depressiva i lav dosering (0,5-1,0 mg/kg/døgn) (15). NSAID-præparater og paracetamol har som regel ingen effekt på smerterne. Gabapentin er også i kasuistiske meddelelser (16) tilskrevet en gunstig effekt, men der foreligger ikke kontrollerede undersøgelser. Behandling med nifedipin og/eller phenoxybenzamin er blevet anvendt i en ukontrolleret serie af patienter (17). Intravenøs regional blokade med clonidin er ligeledes blevet

anvendt i en lille serie af patienter (18). Torakoskopisk sympatektomi (19) er ligeledes blevet beskrevet som en succesfuld behandling, men også her mangler der kontrollerede undersøgelser (14).

Det samme er tilfældet med transkutan nervestimulation (TNS), som især blev anvendt i 1980'erne (20). Opioider har typisk ingen nævneværdig effekt på smerterne, og brugen heraf vil blot medføre en række bivirkninger. Systemisk tilførsel af kortikosteroider anbefales til voksne (2), men der foreligger ingen randomiserede undersøgelser om effekten heraf hos børn. Den kliniske erfaring med brug af kortikosteroider har imidlertid været skuffende (21), og behandlingen anvendes ikke på nogen af de centre, hvor der behandles mange børn med CRPS (Boston, Seattle og Stockholm).

Brugen af intermitterende epiduralblokada bør ikke være det primære valg, men kan være nødvendig, hvis man ikke opnår effekt af guanethedinblokada eller anden medikamentel behandling. I disse tilfælde skal behandlingen foregå under nøje overvågning, og man skal være opmærksom på risikoen for infektion, når epiduralkatetret er anlagt i mere end 2-3 døgn.

## DISKUSSION

Ubehandlet giver CRPS anledning til en ofte langvarig (måneder til år) smertetilstand, hvor børnene er henvist til at gå med krykker og er afskåret fra at deltage i normale fysiske aktiviteter med deraf følgende negative virkninger på skolegang





og socialt liv for hele familien. Det er vist i kontrollerede studier hos voksne, at guanethedindblokkade ikke på længere sigt påvirker prognosen, selv om en del patienter opnår en god smertelindring i kortere eller længere tid (14).

Det fremgår af ovenstående, at behandlingen bedst gennemføres i et tværfagligt team, der indbefatter fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog evt. børnepsykiater, børnelæge, smertesygplejerske og anæstesiolog (fig. 2). På lang sigt er prognosen imidlertid god, og kun undtagelsesvis ender det med en kronisk smertetilstand. I de få behandlingsresistente tilfælde har man i flere undersøgelser haft god effekt af bagstrengsstimulation (22).

Det manglende kendskab til CRPS medfører ofte en betydelig forsinkelse af diagnose og behandling. Formentlig kan der være tale om, at en hel del børn gennemgår et langvarigt forløb, uden at man nogensinde får stillet den rette diagnose. Resultaterne fra et italiensk arbejde tyder på, at der er en betydelig underdiagnosticering af tilstanden (23). Ved Astrid Lindgrens Sjukhus i Stockholm har man i en del år haft en aktiv politik omkring CRPS og informeret blandt læger og sygeplejersker, som er involveret i børnehelse (barnavårdscentraler). Børn med formodet CRPS henvises derfor hurtigt til et smerteambulatorium på sygehuset, hvor man ser 16 til 18 nye tilfælde pr. år fra Stockholmsområdet.

De fleste tilfælde bliver nu henvist blot 4-8 uger efter symptomdebut. På børneafdelingen på Rigshospitalet har vi i perioden fra 1997 til 2002 behandlet ti børn, og heraf var fire børn ikke fra Københavnsområdet.

## KONKLUSION

Incidenten af CRPS hos børn i Danmark er ukendt, men der er sandsynligvis tale om en betydelig underdiagnosticering. Diagnosen stilles på anamnese og kliniske fund. Ved en tidlig diagnose og en aktiv behandlingsindsats kan varigheden af tilstanden afkortes betydeligt. Fordelene herved er indlysende, såvel menneskeligt som økonomisk.

Reprints: Steen W. Henneberg, Anæstesi- og Operationsafdeling 4013/4014, Juliane Marie Centret, H:S Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100 København Ø.

1. Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994.
2. Petersen GK, Jensen MR, Dahlin LB et al. Refleksdystrofi. Ugeskr Læger 2002;164: 5019-24.
3. Pawl RP. Controversies surrounding reflex sympathetic dystrophy: a review article. Curr Rev Pain 2000;4:259-67.
4. Murray CS, Cohen A, Perkins T et al. Morbidity in reflex sympathetic dystrophy. Arch Dis Child 2000;82:231-3.
5. Olsson GI, Arnér S, Hirsch G. Reflex sympathetic dystrophy in children. Adv Pain Res Ther 1990;15:323-31.
6. Lloyd-Thomas AR, Lauder G. Lesson of the week: reflex sympathetic dystrophy in children. BMJ 1995;310:1648-9.
7. Rauis AL. Psychological aspects. Acta Orthop Belg 1999;65:86-90.
8. Silber TJ. Anorexia nervosa and reflex sympathetic dystrophy syndrome. Psychosomatics 1989;30:108-11.
9. Jaworowski S, Allen RC, Finkelstein E. Reflex sympathetic dystrophy in a 12-year-old twin with comorbid conversion disorder in both twins. J Paediatr Child Health 1998;34:581-3.
10. Davies K. Reflex sympathetic dystrophy in children - our experience. Electronic letter 30 august 2000 to <http://adc.bmjournals.com/cgi/eletters/archdischild;82/3/231/> okt. 2002.
11. Lee BH, Scharff L, Sethna NF et al. Physical therapy and cognitive-behavioral treatment for complex regional pain syndromes. J Pediatr 2002;141: 135-40.
12. Sherry DD, Wallace CA, Kelley C et al. Short- and long-term outcomes of children with complex regional pain syndrome type I treated with exercise therapy. Clin J Pain 1999;15:218-23.
13. Dangel T. Chronic pain management in children. Part II: reflex sympathetic dystrophy. Paediatr Anaesth 1998;8:105-12.
14. Kingery WS. A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. Pain 1997;73: 123-39.
15. Wilder RT, Berde CB, Wolohan M et al. Reflex sympathetic dystrophy in children. J Bone Joint Surg Am 1992;74:910-9.
16. Wheeler DS, Vaux KK, Tam DA. Use of gabapentin in the treatment of childhood reflex sympathetic dystrophy. Pediatr Neurol 2000;22:220-1.
17. Muizelaar JP, Kleyer M, Hertogs IA et al. Complex regional pain syndrome (reflex sympathetic dystrophy and causalgia): management with the calcium channel blocker nifedipine and/or the alpha-sympathetic blocker phenoxybenzamine in 59 patients. Clin Neurol Neurosurg 1997; 99:26-30.
18. Reuben SS, Sklar J. Intravenous regional anesthesia with clonidine in the management of complex regional pain syndrome of the knee. J Clin Anesth 2002;14:87-91.
19. Honjyo K, Hamasaki Y, Kita M et al. An 11-year-old girl with reflex sympathetic dystrophy successfully treated by thoracoscopic sympathectomy. Acta Paediatr 1997;86:903-5.
20. Kesler RW, Saulsbury FT, Miller LT et al. Reflex sympathetic dystrophy in children: treatment with transcutaneous electric nerve stimulation. Pediatrics 1988;82:728-32.
21. Olsson G, Berde C. Neuropathic pain in children and adolescents. I: Schechter NL, Berde CB, Yaster M, eds. Pain in infants, children and adolescents. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993: 473-94.
22. Kemler MA, Reulen JP, Barendse GA et al. Impact of spinal cord stimulation on sensory characteristics in complex regional pain syndrome type I: a randomized trial. Anesthesiology 2001;95:72-80.
23. Cimaz R, Matucci-Cerinic M, Zulian F et al. Reflex sympathetic dystrophy in children. J Child Neurol 1999;14:363-7.



# Pertrokantær stressfraktur efter kondiløb

**(KASUISTIK)** En kvinde pådrog sig en stressfraktur i forbindelse med et kondiløb. Tilstanden blev opfattet som en fibersprængning eller forstrækning og blev i første omgang behandlet med analgetika og aflastning

AF RESERVELÆGE ZAID T-J AL-AUBAIDI OG THOMAS LIND, HILLERØD SYGEHUS, ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING O.

FOTO JOHNER/SCANPIX

Stressfraktur efter idræt, hyppigt lokaliseret til metatarser og tibia, er velkendt (1). Stressfrakturer lokaliseret til collum femoris hos patienter med osteoporose (2, 3), men også hos yngre patienter (4) er beskrevet. Pertrokantære stressfrakturer er kun nævnt sporadisk.

Den øgede interesse for at dyrke idræt og motion også i ældre aldersgrupper frembyder nye sygdomsbilleder og årsagssammenhænge. Vi har derfor fundet det relevant at fremlægge følgende sygehistorie.

## SYGEHISTORIE

En 62-årig rask kvinde, som ikke tidligere havde været særlig idrætsaktiv, påbegyndte som et led i firmaets motionsprogram løbetræning i firmaets sportsforening. Sammen med andre ansatte løb hun tre gange ugentligt. Under en af disse løbeture cirka 11 uger (25 løb) efter træningsstart opstod der pludseligt og ikke forudgået af fald eller andet traume smerter i højre hofteregion lokaliseret i lysken. Patienten humpede tilbage ved egen hjælp og henvendte sig dagen efter til egen læge. Tilstanden blev opfattet som en fibersprængning eller forstrækning og blev behandlet med analgetika og aflastning.

En måned senere blev patienten henvist til fysioterapi, hvor hun modtog 24 behandlinger. Pga. vedvarende gener fra højre hofteregion blev hun



henvist til røntgen, som blev foretaget seks måneder efter smerternes opståen. Billedet viste en pertrokantær (Evans type 2) fraktur, der var ophælet i varusfejlstilling. En knoglescintigrafi gav ikke formodning om caputnekrose. Patienten modtog herefter fysioterapi i yderligere en periode.

Ved efterundersøgelse to år efter havde patienten belastningsrelaterede smerter i højre hofte, igangsætningsmerter samt 1 cm benforkortning. Herudover fandt man bevægeindskrænkning specielt i fleksion (70 grader) og udadrotation (40 grader).

## DISKUSSION

Stressfraktur kan resultere af gentagende submaksimal belastning, som ændrer balancen mellem knogleresorption og -formation (5). Pludselig øget fysisk aktivitet uden tilstrækkelige hvileperioder kan forårsage øget osteoklastisk aktivitet. Dette kan medføre mikrofrakturer, som kan resultere i stressfraktur (2, 3).

Disponerende faktorer kan være: mindsket østrogen- eller testosteronniveau pga. ekstrem træning, osteoporose, dårlig almentilstand, længerevarende steroidbehandling, dårlig ernæringstilstand samt menstruationsuregelmæssigheder (6). Differentialdiagnostisk må følgende overvejes: periostitis, infektion, avulsionsskader, muskulær forstrækning, bursitis og neoplasme (7). Diagnosen stilles ved røntgen, som evt. må gentages efter 2-3 uger ved vedvarende symptomer, eller suppleres med scintigrafi, når diagnosen er usikker (8). I sjældne tilfælde kan det være nødvendigt at supplere med CT. Hos de motionsaktive ældre med en anamnese, der ligner den ovenfor refererede, må disse undersøgelser foretages på vid indikation.

Behandling af radiologisk verificerede hofte-nære stressfrakturer er operativ for at hindre sekundær dislokation og ved mediale frakturer caputnekrose (9). Profylakse i form af grundig information og træ-

ningsvejledning er væsentlig, særlig i tilfælde som det her beskrevne, hvor relativt utrænede individer pludselig motiveres til en kraftig øgning i motionshyppighed og intensitet. Kondiløbere bør instrueres i vigtigheden af at dosere distancen fornuftigt under hensyntagen til grundform og træningstilstand. Forebyggelse i form af sufficient støddæmpning i løbeskoen er væsentlig (10).

## LITTERATUR

1. Green NE, Rogers RA, Lipscomb AB. Nonunions of stress fractures of the tibia. *Am J Sports Med* 1985;13: 171-6.
2. Stanitski CL, McMaster JH, Scranton PE. On the nature of stress fractures. *Am J Sports Med* 1978;6:391-6.
3. Shin AY, Gillingham BL. Fatigue fractures of the femoral neck in athletes. *Am Acad Orthop Surg* 1997;5: 293-302.
4. Frandsen PB. Stress fraktur i collum femoris hos yngre langdistance-løber. *Ugeskr Læger* 1989;20:151.
5. Poulsen KA, Christensen JK, Frøendal-Pedersen A. Stressfraktur. *Ugeskr Læger* 1992;154:2659-61.
6. Barrow GW, Sha S. Menstrual irregularity and female distance runners. *Am J Sports Med* 1998;16:209-16.
7. Barry PB, Daryl GO. High-risk stress fractures evaluation and treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 2000;8: 344-53.
8. Chisin R, Milgrom C, Giladi M et al. Clinical significance of nonfocal scintigraphic findings in suspected tibial stress fractures. *Clin Orthop* 1987;220: 200-5.
9. Johansson C, Ekenman I, Tornkvist H et al. Stress fractures of the femoral neck in athletes: the consequence of a delay in diagnosis. *Am J Sports Med* 1990;18: 524-8.
10. Jørgensen U, Bojsen-Møller F. The shock absorbency of the shoe-heel interaction-with special respect to the heel pad, individual variations, response to trauma and external confinement. *Foot Ankle* 1989;9:294-9.

Flere ældre er begyndt at dyrke idræt, og der er derfor opstået nye skader i forbindelse med idrætsudøvelsen. I denne kasuistik beskrives en 62-årig kvindes sygdomsforløb i forbindelse med, at hun pådrog sig en stressfraktur i hofte under et motionsløb.

Artiklen har tidligere været bragt i *Ugeskrift for Læger* · 9. juni 2003, nr. 24.

# Fysioterapeut på Sukkertoppen

(ARBEJDSLIV) Judith Forbert Petersen er fysioterapeut i den grønlandske by Maniitsoq. Et job, der er rigt på anderledes oplevelser, men også på kommunikationsvanskeligheder

TEKST OG FOTO FYSIOTERAPEUT JUDITH FORBERT PETERSEN

En nyuddannet fysioterapeut i Grønland tjener 16.400 kroner om måneden. Til gengæld arbejder man 40 timer om ugen og ofte alene. Judith Forbert Petersen er en af de 26 fysioterapeuter i det store land. Hun fortæller her om en hverdag med sprogvanskeligheder, men også med spændende kulturmøder.

Jeg kom til Vestgrønland den 26. august 2002. Ideen med at tage hertil og arbejde var begyndt at tage form et års tid tidligere, da jeg og min mand, der også er fysioterapeut, syntes det kunne være spændende at prøve at bo og arbejde her.

Uden for Nuuk var der kun ét sted med to fysioterapeutstillinger, og det var i Maniitsoq eller Sukkertoppen, som det hedder på dansk.

Da vi havde sendt vores ansøgninger af sted, viste det sig imidlertid, at der kun var én stilling på sygehuset, men vi fik mundtlig lovning på, at der sandsynligvis kunne blive oprettet en stilling i kommunen til mig, når jeg fulgte efter nogle måneder senere. Det satte vi så vores lid til, og den første uge på vor nye bopæl krydsede jeg fingre for, at kommunen så også besluttede sig for det, når det kom til stykket.

## ALDERDOMSHJEMMET

Det gjorde de heldigvis, men på betingelse af, at jeg selv kom med forslag til min jobprofil.

Fjorten dage efter ankomsten begyndte jeg at arbejde på byens alderdomshjem på fuld tid, hvilket her oppe vil sige 40 timer, der bliver talt af ind- og udstemplingsmaskinen.

Den gamle bygning uden elevator er beboet af 22 ældre - de mest mobile i underste etage. De ældre er generelt mere selvhjulpne end beboere på et dansk plejehjem, da de mest plejkrævende ligger på hospitalets plejeafdeling. Men kommunen arbejder med tegningerne til et nyt alderdomshjem, hvor der er plads til begge grupper af ældre,



og hvor der også skal være dagcenterfunktion.

Der er ikke toilet på værelserne i det gamle alderdomshjem, men til gengæld er der masser af ungdomsbilleder af Dronning Margrethe, som sammen med perlebroderierne, salmesang om onsdagen og sælskindet i opholdstuen er med til at give stedet en anderledes atmosfære end et dansk plejehjem.

Nogle beboere er tilflyttere fra en af kommunens tre bygder, den mindste på under 100 indbyggere, den største på cirka 500. Med køkkenlederen som tolk har jeg fået flere af de ældres historie. En ældre kvinde fra en af bygderne har for eksempel fortalt om, hvordan hun har hjulpet sin mand med at fiske og også selv har skudt mange sæler fra motorbåden – kajak bruger man ikke mere.

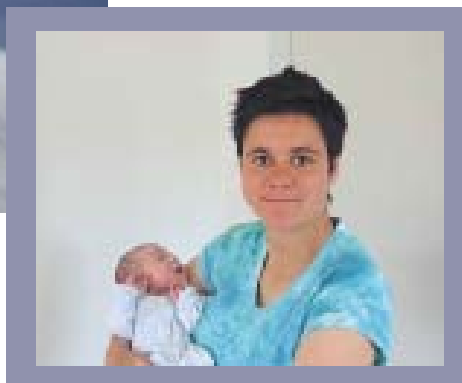
De fleste af kvinderne har været hjemmegående, dette gælder også Theodora, en enke midt i tresserne, som på grund af sukkersyge er næsten





*Udsigten over Maniitsoq fra Judith Forbert Petersens vindue i det gule træhus, hun og hendes mand har fået stillet til rådighed af sygehuset.*

*På "brættet", der er et yndet udflugtsmål for alderdomshjemmets beboere, sælges fisk, rensdyr, moskusokse, havpattedyr og forskellige fugle alt efter jagtsæson. Her er det rider - en mågeart, som nogle spiser.*



*Judith Forbert Petersen har i øjeblikket barselsorlov efter at have født en søn i juni måned. I Grønland har førstegangsførend orlov i 19 uger.*

blind. Hun har været dansk gift og taler derfor dansk i modsætning til de fleste andre i den generation. Theodora tolker for mig, når vi laver gymnastik i dagligstuen - nye bevægelser til ny musik. Her laver vi blandt andet latterøvelser, som vækker stor genklang hos både personalet og beboerne. Jeg oplever i det hele taget grønlændere som et overvejende lattermildt folk.

### **KROPSSPROGET ER VIGTIGT**

Før jeg kom, har der ikke været en fast terapeut på stedet, så det var bare med at gå i gang med at finde ud af stedets behov. Jeg kunne fornemme, at personalet var i tvivl om, hvad jeg skulle lave, men det hjalp, da mine arbejdsopgaver efter en tid blev sat op på opslagstavlen på dansk og grønlandsk (oversat af kommunens tolk).

De færreste beboere taler dansk, så når jeg træner med dem, foregår det som regel første gang

med tolkende bistand fra et personale og derefter med kropssprog, da de ansatte, der kan dansk, ikke altid har tid.

Det har været svært at få oversat træning og forflytningsretningslinier fra dansk til grønlandsk i kardex, men når jeg er blevet ved med at spørge, om det er blevet gjort, er det oftest lykkedes til sidst.

Sprogvanskelighederne er ikke større, end man gør dem. Jeg har tit haft anledning til at blive frustreret, men prøver i stedet at bevare en positiv holdning og har efterhånden vænnet mig til situationen.

Det er ikke altid, jeg kan få kommunikeret mit budskab så nuanceret, som jeg måtte ønske, men ►

- ▶ man kan komme langt med kropssprog og et motiverende toneleje. Grønlandsk er svært at lære, så indtil videre er det kun blevet til nogle få ord.

### BREDT ARBEJDSOMRÅDE

Aftalen var, at jeg efter en måned på alderdomshjemmet skulle starte på kommunen og herefter komme på alderdomshjemmet efter behov, som jeg vurderede til to gange om ugen.

Med mig selv og en ergoterapeut til kommunens 3500 indbyggere, tror jeg, vi har den bedste terapeutnormering i Grønland. Her er ingen praktiserende - de findes kun i Nuuk - men sygehuset tager mange ambulante patienter, så borgerne i Maniitsoq er godt dækket ind, hvad fysioterapi angår. Det er dog ikke generelt for landet.

Jeg deler kontor med ergoterapeuten, som tager sig af alle hjælpemidler undtagen på alderdomshjemmet, og samarbejder desuden med pædagogisk konsulent, socialrådgivere samt sygehusets fysioterapeuter og psykiatrisk sygeplejerske.

På rådhuset taler de fleste en del dansk og der er to andre danskere ansat. De færreste af medarbejderne ved ret meget om, hvad en fysioterapeut laver, men vi har haft en personalerunde, hvor vi har fortalt om hvert vores arbejdsområde, og det har hjulpet noget på forståelsen.

I kaffepauserne og til frokost, når hele gruppen er samlet, bliver der overvejende talt grønlandsk, og så kan vi danskere godt føle os lidt udenfor, men det er jo deres sprog, og vi er i et andet land. Når vi har fri, er det mest andre danskere, vi omgås. Der er en klar tendens til at grønlandere og danskere kommer sammen hver for sig.

### ET ENKELT BYGDEBESØG

Hospitalet har i en årrække taget sig af træning af byens handicappede børn, hvis træning egentlig hører til i kommunalt regi. De trænes nu af mig to-tre gange om ugen i samarbejde med støttepersonen, som jeg desuden instruerer i at træne med børnene til daglig. Støttepersonerne er ufaglærte, og vi bruger også tid på at snakke forflytninger.

Der er desuden nogle ældre handicappede, som jeg har overtaget den vedligeholdende træning af, og min chef i socialforvaltningen ser meget gerne, at jeg gør nogle tiltag i forhold til byens psykisk syge. Det har jeg forsøgt med to projekter med fokus på krop og bevægelse. Et andet træningsprojekt er et tilbud en gang om ugen til børn i specialklasser

og introduktion til bækkenbundstræning til byens pensionister.

Et enkelt bygdebesøg er det også blevet til - i en bygd med ca. 600 indbyggere, 4 timers sejlads med kystbåden. Selvom vi var to (jeg var der sammen med min mand), er det selvfølgelig meget begrænset, hvad man kan opnå på ét årligt besøg, så det var mest selvtrænings- og udspændningsprogrammer, vi instruerede i. Tolken og medhjælperen havde i forvejen husstandsomdelt en seddel om, hvornår vi kom, så folk kunne bestille en tid. Min mand nåede blandt andet at tilse en enkelt cruserprotese, og han gav et par behandlinger med kranio sacral terapi til en fanger, der havde haft et styrt på sin snescooter og pådraget sig et piskesmæld.

### NYE MADTRADITIONER OG KAFFEMIK

To gange om ugen er jeg som sagt på alderdomshjemmet, hvor anderledes dufte ofte sniger sig ud fra køkkenet. Det kan være sælsouase (kogt sælkød i en rissuppe), fårehovedsuppe eller stegte hele alker (en fugl). En dag kom køkkenlederen kørende ned ad gangen med en kæmpe klump kød, som viste sig at være en halv isbjørn. Den var skudt ulovligt i en af bygderne og derfor beslaglagt af kommunen, som havde delt dyret mellem hospitalet og alderdomshjemmet.

Et yndet udflugtsmål for de ældre er at komme ned til "brættet", hvor fangerne indhandler friskfanget vildt. Mattak (hvidhvalefedt) og tørret fisk er yndede specialiteter. Til disse hører også indkøb af rensdyr-talg til at putte i kaffen i stedet for fløde.

Når beboerne har rund fødselsdag, eller der har været begravelse, afholder huset kaffemik, som er det grønlandske svar på kaffeslabberads. Det fungerer som et åbent hus, hvor alle - dvs. familie, venner og bekendte - kan kigge forbi.

### KORT BARSORSORLOV

I øjeblikket har jeg orlov efter at have født en søn i juni måned. Barsorsorloven er desværre meget kort heroppe - 19 uger for førstegangsfødende og 15 for andegangsfødende. Begge forældre kan dog derudover søge forældreorlov i seks uger.

Vi bor på en klippetop i et gult træhus, som vi har fået stillet til rådighed af sygehuset. Udsigten er vidunderlig, og vi føler i det hele taget, at vi er faldet så godt til, at vi ikke har planer om at tage hjem til Danmark foreløbig.



På generalforsamlingen i maj blev Grønlandske Fysioterapeuter til Fysioterapeuter i Grønland.

Grønland har et samlet areal på 2.175.600 km<sup>2</sup>, heraf isfrit land 383.600 km<sup>2</sup>, og en kystlinje på 44.087 km. Landet har godt 60.000 indbyggere, hvoraf godt 44.000 er bosat i byer. 14 procent af indbyggerne i Grønland er danskere. 26 af indbyggerne er fysioterapeuter. 4 af fysioterapeuterne er grønlændere.

fakta

## En lille fagforening i et stort land

**(BAGGRUND)** En fysioterapeut i Grønland arbejder ofte alene og må favne bredt. Til gengæld får de en lav løn. Fra september er der varslet konflikt på området

AF FYSIOTERAPEUT CHARLOTTE FYNBO SØRENSEN OG JOURNALIST ANNE GULDAGER

I alt er der i Grønland 28 normerede fysioterapeutstillinger fra Thule Airbase i nord til Qaqortoq i syd. Der har aldrig været flere fysioterapeuter i landet, hvor kun to stillinger i øjeblikket er ubesatte. Et kvalificeret gæt går på, at det skyldes den relativt høje ledighed blandt nyuddannede fysioterapeuter i Danmark.

Det grønlandske arbejdsmarked er præget af stor udskiftning, og fysioterapeuternes anciennitet er sjældent over syv år. De tilrejsende bliver typisk ansat på treårs kontrakter, men kun de færreste bliver i hele kontraktperioden. I de fleste fysioterapeutstillinger arbejder man alene og skal således fagligt favne meget bredt.

### SUNDHEDSKARTEL PÅ GRØNLANDSK

Fagforeningen Grønlandske Fysioterapeuter blev oprettet i november 1991 som følge af et krav fra Grønlands Hjemmestyre om udelukkende at forhandle løn med organisationer med hjemsted i Grønland.

På Generalforsamlingen i maj i år 2003, ændrede fagforeningen sit navn fra Grønlandske



- Fysioterapeuter til Fysioterapeuter i Grønland i erkendelse af, at kun fire ud af 26 fysioterapeuter på nuværende tidspunkt er grønlandere.

Samtidig fik foreningen også sit første grønlandske navn: Kalaallit Nunaani Timimik Sungiusaasut.

I forbindelse med oprettelsen af den daværende Grønlandske Fysioterapeuter og andre grønlandske fagforeninger på sundhedsområdet blev der iværksat et tværfagligt fagforenings samarbejde i Sundhedsgruppen, som siden hen er blevet til Sundhedskartellet, Peqqinnissaq Pillugu Kattufiit, PPK.

Sundhedskartellet repræsenterer foruden fysioterapeuter, også sygeplejerskerne og derunder radiografer, ergoterapeuter, bioanalytikere, økonomaer, jordemødre og sundhedsassistenter.

Fysioterapeuter i Grønland fungerer som en selvstændig fagforening, men med stærke bånd til DF. Medlemmerne betaler almindeligt kontingent til DF, modtager Fysioterapeuten osv. DF betaler kontingent til Sundhedskartellet PPK, og Fysioterapeuter i Grønland kan søge faglig og juridisk bistand fra DF samt økonomisk støtte i konfliktsituationer.

Fagforeningsarbejdet i Grønland varetages af formand og næstformand, der modtager honorar fra DF. Der er ikke noget sekretariat, så formandskabet er blæksprutter, der tager sig af alt fra medlemskartotek, månedlige nyhedsbreve til medlemmerne, deltagelse i bestyrelsesmøder og egentlige lønforhandlinger.

I maj stod DF for afholdelsen af et fagligt kursus i Nuuk, og lejligheden blev brugt til generalforsamling, hvori Johnny Kuhr og en sekretariatsmedarbejder fra DF deltog.

I samme forbindelse blev der fra Fysioterapeuter i Grønlands side gjort et stort stykke arbejde for at skabe sammenhold mellem de fysioterapeuter, som for tiden er ansat i Grønland. Foreningen har udarbejdet en mappe med information om foreningen og om kolleger spredt rundt i hele Grønland, hvor der for ansatte på kysten ofte er flere hundrede kilometer til nærmeste fysioterapeutkollega.

### HALTER BAGEFTER

Foreningens næstformand, Charlotte Fynbo Sørensen, fortæller, at mange ansøgere til stillinger i Grønland tror, at man arbejder under arbejds- og

ansættelsesforhold, svarende til de danske.

”Det er forkert. Fysioterapeuter i Grønland har sit eget overenskomstområde og helt andre arbejdsvilkår. På flere områder kan man godt tillade sig at sige, at vi halter noget bagefter. Specielt lønmæssigt har vi et stort efterslæb, særligt i forhold til danske forhold, men også i forhold til sammenlignelige grupper som for eksempel folkeskolelærerne i Grønland”, forklarer Charlotte Fynbo Sørensen.

En nyuddannet fysioterapeut i Grønland tjener godt 16.400 kroner for en 40 timers arbejdsuge. Til sammenligning tjener en nyuddannet folkeskolelærer 3.000 kroner mere.

### OVERENSKOMSTKONFLIKT TRUER

Lige nu står Sundhedskartellet i Grønland foran konflikt fra den 1. september (redaktionen sluttede den 28. august, red.). Sundhedskartellet har varslet stillingsblokade på samtlige områder, og derudover har sygeplejersker og radiografer varslet strejke. Hjemmestyret har svaret igen med en lockoutvarsel på hele Sundhedskartellet. Der er dog muligvis en åbning på vej, idet arbejdsgiverne tilsyneladende har revurderet PPK's oplysninger, krav og lønstatistik, og derfor har inviteret PPK til fornyet forhandling. På et stormøde i PPK i Nuuk den 19. august deltog 80 medlemmer.

### EN OPLEVELSE FOR LIVET

Ud over de overenskomstmæssige forskelle er det grundlæggende en stor udfordring at arbejde som fysioterapeut i Grønland. Man er langt væk fra familie og netværk, og billetpriserne til og fra Grønland overstiger en månedsløn, så rejseaktiviteten er begrænset.

Men hvad er det så der får fysioterapeuter til at rejse væk fra Danmark, familie og venner for at få en længere arbejdsuge og væsentlig mindre i løn?

Ifølge Charlotte Fynbo Sørensen er det for de flestes vedkommende eventyrlyst og forventningen om at opleve en anden kultur og natur.

”Grønland er faktisk helt ubeskrivelig. Det er kæmpemæssige fjelde, smukke fjordsystemer, frisk luft, baskende hvalhaler, nordlys og midnatssol - en uforglemmelig oplevelse for livet”, forklarer hun. ■





## WORKSHOPS, FOREDRAG, PROJEKTER, POSTERS OG DEBATFORA

90 fysioterapeuter fra faggrupper, fagfora og fraktioner samt fra forskellige forsknings- og uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser har givet tilsagn om at holde oplæg på Danske Fysioterapeuters fagfestival. Du kan deltage i workshops og debatfora, høre foredrag og projektfremstillinger samt se posters. Eksempelvis om:

- Hypermobilitet – hvordan forebygger vi følgevirkningerne?
- Effekten af fysisk træning til hæmodialysepatienter
- Kliniske retningslinier for lungefysioterapi til patienter med KOL
- Diabetiske fødder og fysioterapi
- Screening af skulder i forhold til idræt
- Neurodynamik i forhold til neurologiske patienter
- Og mange, mange flere.

Se den komplette fortegnelse over, hvilke workshops, foredrag, projekter, posters og debatfora der vil være på fagfestivalen på [www.fysio.dk/fagfestival](http://www.fysio.dk/fagfestival). Her kan du læse alt om arrangementet og tilmelde dig fagfestivalen, der finder sted i Odense Kongrescenter 20. – 22. november 2003. Prisen er 1.250 kroner for ordinære medlemmer og 500 kroner for studerende. Tilmeldingsfrist: 15. september 2003.

Der er endvidere inviteret omkring 50 foredragsholdere fra ind- og udland til at holde oplæg på fagfestivalen: Eksempelvis: Louis Gifford, Peter O' Sullivan, Ronald J. Donaldson, Ruth Jones, Kari Bø, Michael Kjær, Albert Gjedde og mange flere. Se listen over de øvrige foredragsholdere på [www.fysio.dk/fagfestival](http://www.fysio.dk/fagfestival).

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

# En duft af fysioterapi

(INTERVIEW) Fysioterapeuterne skal finde deres plads i verden, mener Carsten Funder. Hans egen plads er for øjeblikket i ridefysioterapien

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO HENRIK FYDKJÆR

”Brevet” er en serie artikler baseret på debatindlæg sendt til enten fagbladets redaktion eller debatten på fysio.dk. Med brevet i hånden søger vi at få uddybet synspunktet og portrætteret afsenderen.



”Jeg glæder mig over at Fysioterapeuten nu endelig har taget hul på hele den store verden, der befinder sig uden for de snævre cirkler, hvor man ellers færdes”.

Sådan lød ordene blandt andet i et indlæg til redaktionen fra fysioterapeut Carsten Funder. Hans glæde skyldes, at Fysioterapeuten tre numre i træk havde bragt artikler, der beskæftigede sig med verden udenfor – artikler om henholdsvis behandling af torturofre, verdenskongres for fysioterapeuter og rehabilitering af mineofre i Kabul.

”Hvis I viser medlemmerne verden, så går medlemmerne også ud og vinder deres plads i verden”, skrev Carsten Funder videre og gjorde dermed sig selv til oplagt interviewoffer – for hvad er egentlig fysioterapeuternes plads i verden?

## DEN GODE FE

”Fysioterapeuten er den gode fe, der gør borgerne interesserede i at arbejde for samfundet”, lyder hans svar – hverken mere eller mindre.

”For mennesker, der er blevet skadede eller handicappede materialiserer fysioterapeuten samfundets interesse for sine borgere. Når fysioterapeuten hjælper borgere, oplever borgeren et samfund, der er værd at arbejde for. Og at få borgerne til at arbejde for samfundet er vigtigt ikke mindst i den tredje verden. Hjælper samfundet sine skadede borgere, vil de være nogle af de mest loyale i opbygningen af det nye samfund. Der er masser af vigtigt arbejde, hvor læger og sygeplejersker slip-



per det akutte offer, men hvor er fysioterapeuterne henne? Vi er fuldstændig oversete – ikke mindst af os selv. Jeg savner, at vi markerer os og bliver meningsdannere på det her område”, siger Carsten Funder.

”Jeg efterlyser, at unge fysioterapeuter tager fat på opgaven og henvender sig til Læger Uden Grænser, til Mellemløst Samvirke og til Danida og gør opmærksom på, at der er en vigtig opgave, der skal laves. Der må være nogle penge til den opgave, der hedder, at for eksempel Afghanistan



skal til at være et samfund igen, og at fysioterapeuter skal give borgeren troen på, at der overhovedet findes et samfund, tilbage”.

At engagere sig er ikke nyt for Carsten Funder, der let lader sig rive med af sine egne ideer, men engagementet i den tredje verden er direkte affødt af en nylig rejse til Cambodja, der har den største koncentration af landminer i verden.

”Jeg var af sted som kuffertslæber for min far, men måtte lige stikke hovedet inden for i en fysioterapi”, fortæller han.

”Min umiddelbare tanke var ’hvor her dog dufter af fysioterapi’. Der duftede af træning, af opbyggelse og af ’nu ligger jeg ikke bare stille og er patient, nu gør jeg noget. Nu rejser jeg mig og kæmper igen’. Fysioterapi lugter af håb for fremtiden, hvor mennesker, der har været helt nede, kæmper igen. Her blev jeg mindet om mit udgangspunkt for at blive fysioterapeut: Genoptræning af mennesker og genopbygning af troen på, at der er et samfund, der bekymrer sig om dig”.

*Carsten Funder er passioneret ridefysioterapeut. Han håber at få et samarbejde med RCT, Rehabiliterings- og forskningscentret for torturofre, om genoptræning af torturofre og landmineofre på hesteryg.*



### ► TORTUROFRE PÅ HESTERYG

Havde Carsten Funder været et andet sted i sit liv, havde det været nærliggende at gøre alvor af sine egen visioner og drage ud i verden, men med en søn på 7 år, er det ikke så ligetil, så engagementet henter næring et andet sted – i ridefysioterapien. Her er han lidenskabeligt optaget af opbygningen af Hvidovre Ridefysioterapi, hvor han foreløbig er beskæftiget 12 timer om ugen, men drømmer om mere.

”Jeg håber blandt andet at få et samarbejde for eksempel med RCT (Rehabiliterings- og forskningscentret for torturofre, red.) om genoptræning af tortur- og landmineofre på hesteryg. Folk, der ikke kan stå og gå eller går dårligt, får til hesteryg en fin og symmetrisk gangbevægelse i overkroppen. Det vil sige, at folk, der er blevet skæve af at miste et ben kan blive symmetriske, mens de sidder på hesten. Men lige så vigtigt er det, at de hos hesten får den berøring og kropskontakt, som de måske undgår hos andre mennesker. Torturofre, der ikke har kunnet tåle berøring i lang tid, kan på den måde vænne sig til at blive rørt ved og få den meget

fysiske oplevelse, det er, at få leveret en bevægelse fra et andet væsen op igennem overkroppen. Man får en masse tryk og tillid af det, og man får glæde”.

### FAGBLADET ER BEDRE END STANDEN

At Carsten Funder gjorde sig den ulejlighed at skrive til Fysioterapeutens redaktion skyldes, at han dybest set mener, fagbladet for tiden er bedre end standen og afspejler en interesse for omverdenen, han ind imellem har svært ved at få øje på blandt sine kolleger.

Fysioterapeuter i Danmark er efter Carstens Funders mening for fokuserede på at evidensbasere og verificere i stedet for at eksperimentere og engagere sig.

”Vi skal ikke være for indadvendte i de samme cirkler. Med en respekt for, hvad vi allerede har og er, må vi ud og eksperimentere, prøve af og se, hvad nyt der kan bringes ind og gro med os i fysioterapien. Min største inspirator i faget var min første fysioterapeut, Birgit Johansen, hvis holdning var, at ’alt er spændende – nej, hvor er det vidunderligt interessant!’. Det er den holdning, jeg mener, vi skal have inden for fysioterapi. Alle skal ikke bare rende i samme retning. Vi skal forske javel, men vi skal også eksperimentere”.

Carsten Funder har, før han blev fysioterapeut, arbejdet med genoptræning af handicappede i Norge. Og det underer ham stadig, hvorfor der er så stor forskel på fysioterapeuters anseelse landene imellem.

”I Norge respektteres fysioterapeuter højt. Så højt, at prinsesse Märtha Louise har kunnet tillade sig at blive fysioterapeut. Vi promoverer ikke os selv tilstrækkeligt. Vi vil gerne imponere hinanden med forskningsresultater, men glemmer at fortælle omverdenen, hvad det egentlig er, vi kan”.

”Vi kan noget, der er helt specielt, fordi vi har lov til at tale med vores hænder. Det er undervurderet, hvor stor betydning mimik og berøring har. Når patienten lægger sig på briksen hos psykologen, er det ord det hele, når han lægger sig hos mig, er det kommunikation. I forskningen ser man på, hvor meget blod massagen flytter, og hvad det gør ved vævet. Man overser, at massage er andet end at flytte kropsvæske og trykke på muskler. Alt behøver ikke at verificeres for at være godt nok. Vi er ikke læger med hornbriller på – vi er fodfolk”.

## Det er ikke for tidligt

at begynde med  
en god  
arbejdsstilling

Dynamo Stole fås  
til alle størrelser

- og gratis på prøve  
i 14 dage

Dynamo®  
Stol ApS



Dynamo Stol ApS Tlf: (+45) 46 75 09 70 E-mail: kontakt@dynamo-stol.dk

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

## Rektor har jubilæum

**(SKOLE)** ■ Rektor Mari-Anne Bjerre fra Ergoterapeut- og Fysioterapeutskolen i Holstebro fejrede den 11. august sit 25 års jubilæum. Hun har været ansat på skolen i 25 år – de første år som underviser, men de sidste 21 år som rektor.

## Forbedret PEDro

**(WWW)** ■ I maj 2003 blev PEDro, der er en database med fysioterapeutisk forskning, forbedret. PEDro er en gratis internet database, der indeholder randomiseret kontrollerede forsøg og systematiske reviews. I maj blev der desuden offentliggjort evidensbaserede kliniske guidelines i fysioterapi. Find databasen på: [www.pedro.fhs.usyd.edu.au](http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au)

## Ingen virkning af strækøvelser

**(NYT)** ■ I juni måneds udgave af det norske Fysioterapeuten kommenterer den danske fysioterapeut Hans Lund en oversigtsartikel om effekten af strækøvelser, der har været bragt i det australske forskningstidsskrift *Australian Journal of Physiotherapy*. Herbert & Gabriel har fundet otte randomiserede eller semirandomiserede studier, hvor man har undersøgt muskelstivhed og forekomsten af skader. Seks af studierne undersøgte forhold omkring muskelstivhed, og to undersøgte forhold vedrørende skader. Populationen i studierne var unge raske og frivillige – for det meste værnepligtige. Interventionen i studierne var forskellige slags udspænding før eller efter træningen. Træningen kunne være steptræning, ekscentriske kontraktioner eller work out. Kvaliteten af de inkluderede studier vurderes til at være moderat med en score på 4,1 ud af 10 mulige på PEDro skalaen. Herbert og Gabriels undersøgelse viste, at udspænding gav lille eller ingen signifikant reduktion i muskelstivhed. Man fandt heller ikke reduktion af skadesforekomsten som følge af udspænding før træning. Fysioterapeut Hans Lund fra Danmark, der har kommenteret undersøgelsen, skriver i det norske fagblad, at man på baggrund af denne oversigt kan fastslå, at udspænding ikke har effekt på muskelstivhed. Hans Lund nævner i sin kommentar, at Pope et al har vist i et eksperimentelt studie, at gentagne udspændinger reducerer belastningen på muskelseneheden og dermed risiko for strækskader på senen.

Herbert RD, Gabriel M (2002): Effekten av tøjning før eller etter trening på muskelstøhet og forekomst av skader: en systematisk oversikt. *BMJ* 325: 468-472.

## Faglige artikler i Nordisk Fysioterapi

**(EVIDENS)** ■ Nordisk Fysioterapi bringer i vol 7, no 2, 2003 artikler om: fysisk aktivitet og knoglemasse, effekt af træning af ældre på muskelfunktion, måling af postural kontrol, Continuous passive motion efter knæproteseoperation, og body awareness scale. Tidsskriftet kan bestilles ved henvendelse til Taylor & Francis, Rankine Road, Basingstoke, RG 24 8 PR, England.

## Genoptræning af ældre

**(GENOPTRÆNING)** ■ Socialministeriet bevilgede i 2002 11,5 millioner til forskning i genoptræning af ældre. Træning med Terapimaster, aktivering af inaktive ældre og begrænsende faktorer i hverdagen indgår i de tre projekter, der allerede er i gang. Fysio.dk har talt med Lis Puggaard, der er tovholder for projekterne. Læs nyhed på [fysio.dk](http://fysio.dk)

## Koordinatoruddannelse i ældretræning

**(PJECEN)** ■ Pjecen "I bevægelse" er udgivet af Styrelsen for Social Service. Pjecen er ment som ide- og inspirationsværktøj til den kommunale myndighed og frivillige foreningsliv. Formålet er at inspirere til dialog med henblik på at styrke ældreidrætten, især hvor der kan være samspil med sociale serviceydelse som for eksempel vedligeholdelsestræning, genoptræning og tilbud om forebyggende hjemmebesøg. I forbindelse med lanceringen af pjecen udbydes endvidere et kortvarigt efteruddannelsesforløb til instruktør- og koordinatoruddannelse i ældretræning. Uddannelsen vil vær forankret i Center for Anvendt og Klinisk Træningsvidenskab ved Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet. Uddannelsen, der er modulopbygget, vil veksle mellem teoretisk og praktisk indføring i centrale begreber og problemer inden for træning af ældre. Frist for tilmelding d. 25. september i år. Uddannelsen kommer under pilotprojektet til at koste 5.000 kr. En beskrivelse af uddannelsen kan rekvireres på tlf. 60113449 eller via mail [aeldrekursus@health.sdu.dk](mailto:aeldrekursus@health.sdu.dk) Pjece kan rekvireres på [www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk)

## Hjerneaktiv.dk

**(BØRN)** ■ Foreningen for genoptræning af hjerneskadede børn og unge (Doman, red.) giver på en nylanceret hjemmeside informationer til de hjerneskadede børn og unge, pårørende, behandlere, sagsbehandlere og journalister. Medlemmer får særlig adgang til artikler, foreningens arrangementer med videre. Adressen er: [www.hjerneaktiv.dk](http://www.hjerneaktiv.dk)

# Nye regler for markedsføring

**(REKLAMERING)** Fra den 1. september er det muligvis blevet sværere at være patient, men det er blevet lettere at være praktiserende fysioterapeut. Reklameringsreglernes snærende bånd er løsnet, og indtil videre må man reklamere med stort set alt

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
ILLUSTRATION HENNING CHRISTENSEN

Indtil 1. september lagde Lov om reklamer for sundhedsydelse nogle kraftige begrænsninger på, hvordan praktiserende fysioterapeuter måtte annoncere i for eksempel aviser og telefonbøger.

Sådan er det ikke længere. En ny lov på området gør op med de gamle forbud. Hvor man hidtil kun har måttet skrive nøgne fakta som navn, adresse, telefonnummer, træffetid o.l., men ikke har måttet

oplyse, om man er specielt god til bækkenbunden eller har sin styrke i behandlingen af idrætsskader, er dette nu inden for lovens rammer.

Den hidtidige sondring i reklameloven mellem reklamer og annoncering ophæves og erstattes af begrebet markedsføring.

## BETÆNKELIG FORMAND

Det er stadig forbudt at anvende urigtige, vildledende eller urimeligt mangelfulde angivelser, men afholder man sig fra det, er der vide rammer: Man må for eksempel benytte billeder og tegninger, må anføre særlige interesseområder og fortælle om sin efteruddannelse. Eksotiske titler som "exam.", "lægeexam.", "diplom i" osv. er tilladt, ligesom man må reklamere med en udenlandsk specialebetegnelse.

Da lovforslaget i sin tid var til høring, var DF's formand Johnny Kuhr en anelse betænkelig. På den ene side har det forekom-

Sundhedsministeren har gjort alvor af sine tidligere løfter om at lempe reglerne for markedsføring af sundhedsydelser. Loven er trådt i kraft 1. september.

indgang



Med den nye lov er rammerne for markedsføring vide. Dog er det ifølge vejledningen udtrykkeligt forbudt at markedsføre sig via løbesedler på gravsten.



met meningsløst, at en klinik ikke måtte skilte med særlige kompetenceområder, men på den anden side frygtede han en opblomstring af selvanprisende annonceudtryk. Særligt inden for alternativ behandling, der ikke i samme omfang som autoriserede behandlere opretholder en vis grad af selvjustits. Johnny Kuhr foreslår i sit hørings svar, at kortvarige kurser ikke bør indgå i markedsføring.

Ifølge DF's kollegiale vedtægter, der ikke sættes ud af spillet af den nye lov, må der til titlen fysioterapeut kun knyttes andre titler opnået ved en af Statens Uddannelsesstøtte (SU) godkendt uddannelse på institutioner drevet i offentlig regi eller med driftsoverenskomst med det offentlige.

#### GRAVFREDEN OPRETHOLDES

Selvom rammerne er vide, må man ikke i sin markedsføring anvende fremgangsmåder, der er "utilbørlige". Skulle man være i tvivl om, hvad ordet dækker over, er der hjælp at hente i Sundheds-

styrelsens vejledning, hvoraf det fremgår, at man kommer i karambolage med lovgivningen, hvis man markedsfører sig i form af løbesedler på gravsteder.

De gratis, husstandsdelte aviser indgår undertiden aftale med erhvervsdrivende om redaktionel omtale til gengæld for en annonce. Det må man ikke uden videre. Af bekendtgørelsen fremgår det, at "Meningen med artiklen er at fremstå som redaktionel, men i virkeligheden er der tale om en reklame. Sådanne artikler vil efter omstændighederne være i strid med lovens §2" – det samme gør sig gældende med pressemeddelelser.

Det er Sundhedsstyrelsen, der fører tilsyn med loven, men styrelsen er i modsætning til tidligere ikke forpligtet til at behandle alle de sager, de får forelagt. Af vejledningen fremgår, at man ikke vil prioritere sager af konkurrencemæssig karakter, men vil lægge vægt på hensynet til patienterne. Til gengæld vil man i højere grad end tidligere tage sager op af egen drift. ■

Da loven hidtil har været meget restriktiv, har repræsentantskabet ikke fundet det nødvendigt at regulere området yderligere med DF's kollegiale vedtægter. En ændring af de kollegiale vedtægter kan tidligst finde sted på repræsentantskabsmødet i 2004.

**Mini Crosser®**  
STYRK 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.



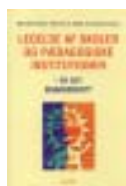
Stort sortiment af CE-mærket standardtilbehør til alle modeller, som kan tilpasses den enkeltes behov.

#### MINI CROSSER A/S

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

ISO 9001 kvalitetsgodkendt!

# ny ■ litteratur



**(LEDELSE)** ■ "Ledelse af skoler og pædagogiske institutioner" problematiserer over nogle af de dilemmaer, som ledere af offentlige, decentrale organisationer befinder sig i. Hvordan kan virksomheds- og ledelsesteori kombineres med faglig ledelse. MAI-BRITT H. PETERSEN, MADS HERMANSEN. "Ledelse af skoler og pædagogiske institutioner". 190 sider. Kr. 229



**(VOLD)** ■ "Vold på arbejdspladsen" er en håndbog om forebyggelse. FTF har udarbejdet håndbogen i samarbejde med Det Kriminalpræventive Råd. Bogen søger at belyse voldsproblematikken fra forskellige vinkler og er tænkt som redskab til den enkelte arbejdsplads. Bogen, der kan bruges af ansatte i social- og sundhedssektoren, er gratis og kan downloades fra [www.dkr.dk](http://www.dkr.dk) eller fås ved henvendelse til Det Kriminalpræventive Råd på tlf. 43448888.



**(ORGANISATIONSTEORI)** ■ "Mennesket som råstof" er en fagbog om organisationsteori inden for de borgerservicerende fag som for eksempel undervisningssektoren og social- og sundhedssektoren. Bogen analyserer de grundlæggende organisatoriske træk ved borgerservicerende organisationer. YEHESKEL HASENFELD. "Mennesket som råstof". Forlaget KLIM. 370 sider. Kr. 349.



**(PSYKIATRI)** ■ "Psykiatriens samtidshistorie" præsenterer et blik over psykiatrien fra begyndelsen af 1800-tallet og frem til tiden før Anden Verdenskrig. Herefter følger en omfattende skildring og beskrivelse af psykiatrien frem til årtusindeskiftet. EINAR KRINGLEN. "Psykiatriens samtidshistorie". Hans Reitzels Forlag. 372 sider. Kr. 375.



**(VIDENSKAB)** ■ I "Videnskab for praksis" argumenterer forfatteren for, at vi skal ændre vores forståelse for teori/praksis-kløften fra at betragte det som et problem, der kan overvindes, til at erkende, at kløften er en naturlig konsekvens både af det, der kendetegner teorier og sygeplejepraksis og af, hvordan anvendelse af videnskabelig viden faktisk foregår. Hensigten med bogen er at bidrage til en øget indsigt i sammenhængen mellem videnskabelig viden og sygeplejens praksis. MARIT KIRKEVOLD. "Videnskab og praksis". Gads Forlag. 200 sider. Kr. 240.



**(OMLÆRING)** ■ "Omlæring" er en videreudvikling af Mads Hermansens "Læringens Univers". I bogen beskrives tre begrebspar: feedback og feedforward, habitus og refleksion og overskud og møje. Disse begrebspar danner skelettet i en dynamisk model for læring, som kan give muligheder for at undersøge og udfordre

enhver læreproces-tænkning. MADS HERMANSEN. "Omlæring". Forlaget Klim. 190 sider. Kr. 199.



**(FORFLYTNING)** ■ "Forflytningsguiden" er skrevet af fysioterapeut Frank Larsen og bygger på ASE konceptet. I hæftet stilles det spørgsmål, der skal få læseren til at analysere, vurdere og finde aktiverende, sikre og enkle løsninger på forflytningsopgaver. Hæftet kan anvendes som undervisningsmateriale til forflytningsundervisning og senere som supplement til lærebogen af samme forfatter "Tid til forflytning", som vil udkomme senere på året.

FRANK LARSEN. "Forflytningsguiden". Kan bestilles på [www.aktivergonomi.dk](http://www.aktivergonomi.dk) eller på fax 75541632. 36 sider. Kr. 30 ekskl. porto og moms (mængderabat ydes).



**(LÆRING)** ■ "Problembaseret læring" henvender sig til de professionsrettede, mellemlange videregående uddannelser. Bogen giver en indføring i problembaseret læring som arbejdsform. Bogen er ment som appetitvækker og introduktion.

GERD BJØRKE. "Problembaseret læring". Gads Forlag. 212 sider. Kr. 175.



**(LÆREBOG)** ■ "Videnskab og forskning" er en lærebog for professionsuddannelser. Formålet med bogen er at give en indføring i forskningsmetodologi på et introduktionsniveau og gøre læseren i stand til at bruge forskning inden for eget område. Bogen er bygget op omkring syv kapitler, der skal illustrere forskellige faser i forskningsprocessen.

ANNE-LISE SALLING LARSEN, HANS VEJLESKOV. Gads Forlag. 135 sider. Kr. 149.

**(KVALITETSSIKRING)** ■ "Offentliggørelse af kvalitetsdata" er en rapport, der beskriver nationale og internationale erfaringer med offentliggørelse af kvalitetsdata. Erfaringerne viser blandt andet, at kvalitetsrapporter ikke bruges af borgerne i det omfang, det var tilsigtet. Rapporten giver en række anbefalinger til overvejelse i forbindelse med det fortsatte arbejde med udvikling af de fælles nationale rammer for offentliggørelse af kvalitetsdata.

MAIBRITT CHRISTENSEN. "Offentliggørelse af kvalitetsdata". DSI, tlf. 35298400. 78 sider. Kr. 168 ekskl. moms og ekspeditionsgebyr.



**(APOPLEKSI)** ■ "Når den ene side sætter ud" er en vejledning til apoplekspatienter og deres pårørende. Pjecen indeholder eksempler på vejledning og træning og er udarbejdet som et supplement til den individuelle træning.

NEUROREHABILITERINGEN. Sygehus Fyn Ringe, tlf. 63621953. 63 sider. Kr. 35.

## Tiden kalder på nytænkning

Johnny Kuhr svarer på indlægget i *Fysioterapeuten* nr. 14. "Formandens uheldige udmeldinger".

### DEBATINDLÆG AF:

Formand for DF, Johnny Kuhr

Jeg glæder mig over debatindlægget fra 3. kreds' bestyrelse om fysioterapeuters arbejdsfelt og organisering på sygehusene. Det er et vigtigt emne, som er meget aktuelt i en tid med personalemangel, mange besparelser og omstruktureringer. Men jeg glæder mig selvfølgelig ikke over, at mine udmeldinger om emnet er oplevet som uheldige.

Min egen oplevelse er, at jeg langt hen ad vejen er enig med 3. kreds' bestyrelse. Det er beklageligt, hvis det ikke er lykkedes mig at nuancere mine synspunkter, og den kritik vil jeg naturligvis tage til efterretning.

Når det er sagt, kan det da godt være, at en del fysioterapeuter har bevæget sig lidt i sædet, når jeg har udtalt mig. For det har været hensigten at udfordre holdningerne til dette spørgsmål. For når de grundlæggende forudsætninger som sikkerhed for faglig udvikling, faglig ledelse og TR-funktionen er i orden, så mener jeg også at tiden er til at tænke nyt og at være kreativ i forhold til at få de terapeutiske tilgange mere integreret i patientbehandlingen. Og måske nye tilgange giver nye muligheder for udvikling både i forhold til bredden, specialiseringen og til ledelsen i faget.

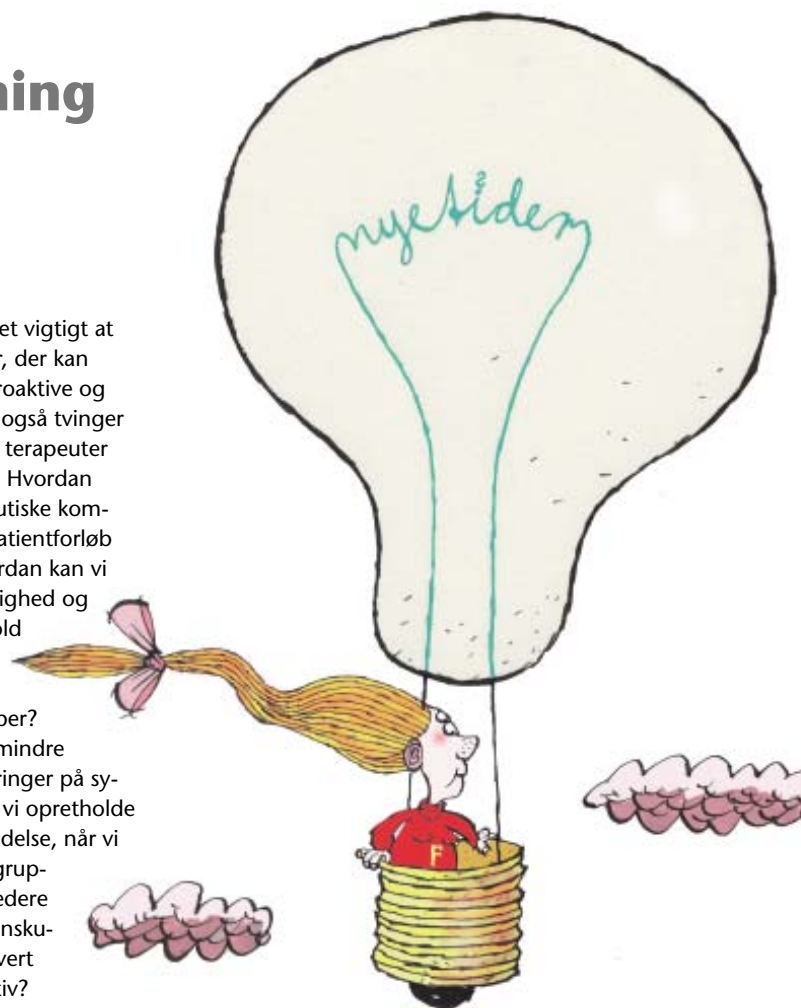
Vi skal overveje, hvordan vi bedst kan bidrage til et hospitalsophold, hvor patienterne kommer selvhjulpne ud igen. Er fysioterapi vigtigt, gælder det vel i relation til aktiviteterne ude på afdelingerne også efter kl. 16?

Der er vigtige kvaliteter i at fastholde den centrale fysioterapi, og det er fortsat foreningens politik, at det skal der arbejdes på, men det er også sikkert, at når tingene er under opbrud

og omorganisering, er det vigtigt at se på de nye muligheder, der kan opstå. Her må vi være proaktive og komme med udspil, der også tvinger politikere til at indtænke terapeuter som en del af løsningen. Hvordan kan vi med vores terapeutiske kompetence sikre et bedre patientforløb og sygehusophold? Hvordan kan vi skabe mere respekt, synlighed og gennemslagskraft i forhold til den terapeutiske indsats både hos patienterne og de andre faggrupper? Hvordan kan vi gøre os mindre sårbare over for nedskæringer på sygehusene? Hvordan kan vi opretholde kravet om monofaglig ledelse, når vi gerne vil lede andre faggrupper? Hvordan kan vi få ledere på topplan, hvis vi kun anskuer tingene ud fra et snævert fysioterapeutisk perspektiv?

Jeg vil gerne have gang i debatten og ønsker, at fysioterapeuter søger løsninger og afprøver muligheder i en meget nuanceret og kompleks virkelighed. Jeg tror ikke, at den eneste løsning ligger i det, vi kender, og jeg tror ikke, at fysioterapeuter eller fysioterapi forsvinder, fordi man ikke arbejder i flok. Det er vores profession alt for veldefineret til, og fysioterapeuters faglige identitet alt for stærk. Men vi mangler måske både på ledelsesniveau og som menige mod til at definere nye modeller og løsninger på opgaven.

Hovedbestyrelsen har igen på sit sidste møde drøftet rapporten om udviklingen af det fysioterapeutiske arbejdsfelt og vil gerne sætte en debat i gang om emnet. Det ser ud til, at det er det, jeg uforvarende er kommet til. Lad endelig debatten fortsætte!



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

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

Fysioterapeuten nr. 16 udkommer 19. september.

Deadline for debat: 8. september. kl. 12.00.



Meddelelse om ændring af navn, bopæl, arbejdsområde, stilling, arbejdsomfang m.v.

Medlemsnummer, dato for ændring samt CPR-nr. skal anføres. På resten af blanketten anføres kun ændringerne.

Medlemsnr.	Dato for ændring	CPR-nr.:
<hr/>		
Navn:	c/o	
<hr/>		
Gade og nr. :	Postnr. / by	
<hr/>		
Telefon nr. privat	mail adr.	
<hr/>		
Hovedansættelsessted, gade, postnr. og tlf:	Andet ansættelsessted gade, postnr. og tlf:	
<hr/>		
<hr/>		
Andre meddelelser:		
<hr/>		
<hr/>		

Hovedarbejdsområde - Søjle A  
Hvis biarbejdsområde - Søjle B

Ansæt efter overenskomst med  
**AMTSRÅDSFORENINGEN**

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

**KOMMUNERNES LANDSFORENING**

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

**HS**

Hospitaler	120	<input type="checkbox"/>
Andet	140	<input type="checkbox"/>

**KØBENHAVN/FREDERIKSBERG  
KOMMUNE**

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

**FINANSMINISTERIET**

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

**ANDRE OVERENSKOMSTER**

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

**ANSAT PRIVAT**

	A	B
BST privat	330	<input type="checkbox"/>
Hos praktiserende fysioterapeut med overenskomst		
med Sygesikringen	340	<input type="checkbox"/>
Ved private behandlingsinstitutioner	350	<input type="checkbox"/>
Andre private	360	<input type="checkbox"/>

**SELVSTÆNDIG VIRKSOMHED**

SYGESIKRINGEN (kun angivelse, hvis man har eget ydernummer)		
Klinikejer	280	<input type="checkbox"/>
Lejer sig ind på klinik	290	<input type="checkbox"/>
Mobil, kun hjemmebehandling	300	<input type="checkbox"/>
Ridefysioterapi	301	<input type="checkbox"/>

**ANDEN SELVSTÆNDIG VIRKSOMHED**

Freelance konsulent	370	<input type="checkbox"/>
motionscenter	371	<input type="checkbox"/>
Salgsvirksomhed	372	<input type="checkbox"/>
Klinik uden ydernummer	373	<input type="checkbox"/>

**STILLINGSKATEGORI**

Fysioterapeut	10	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut med ydernummer	20	<input type="checkbox"/>
Afdelingsfysioterapeut	30	<input type="checkbox"/>
Overfysioterapeut	40	<input type="checkbox"/>
Anden lederstilling	50	<input type="checkbox"/>
Sagsbehandlerfysioterapeut	100	<input type="checkbox"/>
Distriktfysioterapeut	101	<input type="checkbox"/>
Rektorer	110	<input type="checkbox"/>
Klinisk underviser	120	<input type="checkbox"/>
Fysioterapilærer	130	<input type="checkbox"/>
Konsulent	140	<input type="checkbox"/>
Bedriftsfysioterapeut	150	<input type="checkbox"/>
Underviser	160	<input type="checkbox"/>
Anden stilling	170	<input type="checkbox"/>
Privatklinik/Center uden over- enskomst med Sygesikringen	171	<input type="checkbox"/>

**ARBEJDSOMFANG:**

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

**UDDANNELSESSTED**

(Kun 1 kryds)		
Aarhus	1	<input type="checkbox"/>
Holstebro	2	<input type="checkbox"/>
København	3	<input type="checkbox"/>
Skodsborg	4	<input type="checkbox"/>
Odense	5	<input type="checkbox"/>
Udland	6	<input type="checkbox"/>
Esbjerg	9	<input type="checkbox"/>
Næstved	10	<input type="checkbox"/>
Aalborg	11	<input type="checkbox"/>

DF er iflg. lov om behandling af personoplysninger forpligtet til at oplyse dig om registreringen og anvendelsen af de oplysninger, du giver os. De ovenfor afgivne personoplysninger registreres i DF's medlemskartotek - og behandles selvfølgelig fortroligt. Formålet med registreringen er at skabe grundlag for, at DF bedst muligt kan yde dig rådgivning og varetage dine interesser som medlem.

DF videregiver ikke oplysninger, med mindre det er foreskrevet i lovgivning eller er nødvendigt for at tilgodese overenskomster og kollektive aftaleforhold. I disse tilfælde kan der videregives navn- og adresseoplysninger.

Loven giver dig mulighed for at få indsigt i og berigtige de oplysninger, som er registreret om dig. Du skal blot kontakte DF. Hvis du ønsker at klage over DF's behandling af oplysninger om dig, kan det ske til Datatilsynet, Christiansbrygge 28, 4. 1559 København V.



**du slipper for  
at trykke så hårdt**

**når dine patienter først har prøvet en Dunlopillo...**



En Dunlopillo madras har en enestående fleksibilitet og spændstighed, der støtter kroppens trykpunkter optimalt, så ryggen får den hvile, der skal til for at forebygge og lindre rygsmærter. Derfor har vi etableret RygStøtte ordningen i samarbejde med en række forhandlere, hvor dine patienter får 30 dages gratis ombytningsret på alle madrasser. Det skulle gerne betyde, at dine patienter får mindre ondt i ryggen, så du ikke behøver trykke så hårdt. Læs mere på [www.dunlopillo.dk](http://www.dunlopillo.dk)

Tilmeld dig RygStøtte ordningen på [dunlopillo.dk](http://dunlopillo.dk) eller send kuponen til os på fax 43 62 28 30.

navn: .....

adresse: .....

postnr./by: .....

e-mail: .....

**Dunlopillo**

Glumsø: **Wengberg Møbler** tlf. 57 64 60 94 / Kbh/Rødovre: **Den 7. Himmel** tlf. 36 72 60 80 / Kbh. Ø: **Schwarz Sengeudstyr** tlf. 35 42 78 20  
Charlottenlund: **Schwarz Sengeudstyr** tlf. 39 64 01 77 / Kolding: **Bolighuset JOBO** tlf. 75 50 68 33 / Odense C: **SengeXperten** tlf. 66 11 02 46  
Århus C: **Sengespecialisten** tlf. 86 76 02 22 / Ågerup-Roskilde: **Smag & Behag** tlf. 46 78 74 44 / Aalborg: **Himmelsengen** tlf. 98 13 87 88  
Holstebro: **Søvn & Comfort** tlf. 97 42 02 77

Member of Thera-Band Academy.com

**Thera-Band**  
**ACADEMY**

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

### Trænings- & Rehab Kongres 2003

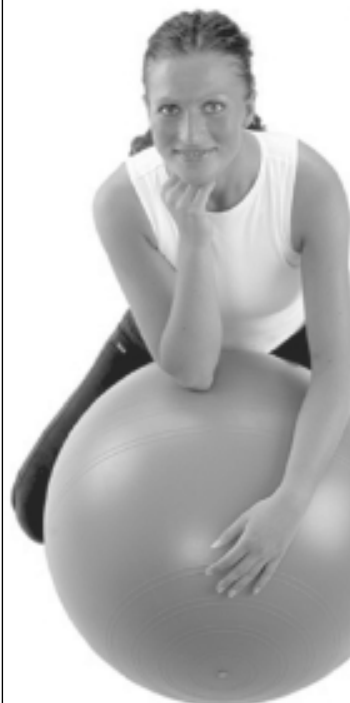
**Dato:** Weekend 1. - 2. november 2003  
**Tidsrum:** Lørdag kl. 9:00-18:15 og Søndag kl. 9:00-17:00  
**Sted:** Kolding  
**Pris:** Kr. 1.475,- for begge dage (inkl. noter, frokost, 1 T-shirt og 1 stor træningsbold)

KUN FÅ PLADSER TILBAGE!!

Danmarks første Trænings- & Rehab kongres byder på et spændende og eksklusivt program med eftertragtede undervisere fra ind- og udland. Dette er weekenden som byder dig muligheden for igen at føle dig opdateret med den nyeste viden og inspiration. Benyt lejligheden til at møde nye såvel som gamle kolleger.

Rekvirer specialbrochure med program på [kongres@proacademy.dk](mailto:kongres@proacademy.dk)

Info på [www.proacademy.dk](http://www.proacademy.dk)



#### Træningsterapi

<b>Therarobics™ &amp; Therapy</b> .....	Kr. 995,-
• Skodsborg 5. oktober 2003 kl. 11-18	
<b>Exercise Ball - Therapy</b> .....	Kr. 995,-
• Skodsborg 21. septem. 2003 kl. 11-18	
• Kolding 26. oktober 2003 kl. 10-17 <i> få pladser!</i>	
<b>Træningsterapi og Nakken</b> .....	Kr. 330,-
• Glostrup 18. sepem. 2003 kl. 19-22	
<b>Træningsterapi og Skulderen</b> .....	Kr. 330,-
• Glostrup 23. septem. 2003 kl. 19-22 <i> få pladser!</i>	
<b>Træningsterapi og Knæet</b> .....	Kr. 330,-
• Glostrup 9. oktober 2003 kl. 19-22	
<b>Aqua Therapy</b> .....	Kr. 1.175,-
• Kolding 15. novem. 2003 kl. 10-17 <i> få pladser!</i>	
• Gentofte 16. novem. 2003 kl. 10-17 <i> udbyldt!</i>	
<b>Funktionel Træningsterapi</b> .....	Kr. 975,-
• Randers 4. septem. 2003 kl. 9-15.30	
• Århus 25. septem. 2003 kl. 9-15.30 <i> få pladser!</i>	
• Ålborg 26. septem. 2003 kl. 9-15.30	
• Glostrup 30. septem. 2003 kl. 9-15.30	
<b>Therarobics™ er</b> - dynamisk stabilitetstræning i funktionelle bevægebæner med specialudviklede elastikker fra Thera-Band.	
Alle kurser er inkl. materiale samt forplejning	

#### Muskeltræning

<b>Pilates I Inspiration</b> .....	Kr. 600,-
• Kolding 23. septem. 2003 kl. 14-17	
<b>EFFEKT basis</b> .....	Kr. 550,-
• Glostrup 3. septem. 2003 kl. 19-22	
• Kolding 4. oktober 2003 kl. 10-13	
<b>EFFEKT med bold/elastik</b> .....	Kr. 550,-
• Kolding 4. oktober 2003 kl. 14-17	
<b>Exercise Ball - Fitness</b> .....	Kr. 995,-
• Glostrup 4. oktober 2003 kl. 10-17	
• Kolding 25. oktober 2003 kl. 10-17	
<b>Funktionel Fitness</b> .....	Kr. 800,-
• Glostrup 7.+ 8. okt. 2003 kl. 19-22	
<b>Grunduddannelse i Muskeltræning ...</b> • 100 TIMER i alt - Start 26. sept. 2003 <i> få pladser!</i> <i> Rekvirer specialbrochure</i>	
<b>Pilates er</b> - stræk og styrkeøvelser der fokuserer på træning af centret af kroppen.	
<b>EFFEKT er</b> - funktionel muskeltræning med egen kropsvægt.	
Alle kurser er inkl. materiale samt forplejning	

#### Kursus tilmelding -

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

HUSK - 4 nye videoer i serien "Den Intelligente Krop" - mere information på [www.proacademy.dk](http://www.proacademy.dk)



**PROacademy**

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