

Nr. 18/oktober/2003
85. årgang



Overlevelse er ikke nok

Alle ressourcer blev sat ind på at redde Anne Meiniches liv efter en voldsom trafikulykke, men der var ikke noget tilbud om genoptræning.
Side 20

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

■ Sarkopeni og styrketræning

Hvad sker der i muskulaturen, når man bliver ældre, og hvad er effekten af styrketræning? Side 4



Indhold...

Fysioterapeuten

Artikler



Fysioterapeuter erstatter lægen

Norge har gode erfaringer med at lade fysioterapeuter stå for sygemelding af patienter med lidelser i bevægeapparatet.

10



De første specialister

Merete Husum kan nu kalde sig specialist i muskuloskeletal fysioterapi, mens Karen Hastrup kan skilte med betegnelsen specialist i neurofysioterapi

12

Massage er effektiv



En ny australsk undersøgelse viser positiv effekt af massagebehandling givet til patienter med skuldersmerter, men man ved stadig ikke nok om, hvordan massage påvirker vævet.

15



Kvalitetsudvikling eller lønkroner

På årsmødet for praktiserendes kontaktpersoner skulle deltagerne blandt andet diskutere krav til de forestående overenskomstforhandlinger.

16



Overlevelse er ikke nok

Alle ressourcer blev sat ind på at redde Anne Meiniches liv, da hun var kommet voldsomt til skade efter en trafikulykke. Til gengæld var der ikke noget offentligt tilbud om genoptræning, da krisen var overstået.

20



Overenskomstforhandlinger i skridtgang

FOTO: NILS ROSENVOLD

Ridefysioterapioverenskomsten står foran en fornyelse. Den gældende overenskomst er fra 1993, og amtsrådsforeningens forhandlingsafdeling har i mellemtiden fået nye folk. For at give modparten et lille indtryk af, hvad det er, man forhandler om, havde Danske Fysioterapeuter inviteret til på egen krop og hesteryg at mærke ridefysioterapien, som den tager sig ud på Center for Ridefysioterapi og Handicapridning i Egtved. På billedet er det forrest kontorchef i Amtsrådsforeningen, Thorkild Rothenberg, der får sig en liggende passiar med Johnny Kuhr.



FORSIDE:

HENRIK FRYDKJÆR

Udgiver:

Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

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

E-mail:

Redaktionen@fysio.dk
www.fysio.dk

Redaktion:

Informationschef
Mikael Mølgaard, ansv.red.
mm@fysio.dk
Faglig redaktør Vibeke Pilmærk
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 9.118
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2002 - 30. juni
2003

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

ISSN 1601-1465



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Ældre medicinske patienter

Billedet står klart for alle, der har trukket i snoren til den automatiske dør-åbner ind til den medicinske afdeling: Fru Pedersen sidder sammenfalden i sin kørestol i den hvide hospitalstrøje og med plasticstroppen om håndledet. Ved siden af ligger hr. Hansen i sengen og stirrer op i loftet. Uden gebis og uden de briller, der kunne gøre ham i stand til at se, hvad der foregår.

Op mod 200.000 patienter over 65 år indlægges hvert år akut med en medicinsk sygdom som for eksempel lungebetændelse, blodprop eller nyrelidelse. Og der kommer flere til, i takt med at antallet af ældre vokser. Selv om flere undersøgelser viser, at de ældre generelt er tilfredse, kan vi som samfund, professionelle behandlere og eventuelle pårørende ikke være det, når vi ved, at det kan gøres bedre. Det var et af budskaberne på en konference om den ældre medicinske patient, som Ældre Sagen netop afholdt.

Et andet var, at der er brug for flere ressourcer og en langsigtet strategi og handleplan for området. En række patient- og fagorganisationer, herunder Danske Fysioterapeuter, opfordrer regeringen til at få udarbejdet en sådan plan. Men sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V), der var til stede på konferencen, mener ikke, at der er brug for en national handleplan for den ældre medicinske patient. Ifølge ministeren gælder det i stedet om at handle og sikre sammenhængen i behandlingen på tværs af sektorer. At amter, kommuner og praktiserende læger bliver bedre til at planlægge og samarbejde.

Naturligvis skal der handles. Men hvis der for alvor skal ændres på tingenes tilstand, er der behov for at tage politisk stilling til indsatsen og de økonomiske ressourcer. Eksempelvis hvad det gode patientforløb er, og hvilke kliniske retningslinier der skal gælde. Set med fysioterapeutiske øjne gælder det blandt andet om at få investeret i de ældres sundhed og livskvalitet. Alle undersøgelser viser, at man kan forebygge, behandle og genoptræne ældre til et bedre liv, og at effekten af træningen ikke kender nogen alder. En sådan indsats kan være med til at nedsætte antallet af ældre, der har behov for behandling på en medicinsk afdeling.

Organisationernes brev til sundhedsministeren er en stærk opfordring til at sætte den ældre medicinske patient på den politiske dagsorden, men også et tilsagn om at give en håndsrekning. Nu har der i et par år været fokus på ventelisterne, så næste skridt kunne passende være at prioritere de ældres behandling og sundhedstilstand. Lad os derfor se handling fra sundhedsministerens side.

Sarkopeni og styrketræning

(OVERSIGTSARTIKEL) I artiklen belyses de aldersrelaterede ændringer i muskulaturen og effekt af styrketræning

AF B.SC., STUD.SCIENT. JAKOB JESPERSEN,
B.SC., STUD.SCIENT. TROELS GRAVERS PEDERSEN &
FYSIOTERAPEUT, PH.D. NINA BEYER

FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Sarkopeni betegner tabet af muskelmasse, og dermed muskelstyrke, som foregår ved normal aldring. Sarkopeni synes at have mange årsager, herunder muskulære og neurale ændringer. I takt med muskelatrofien sker der et nonlineært fald i muskelstyrken. Dette fald accelererer efter 60-årsalderen. Den muskulære effektudviklingsevne (power) reduceres i endnu større grad end muskelstyrken.

Artiklen har været bragt i Ugeskrift for Læger 165/35, 25. august 2003, p. 3307-11.

En del af den aldersrelaterede reduktion i muskelstyrke og power kan modvirkes ved styrketræning. Forbedringer afhænger dog af de ældres initiale status. Samlet vil de ældste og svageste kunne profitere mest af styrketræning, om end ældre generelt vil kunne drage nytte heraf. Med en voksende ældrepopulation synes fokus på sarkopeni og modtræk hertil at være mere relevant end nogensinde.

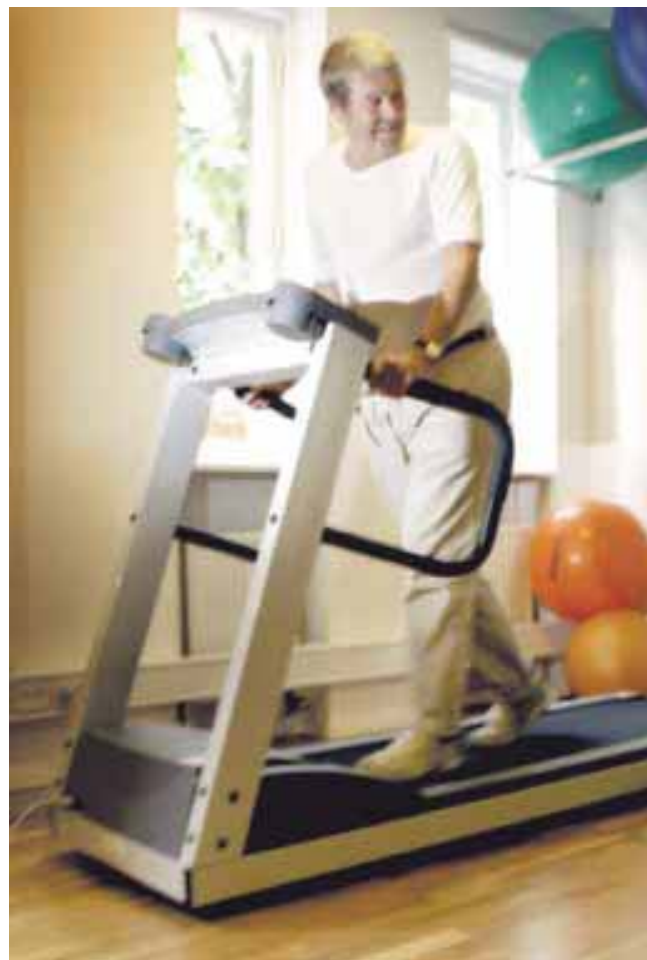
Der blev foretaget artikelsøgning på MEDLINE på søgeordene sarcopenia, elderly og strength training. Alene styrketræningsstudier, hvor man har anvendt moderat til tung belastning, defineret som 60-100 procent af et repetitionsmaksimum (1RM) (1), er inkluderet. Kun studier med ældre på 60 år og derover er medtaget. Ældre klassificeres til tider i yngre-ældre (60-79 år), ældre-ældre (80 år og ældre) og meget gamle (85 år og ældre).

Når mennesket ældes reduceres både muskulær styrke og udholdenhed. Ud af mange parametres aldersbetingede fald udgør reduktionen i muskelmasse (sarkopeni) og dermed muskelstyrke den klart mest iøjnefaldende (2).

Den reducerede muskelstyrke fremstår særlig kritisk, når den bliver så lav, at basale dagligdagsaktiviteter som gang, trappegang og stolerejsning bliver besværlige eller umulige. Nedsat mobilitet kan føre til inaktivitet, som accelererer tabet af muskelmasse og -styrke yderligere. Altså er man bragt i en ond cirkel (3).

Det vides, at styrketræning kan øge muskelmassen og -styrken signifikant hos ældre (4-6) og selv hos meget gamle (7-9). Endvidere kan styrketræning forbedre ældres funktionsevne (7). Styrketræning synes således at være højest anvendelig.

Forebyggelse og behandling af sarkopeni kan



reducere menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger. De samlede sundhedsudgifter i USA som følge af sarkopeni estimeres til 300 mia. US dollars om året (10).

Problemstillingen har endvidere en global dimension, idet andelen af mennesker i alderen 60 år og ældre forventes at stige fra 629 mio. i 2002 til næsten 2 mia. i 2050. Endelig udgør gruppen af 80-årige og ældre den hastigst voksende gruppe af den samlede ældrebefolkning (11).

ALDERSRELATEREDE ÆNDRINGER

En af hovedårsagerne til sarkopeni er, at man har et mindsket antal motorneuroner efter 60-årsalderen (12). Herved opstår deinnervation efterfulgt af sporadisk reinnervation, hvorfor nogle muskelfibre atrofiere og dør (13). Endvidere ses en nedsat ledningshastighed, idet aksonet demyeliniseres stedvist og mindskes i diameter (14). Ud over reorganisering af de motoriske enheder ses en nedsat neuromuskulær aktivitet (7).

Muskelatrofien udgør 30-40 procent fra anden til niende dekad og accelererer efter 50 års-al-



De ældre har størst glæde af styrketræning. Derfor prioriteres styrketræning højt på Genoptræningscenteret Indre By i København. Her er der Kaj Jørgensen og Jørgen Harne.

hos ældre først i 70'erne være 70 procent lavere end hos unge (19) (se figur 1).

Samlet spiller type II-atrofi en vigtig rolle i reduceret muskelstyrke og ikke mindst power, idet type II-fibrenes kontraktionshastighed er ca. fire gange højere end type I-fibrenes. En nedsat neuromuskulær aktivitet og øget antagonist koaktivering bidrager yderligere til reduktionen i styrke og power (6). Ovennævnte aldersrelaterede ændringer er særlig interessante i interventionsøjemed, idet de kan påvirkes ved styrketræning.

STYRKETRÆNINGENS VIRKNING

Bidraget til sarkopeni fra henholdsvis aldring per se og fysisk inaktivitet er svært at bedømme. Personer over 67 år udgør den mest stillesiddende gruppe af den voksne befolkning (20). Inaktivitet er årsag til en del af den forringede funktionsevne, men aldersrelateret muskelatrofi og nedgang i funktionsevne optræder også hos fysisk aktive. Klitgaard et al (21) fandt, at ældre, der konditionstrænede, tabte muskelmasse, mens ældre, der styrketrænede, havde en muskelmasse og -styrke lig yngre stillesiddende individer. Endvidere har Meltzer (22) påvist en nedgang i præstationsevne hos elitevægtløftere på 1-1,5 procent pr. år efter 30 års-alderen.

På baggrund af ovenstående synes styrketræning at være lovende i behandlingen af sarkopeni. Valget af styrketræning frem for eksempelvis kredsløbstræning motiveres af, at aerob træning ikke forbedrer muskelstyrken nævneværdigt hos ældre, og at muskelstyrken kan blive mere begrænsende for svage ældres daglige aktiviteter end hjerte-kredsløbsfunktion.

Yderligere kan styrketræning praktiseres af ældre med komorbiditet og har desuden positiv indvirkning på sygdomme som hypertension, insulinresistens, osteopeni og artrose (23).

Regelmæssig moderat til tung styrketræning synes desuden at være forbundet med mindre risiko for skader end f.eks. jogging (24).

NEURALE ADAPTATIONER

I flere studier har man vist styrketilvækst på 25-170 procent over 8-12 uger (1, 7-9). Dette er målt ved 1RM-metoden (25). Brug af identisk udstyr til

DEFINITIONER

Maksimal muskelstyrke: Den maksimale kraft, en muskel eller muskelgruppe kan generere.

Kraftmoment: Kraft x momentarm (Nm), hvor momentarm = den på kraften vinkelrette afstand fra omdrejningspunktet til kraften.

1RM: Den vægt/belastning, man kan løfte netop en gang med korrekt teknik (kg).

Isokinetisk styrkemåling: Måling af kraftmoment ved konstant vinkelhastighed (Nm).

Power (muskulær effekt): Kraft x hastighed (N x m/s)

Styrketræning: Træning med belastninger over 60 procent af 1RM

der. Massetabet forårsages af to komponenter: primært et tab af muskelfibre, der sandsynligvis rammer alle fibertyper lige, og sekundært muskelfiberatrofi, som er særlig udpræget i type II-fibrene. En del af muskelmassen erstattes af adipøst og fibrøst væv, hvorfor antallet af kontraktile elementer reduceres (15).

Muskelmassetabet er nonlinear, hvilket illustreres af Baumgartner et al (16), som definerede sarkopeni som skeletmuskelmasse to standardafvigelse eller mere under den gennemsnitlige muskelmasse for en yngre referencegruppe af mænd og kvinder på 18-40 år. Blandt 808 ældre var prævalensen for sarkopeni 13-24 procent for personer under 70 år, hvorimod forekomsten steg til mere end 50 procent for ældre over 80 år.

Muskelstyrken falder med gennemsnitligt 1-1,5 procent om året efter 60-65-års-alderen (17,18), og kan hos ældre først i 70'erne være 50 procent lavere end hos unge (19).

Den muskulære effektudviklingsevne (power) reduceres i endnu større grad med gennemsnitligt 3,5 procent om året fra 65-års-alderen (18), og kan

FIG 1.

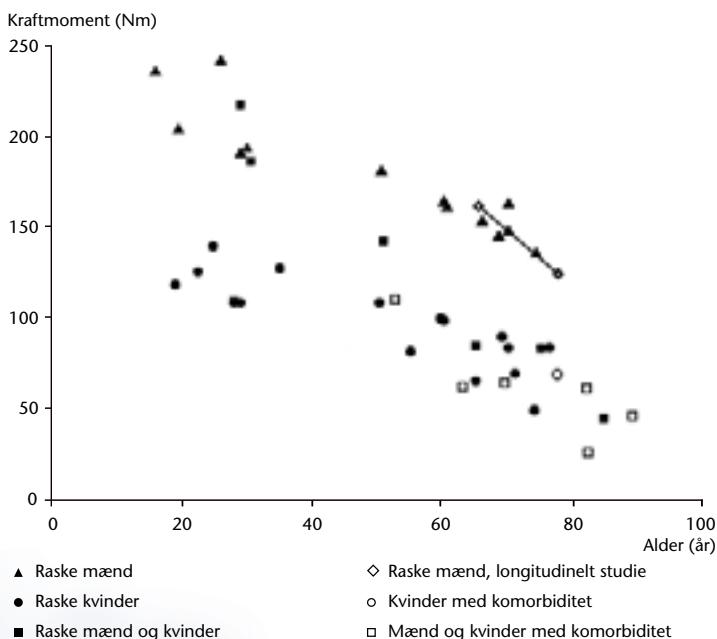
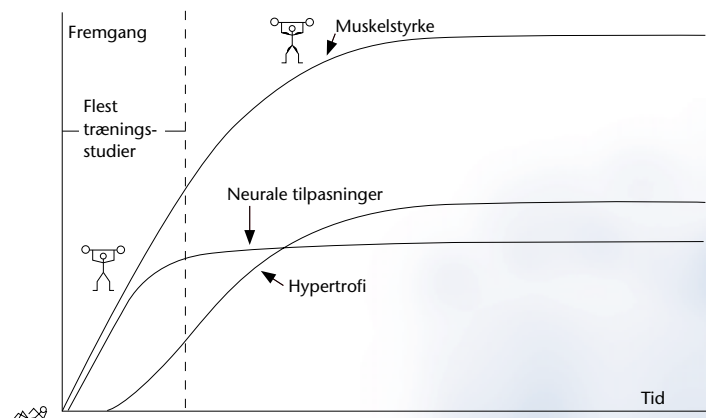


Fig 1. Figuren viser gennemsnitsværdier for isokinetiske styrkemomenter i knæekstension målt isokinetisk ved vinkelhastigheden 60°/s hos kvinder og mænd i forskellige aldre (gennemsnit). Data stammer fra et longitudinelt studie og 30 tværsnitstudier, hvor størrelsen af populationerne varierer (gennemsnit n = 27 [6-160], ligesom aldersspredning i grupperne varierer. Foruden forskelle i fysisk aktivitetsniveau og komorbiditet kan dette sammen med metodeforskelle forklare en del af variationen i styrkeniveau. Det fremgår dog af figuren, at styrkemomenterne hos raske mænd er betydeligt højere end hos raske kvinder. Data på de blandede grupper af mænd og kvinder med komorbiditet er knap så entydige. I seks ud af 28 artikler er styrkemomenterne aflæst fra grafer.

FIG 2.



► træning og test giver en forbedring i færdighed og 1RM, idet styrkeøgning er påvirket af en indlærings-effekt. Et mere præcist mål for styrkefremgang fås ved at anvende målemetoder, der er forskellige fra træning, f.eks. dynamometriske målinger (isokinetisk), hvor styrketilvæksten i træningsstudier med ældre er 10-45 procent over 8-12 uger (7, 26, 27).

Ofte kan mindre end 10-15 procent af styrkeøgningen forklares ved øget muskelmasse (28). Således må en stor del af styrketilvæksten skyldes neurale tilpasninger og andre adaptationer. Det relative bidrag til styrketilvækst i et styrketræningsforløb fra neurale faktorer og hypertrofi kan ses i den klassiske figur fra Sale (29) (se figur 2).

MOTORNEURONANTAL OG NEUROMUSKULÆR AKTIVITET

Tab af motorneuroner synes at være irreversibelt, og det antages, at antallet af motorneuroner ikke ændres ved styrketræning (3). Häkkinen et al (6) fandt via integreret elektromyografi en øget maksimal voluntær agonistaktivering hos ældre kvinder (64 ± 3 år) efter 21 ugers styrketræning. Andre har imidlertid ikke fundet øget aktivering målt ved twitch -interpolation (30). Der eksisterer dog uenighed om, hvilken metode der er bedst egnet til at bestemme maksimal voluntær aktivering. Dette kan forklare de divergerende resultater (28).

KOAKTIVERING

Häkkinen et al (31) sammenlignede 21 ældre (ca. 70 år) med 21 midaldrende (ca. 40 år) mænd og kvinder og fandt, at efter seks måneders styrketræning var antagonist koaktiveringen (hasemusklaturen) signifikant reduceret i den ældre gruppe. Reduktionen medførte, at de ældre nåede et niveau lig de midaldrendes, hvis koaktivering ikke ændredes. Disse resultater kunne tyde på, at den neurale adaptation er større hos ældre end hos midaldrende.

MUSKULÆRE ADAPTATIONER

Hypertrofi

I studier, hvor man har anvendt MRI eller CT til måling af muskelmassen, har man registreret fra ingen til 20 procent øgning i udvalgte musklers tværsnitsareal eller volumen (1).

I to studier har man efter 8-12 ugers styrketræning tre gange ugentligt (85-årige og ældre) med 80 procent af 1RM fundet et 9-10 procent gen-

nemsnitligt øget tværsnitsareal af lårets muskulatur (7, 8), mens man i et andet studie ikke fandt nogen signifikant øgning (9).

McCartney et al (5) gennemførte et længere styrketræningsstudie (60-80-årige, to gange træning ugentlig) med to gange 42 ugers træning adskilt af ti ugers testning og ferie. Efter 94 uger var det gennemsnitlige tværsnitsareal af knæekstenso-
rnerne øget med 8,7 procent, hvoraf to tredjedele skete i løbet af de første 42 uger. Man har således fundet relativt ens øgninger i tværsnitsareal (ca. 9 procent) efter træningsforløb på mellem 8 og 84 uger.

En årsag kunne relateres til dosisrespons. En anden kunne være, at forsøgspersonerne i de kortere studier var betydelig ældre og svagere. Meget gamle udviser oftest større atrofi end yngre-ældre, hvorfor træningsresponsen muligvis er større hos de førstnævnte.

Der er ikke fundet nogen signifikant forskel i knæekstensorerens hypertrofirespons mellem yngre (21-31 år) og ældre (62-75 år) mænd og kvinder efter ni ugers styrketræning (32, 33).

Welle et al (33) fandt dog signifikant mindre hypertrofi hos ældre i albue og knæflexorer end hos yngre, dog kun på henholdsvis 13 procent og 7 procent.

Fiberhypertrofi

Tilsyneladende hypertrofierer både type I- og type II-fibre ved styrketræning (4, 27). Porter (1) hævder, at der generelt ikke ses en større tilvækst i type II-fibre end i type I-fibre hos ældre, hvilket delvist tillægges den langsomme bevægelseshastighed, der er anvendt ved træningsøvelserne. Dette er i modstrid med et studie (6), hvor type I- og type II-fibrenes relative areal var det samme både før og efter 21 ugers eksplosiv styrketræning. Det skal dog påpeges, at kun 20 procent af træningen var højhastighedstræning. I modsætning hertil fandt Kryger (7) selektiv type II-hypertrofi (26 procent) hos meget gamle efter 12 ugers styrketræning.

Studier med yngre voksne viser, at styrketræning inducerer hypertrofi i både type I- og type II-fibre, men at type II-fibre tilsyneladende vokser relativt mere end type I (34).

Således er resultaterne divergerende med hensyn til hvilke fibertyper, der hypertrofierer, og muligvis eksisterer der en forskel i responsen hos yngre og ældre.

MEKANISKE KONSEKVENSER

Øget muskelstyrke, hvilke faktorer bidrager

Til trods for højere udgangsværdier i muskelstyrke hos yngre end hos ældre har man i flere studier rapporteret om den samme relative styrketilvækst (35-37). Forskelle i procentuel styrketilvækst hos ældre kan blandt andet skyldes forskelle i træningsforløbets længde (29), protokol og intensitet.

Der synes ikke at eksistere nogen sammenhæng mellem overordnet styrketilvækst og hypertrofi på helmuskel- eller enkeltfiberniveau, hverken efter typisk tre måneders (1) eller et års træning (4). Samlet harmonerer ovenstående med, at man i mange studier kun kan forklare 10-15 procent af styrkeøgningen ved øget muskelmasse (28). Da de fleste af disse studier har varet 8-12 uger, bør man tage højde for den typiske tidshorisont for bidraget til styrkeøgning fra henholdsvis neurale faktorer, for eksempel. øget neuromuskulær aktivitet (6, 31), og muskelhypertrofi (29) (Fig. 2).



Professional TENS/FES

ALPHA II 3000

BIOFINA a/s

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

SARKOPENI

- Muskelfibertab, der rammer alle fibertyper.
- Muskelfiberatrofi i primært type II-fibre.
- Tab af motorneuroner.
- Nedsat neuromuskulær aktivitet.
- Styrkereduktion på op til 50 procent.
- Powerreduktion på op til 70 procent.

RESULTAT AF STYRKETRÆNING

- Muskelfiberhypertrofi
- Øget neuromuskulær aktivitet
- Styrketilvækst
- Powerøgning
- Jo større styrkedeficit, jo større styrkeforbedring

► Øget power - hvilke faktorer bidrager

Jozsi et al (35) fandt øget power efter 12 ugers pneumatisk styrketræning (belastningen reguleres ved hjælp af et hydraulisk system med luftfyldte cylindre), men ingen øgning i fedtfri masse, hvilket indikerer, at adaptationer ud over hypertrofi kan mediere powertilvæksten. Den relative powertilvækst var ens hos yngre og ældre.

Fielding et al (38) undersøgte effekten af henholdsvis en høj- og en lavhastighedsprotokol på 25 ældre kvinder (gennemsnit 73 år) med selvrapporteret nedsat funktionsevne. De trænede 16 ugers identisk pneumatisk styrketræning med 70 procent af 1RM, dog med forskellig koncentrisk hastighed (så hurtigt som muligt versus to sekunder).

Samlet var høj- og lavhastighedstræningen lige effektive til styrketilvækst, hvorimod power blev øget signifikant mere i højhastighedsgruppen. Powertilvæksten via højhastighedstræning medieres sandsynligvis af øget neuromuskulær aktivitet og type II-hypertrofi i kraft af hurtigere kontraktionshastighed (38).

OPSUMMERING OG KONKLUSION

Det aldersbetingede tab af motorneuroner kan antagelig ikke reverseres, ej heller ved regelmæssig styrketræning. Derimod kan styrketræning sandsynligvis øge den neuromuskulære aktivitet og reducere antagonist koaktivering.

Overordnet opnår ældre samme relative hypertrofi som unge efter typisk 8-12 ugers regelmæssig styrketræning. Styrketræning inducerer tilsyneladende hypertrofi i alle fibertyper i størrelsesordenen 0-20 procent hos ældre. Der foreligger dog en del modstridende resultater, angående hvilke fibertyper der hypertrofierer.

En realistisk øgning i tværsnitsareal på 10 procent opnået ved tre måneders styrketræning vil kunne reversere et årtis musklemassetab set i relation til en musklemasseatrofi på ca. en procent pr. år efter 50-års-alderen.

Det samme gælder for muskelstyrken, som øges med 10-45 procent. Træningsresponsen synes at være større hos skrøbelige ældre med stort styrkedeficit (7) end hos raske, fysisk aktive ældre (26, 27). Endvidere peger man i den eksisterende litteratur på, at power øges ved styrketræning, især ved højhastighedstræning. Således kan årtiers styrketab reverseres, hvilket potentielt udsætter tidspunktet for nedsat funktionsevne - et potent argument for styrketræning som modtræk til sarkopeni.

Øget muskelstyrke synes at øge spontan fysisk aktivitet i hverdagen (9), hvilket antyder, at styrketab er en essentiel faktor i ældres nedsatte aktivitetsniveau. Samlet kan ingen anden befolkningsgruppe profitere mere af styrketræning end de ældre grundet deres lave initiale styrkemæssige status. Med en voksende ældrepopulation synes fokus på sarkopeni og modtræk hertil at være mere relevant end nogensinde.

"Life generates life: inactivity causes life to fade away". Albert Szent-Györgyi (1893-1986)

Forfatterne ønsker at takke professor Michael Kjær og dr.scient. Kurt Jørgensen for tilskyndelse til at skrive nærværende artikel.

LITTERATUR

1. Porter MM. The effects of strength training on sarcopenia. *Can J Appl Physiol* 2001;26:123-41.
2. Rosenberg IH. Sarcopenia: origins and clinical relevance. *J Nutr* 1997;127(suppl 5):990S-991S.
3. Roubenoff R. Origins and clinical relevance of sarcopenia. *Can J Appl Physiol* 2001;26:78-89.
4. Pyka G, Lindenberg E, Charette S et al. Muscle strength and fiber adaptations to a year-long resistance training program in elderly men and women. *J Gerontol* 1994;49:M22-M27.
5. McCartney N, Hicks AL, Martin J et al. A longitudinal trial of weight training in the elderly: continued improvements in year 2. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996;51:B425-B433.
6. Hakkinen K, Pakarinen A, Kraemer WJ et al. Selective muscle hypertrophy, changes in EMG and force, and serum hormones during strength training in older women. *J Appl Physiol* 2001;91:569-80.
7. Kryger AI. Effects of resistance training on skeletal muscle and function in the oldest old (disp). København: Københavns Universitet, 1999.
8. Fiatarone MA, Marks EC, Ryan ND et al. High-intensity strength training in nonagenarians. *JAMA* 1990;263:3029-34.
9. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994;330:1769-75.
10. Booth FW, Gordon SE, Carlson CJ et al. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *J Appl Physiol* 2000;88:774-87.

11. United Nations. Population ageing 2002. <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf>/ april 2003.
12. Tomlinson BE, Irving D. The numbers of limb motor neurons in the human lumbosacral cord throughout life. *J Neurol Sci* 1977;34:213-9.
13. McComas AJ. Aging. Skeletal muscle: form and function. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1996: 325-41.
14. Kawamura Y, Okazaki H, O'Brien PC et al. Lumbar motoneurons of man I. number and diameter histogram of alpha and gamma axons of ventral root. *J Neuropathol Exp Neurol* 1977;36:853-60.
15. Lexell J, Taylor CC, Sjostrom M. What is the cause of the ageing atrophy?
Total number, size and proportion of different fiber types studied in whole vastus lateralis muscle from 15- to 83-year-old men. *J Neurol Sci* 1988;84:275-94.
16. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol* 1998;147:755-63.
17. Vandervoort AA, McComas AJ. Contractile changes in opposing muscles of the human ankle joint with aging. *J Appl Physiol* 1986;61:361-7.
18. Young A, Skelton DA. Applied physiology of strength and power in old age. *Int J Sports Med* 1994;15: 149-51.
19. Bosco C, Komi PV. Influence of aging on the mechanical behavior of leg extensor muscles. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 1980;45:209-19.
20. DIKE. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udvikling siden 1987. Rapport fra DIKES repræsentative undersøgelse blandt voksne danskere. København: DIKE, 1995.
21. Klitgaard H, Mantoni M, Schiaffino et al. Function, morphology and protein expression of ageing skeletal muscle: a cross-sectional study of elderly men with different training backgrounds. *Acta Physiol Scand* 1990;140:41-54.
22. Meltzer DE. Age dependence of Olympic weightlifting ability. *Med Sci Sports Exerc* 1994;26:1053-67.
23. Hurley BF, Roth SM. Strength training in the elderly: effects on risk factors for age-related diseases. *Sports Med* 2000;30:249-68.
24. Pollock ML, Carroll JF, Graves JE et al. Injuries and adherence to walk/jog and resistance training programs in the elderly. *Med Sci Sports Exerc* 1991;23: 1194-200.
25. Delorme TL. Restoration of muscle power by heavy-resistance exercises. *J Bone Joint Surg* 1945;27:647-67.
26. Frontera WR, Meredith CN, O'Reilly KP et al. Strength conditioning in older men: skeletal muscle hypertrophy and improved function. *J Appl Physiol* 1988;64:1038-44.
27. Lexell J, Downham DY, Larsson Y et al. Heavy-resistance training in older Scandinavian men and women: short- and long-term effects on arm and leg muscles. *Scand J Med Sci Sports* 1995;5:329-41.
28. Enoka RM. Neural adaptations with chronic physical activity. *J Biomech* 1997;30:447-55.
29. Sale DG. Neural adaptation to resistance training. *Med Sci Sports Exerc* 1988;20(suppl 5):S135-S145.
30. Harridge SD, Kryger A, Stensgaard A. Knee extensor strength, activation, and size in very elderly people following strength training. *Muscle Nerve* 1999;22:831-9.
31. Hakkinen K, Kallinen M, Izquierdo M et al. Changes in agonist-antagonist EMG, muscle CSA, and force during strength training in middle-aged and older people. *J Appl Physiol* 1998;84:1341-9.
32. Ivey FM, Roth SM, Ferrell RE et al. Effects of age, gender, and myostatin genotype on the hypertrophic response to heavy resistance strength training. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:M641-M648.
33. Welle S, Totterman S, Thornton C. Effect of age on muscle hypertrophy induced by resistance training. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996;51:M270-M275.
34. Kraemer WJ, Fleck SJ, Evans WJ. Strength and power training: physiological mechanisms of adaptation. *Exerc Sport Sci Rev* 1996;24:363-97.
35. Jozsi AC, Campbell WW, Joseph L et al. Changes in power with resistance training in older and younger men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54:M591-M596.
36. Rall LC, Meydani SN, Kehayias JJ et al. The effect of progressive resistance training in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1996;39:415-26.
37. Welle S, Thornton C, Statt M. Myofibrillar protein synthesis in young and old human subjects after three months of resistance training. *Am J Physiol* 1995;268:E422-E427.
38. Fielding RA, LeBrasseur NK, Cuoco A et al. High-velocity resistance training increases skeletal muscle peak power in older women. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:655-62.

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens 38 numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.



Rino Jörgensen hjalp en kammerat med at flytte i en weekend og fik ondt i lænden. Allerede om mandagen var han i behandling hos Olav Rafoss. "At jeg kunne komme til direkte uden lægehenvi-
sning sparede meget tid. Hvis jeg skulle få brug for en sygemelding, er det rart, at fysioterapeuten kan træffe beslutningen. Det gør processen mere smidig", mener han.



Fysioterapeuter erstatter lægen

Siden september 2001 har 42 fysioterapeuter og 74 kiropraktorer i Norge deltaget i "Henvi-
sningsprojektet", hvor de har haft ret til at sygemelde patienter med lidelser i bevægeapparatet i op til otte uger. Patienterne har kunnet komme uden lægehenvi-
sning.

(PROJEKT) Norge har gode erfaringer med at lade fysioterapeuter stå for sygemelding af patienter med lidelser i bevægeapparatet

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO CONNY PETTERSSON/SJUKGYMNASTEN

I to år har patienterne kunnet gå direkte til fysioterapeut uden lægehenvi-
sning i tre norske "fylker" (amter). Samtidig har fysioterapeuter og kiropraktorer haft ret til at sygemelde patienter med lidelser i bevægeapparatet. Forsøget er netop blevet forlænget, og Stortinget skal, når evalueringen foreligger omkring jul, tage stilling til, om det skal gøres permanent.

Det svenske "Sjukgymnasten" har besøgt Olav Rafoss og Steinar Arctander, der er to af de i alt 42 fysioterapeuter, der har medvirket i projektet. Deres oplevelse med ordningen er, at alle har været vin-
dere.

"Det letter både os og patienten, som hurtigere kan få den behandling, han eller hun behøver. Stat og kommune sparer penge på kortere sygemeldinger, fordi patienterne tidligere har skullet være sygemeldt, mens de ventede på en tid hos lægen", fortæller Steinar Arctander til Sjukgymnasten.

Det hører med til historien, at der i Norge er stor lægemangel, særligt i den nordlige del af landet.

Da fysioterapeuterne er patienternes første kontakt til sundhedsvæsenet, er det fysioterapeutens ansvar at finde ud af, om patienten skal behandles

ak ■ tuelt

eller sendes videre. De 42 fysioterapeuter har derfor i løbet af forsøgsperioden fået et to ugers kursus i røntgen, laboratorieanalyse og differentialdiagnostik.

LÆGERNE VAR BEKYMREDE

Lægerne var ved forsøgets start bekymrede for, at antallet af sygdomsmeldinger ville stige, men sådan er det ikke gået.

"I de to år har jeg kun oplevet én patient, som ville sygemeldes. Jeg valgte til sidst at sygemelde ham for en kort periode. Når andre patienter banker på døren og vil behandles for at kunne komme tilbage på arbejde, føles det forkert at bruge for meget tid og energi på en patient, som egentlig ikke behøver min hjælp", siger Olav Rafoss.

Officielt er lægerne stadig kritiske over for forsøget, men Olav Rafoss fortæller, at han oplever, at de lokale læger er blevet mindre skeptiske. Hans gæt er, at forsøget gøres permanent, og i så fald kommer det til at omfatte 250 manuelle terapeuter.

KOM MED VED ET TILFÆLDE

Det var lidt af et tilfælde, at fysioterapeuterne overhovedet kom med i forsøget, fortæller Anne Lexow, formand for det norske fysioterapiforbund, til Sjukgymnasten. Forbundet hørte, at kiropraktorerne var i gang med et projekt, og man gik derfor til politikerne og krævede at komme med.

I øjeblikket foregår så arbejdet med at overbevise politikerne om, at forsøget skal gøres permanent, men Anne Lexow er optimist. Ikke mindst fordi midtvejsevalueringen fra december 2002 var positiv.

Evalueringen viste, at stigningen i omkostningerne i forbindelse med sygdomsmeldinger som følge af lidelser i bevægeapparatet var 7,4 procent i de tre forsøgsfylker, mens der på landsplan var en stigning på 10,2 procent. Sygemeldingerne i de tre fylker var ikke blevet færre, men de var blevet kortere, hvilket totalt set giver en samfundsøkonomisk gevinst.

Selvom der på det tidspunkt kun var gået et år af projektperioden, havde patienterne taget til sig, at de ikke behøvede en lægehenvielse, og 52,7 procent kom således direkte til fysioterapeuten.

Evalueringen viste desuden, at samarbejdet mellem faggrupperne var øget, og at lægerne var blevet mere positive over for tanken om, at flere faggrupper kan sygemelde.

Det er netop blevet besluttet at fortsætte projektet, der ellers efter planen skulle have været afsluttet den 1. september. At projektet således er forlænget, inden den endelige evaluering foreligger, tolker Anne Lexow positivt.

Kilde: Sjukgymnasten nr. 9 2003 og Fysioterapeuten (det norske) nr. 9/03. ■

Fysioterapeuter er fagchauvinister

(ETF) ■ Ergoterapeutforeningens landsformand gennem 12 år, Tina Voltelen, har forladt formandsstolen og er draget i frivilligt eksil i Sydfrankrig. I et afskedsinterview i Ergoterapeuten glæder hun sig over dannelsen af Sundhedskartellet, men ærgrer sig over, at fagchauvinismen stadig trives:

"Den samme frustration har jeg haft gennem årene i mit samarbejde med Danske Fysioterapeuter på centralt plan. Ude i praksis løser vi ofte de samme opgaver, men med hver vores meget forskellige kompetencer. I forhold til de to formænd, der har været i min tid, har jeg oplevet en måske forståelig fagchauvinisme, der har skygget for den nødvendige udvikling i samarbejdet".

Tina Voltelen nævner som eksempel organiseringen af praksisområdet: "Jeg har mange gange foreslået et forsøg med ergoterapeuter i klinikkerne. Det har patienterne brug for. Apopleksipatienter, der er med i gruppen af vederlagsfri patienter, får ganske enkelt ikke den rigtige behandling ved kun at få tilbudt fysioterapi. Det er et reelt problem for tusindvis af patienter hvert år, og det kan vi altså ikke være bekendt. Men fysioterapeuternes ledelse har valgt at opfatte problemstillingen som brødnid", siger Tina Voltelen blandt andet. I samme interview bakker Tina Voltelen op om hovedbestyrelsesmedlem Gunner Gamborgs kandidatur til formandsposten. ETF's hovedbestyrelse bakker enstemmigt op, om Gunnar Gamborg, der foreløbig er eneste kandidat.

Næstformand Lene Barslund er i øjeblikket konstitueret landsformand. Sidste frist for anmeldelse af kandidatur er den 21. oktober, og den 27. november offentliggøres navnet på ergoterapeuternes nye landsformand.

Den motiverende rygskole

(SAMARBEJDE) ■ Et partnerskab mellem Gigtforeningen, Danske Fysioterapeuter og Århus Amt udvikler en ny model for rygskole, hvor træning suppleres med undervisning i blandt andet smertestyring, ergonomiske arbejdsforhold i hjemmet og kommunikation med familie, venner og arbejdsplads. For at give rygpatienterne positive rollemodeller varetages denne del af undervisningen af frivillige, tidligere rygpatienter. Patienter til projektet rekrutteres af reumatologer, kiropraktorer og praktiserende læger efter nærmere opstillede kriterier. Projektet, der er støttet af Sundhedsministeriet, igangsættes 1. januar 2004 og forventes afsluttet ultimo 2005.

Har du set den nye
www.fysio.dk?

WWW.FYSIO.DK?

Specialist i neuro-
fysioterapi Karen
Hastrup Arentsen



Merete Husum er specialist i
muskuloskeletal fysioterapi



De første specialister

(NYT) Merete Husum kan nu kalde sig specialist i muskuloskeletal fysioterapi, mens Karen Hastrup kan skilte med betegnelsen specialist i neurofysioterapi

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO ANNE METTE WELLING OG
HAMMEL NEUROCENTER V. JYTTE RYDTOFT

Danske Fysioterapeuters specialistråd har godkendt de første to specialister. Der var indkommet ti ansøgninger om specialistkompetence, men kun to opfyldte kravene.

Indtil videre er specialistkompetencen en intern anerkendelse forstået på den måde, at ordningen ikke ledsages af nogen officielle stempler, men DF har indledt drøftelser med Sundhedsstyrelsen, og håbet er, at det første skridt mod en officiel anerkendelse af specialister inden for fysioterapifaget nu er taget.

I første omgang er beskrevet to områder: muskuloskeletal fysioterapi og neurofysioterapi, og der er udnævnt en specialist inden for hvert område.

MUSKULOSKELETAL SPECIALIST

Merete Husum, der er leder af fysio- og ergoterapien på Farsø Sygehus er således Danmarks første

fysioterapeut med speciale i muskuloskeletal fysioterapi. Ved siden af ledelsesopgaverne har Merete Husum patienter på Rygambulatoriet, og hun superviserer endvidere terapeuterne.

"Det er godt for faget, at vi nu får specialister. Det er en proces, som har været i gang længe, og jeg tror, at en specialistuddannelse kan motivere endnu flere til at videreudanne sig og hele tiden være i udvikling. Og måske får vi så henad vejen mere kompetence og måske også højere løn", mener hun.

Merete Husums egen udvikling har været mere eller mindre konstant, siden hun i 1976 blev færdiguddannet. Hun har været syv år på et hospital, otte år som underviser på en fysioterapeutskole, har taget videreuddannelsen i Århus, har været på klinik og har suppleret med stort set alt, hvad der findes af efteruddannelseskurser på rygområdet: MT eksamen del I og II, McKenzie credential eksamen, kinetic control, psykosomatik osv, fouden pædagogiske kurser. Omkring 40 kurser er det blevet til, foruden alle dem, hun selv har undervist på, bl.a. som underviser i MT-gruppen. Endvidere har hun været vejleder på projekter, været censor på videnskabelige opgaver og har uddannet sig i videnskabelig metode på universitetsniveau.

I øjeblikket er Merete Husum i gang med en

Specialistrådet har gennemgået ti ansøgninger om specialistkompetence. To er blevet godkendt, mens de øvrige har fået vejledning i, hvilke kompetencer de mangler for at opfylde kriterierne eller er blevet bedt om at skaffe yderligere dokumentation for de kompetencer, de har. Specialistordningen, herunder krav til ansøgere er beskrevet på www.fysio.dk under "uddannelse".

ny ■ litteratur

Master i Public Management. Videreuddannelse på masterniveau er et krav til kommende specialister, men Merete Husum er godkendt inden for en overgangsordning, hvor den erhvervede efter- og videreuddannelse tælles op i ECTS-point.

MANGEL PÅ REUMATOLOGER

"Specialistgodkendelsen kan jeg lige nu bruge bruge som underviser i MT gruppen og andre steder, som supervisor, som censor og i min dagligdag. Men jeg har ikke i mit nuværende job det antal patienter, jeg havde, da jeg var på klinik, så det kliniske får ikke den højeste prioritet lige nu. Men jeg ved jo ikke, hvor jeg er om fem år, og jeg synes, jeg har så meget med i min bagage. Om få år er der ikke så mange reumatologer tilbage, og så kan fysioterapeuter måske bruges til at undersøge og diagnosticere inden for det muskuloskeletale område", siger Merete Husum.

Hun ser det som specialistens største forcer at kunne mestre den kliniske ræsonnering, bevidst finde behandlingstiltag og evaluere i samarbejde med patienten, og samtidig er specialisten i stand til at undervise og supervisere kolleger, hvilket er med til at udvikle faggruppen.

"Hvis man har en stor fagidentitet, er det lettere at arbejde tværfagligt, idet respekten for andre faggrupper stiger med ens egen kompetence som fysioterapeut. Hvis du ikke har en fagidentitet, er du usikker på dit eget fagområde og på din kompetence. Jeg føler mig kompetent til mit fag, og mit hjerte brænder først og fremmest for at levere viden videre, både til patienter og terapeuter. Det er også det, der er spændende ved at være leder: at se terapeuterne vokse fagligt og personligt".

Og med specialistgodkendelsen følger netop en forpligtelse til at levere viden videre, idet det er en del af selve formålet med ordningen. Til gengæld følger hverken rettigheder eller højere løn automatisk med.

SPECIALIST I NEUROFYSIOTERAPI

At der kun er tale om en intern anerkendelse betyder intet for specialist i neurofysioterapi Karen Hastrup Arentsen. Eller rettere: Det betyder alverden.

"Det føles umiddelbart meget stærkt og dejligt, når anerkendelsen kommer fra ens egen faggruppe. Men jeg er overbevist om, at vores vilkår vil påvirkes gunstigt, når andre faggrupper og offentlige instanser fremover oplever, at vi bidrager med endnu mere målrettede og kvalificerede ydelser. Honorarerne anvendes i forvejen nuanceret, og her tror jeg, at specialisttitlen allerede nu kan udløse en ►



(VIDENSKABSTEORI) ■ "Idéhistorie for de pædagogiske fag" giver en historisk og videnskabsteoretisk indføring i det pædagogiske områdes grundfag. Målgruppen er blandt andre pædagogstuderende, men også ergo- og fysioterapeuter. BENEDICTA PÉCSELI. "Idéhistorie for de pædagogiske fag". GYLDENDAL. 256 sider. Kr. 199,20 ekskl. moms, SBN 00-49858-0



(PÆDAGOGIK) ■ "Systemisk-konstruktivistisk pædagogik – et læredigt" forklarer og videreudvikler Niklas Luhmanns teori om sociale systemer og inddrager inspirationen fra Jean Piagets teori om erkendelsens udvikling. Bogen giver ikke en praktisk opskrift på undervisning, men den tilbyder begreber til analyse af undervisning.

SVERRE MOE. "Systemisk-konstruktivistisk pædagogik – et læredigt". Forlaget Klim. 187 sider. Kr. 229. ISBN 87-7955-190-4.



(SMÅBØRN) ■ "Følelser, kompetencer og udvikling hos småbørn" tilfører udviklingspsykologien nogle nye perspektiver med hensyn til førskolebørns emotionelle udvikling, socialisation og kompetence. Forfatteren præsenterer ny forskning på området.

SUSANNE A. DENHAM. "Følelser, kompetencer og udvikling hos småbørn". Forlaget Klim. 298 sider. Kr. 299. ISBN 87-7955-036-3.



(BEVÆGELSESHANDICAP) ■ Temahæftet "På trods" bringer otte længere interviews, der drejer sig om bevægehandicappedes vilkår under længerevarende videregående uddannelse.

VIDENSCENTER FOR BEVÆGELSESHANDICAP. "På trods". 56 sider. Kan downloades fra www.vfb.dk ISBN 87-90306-26-0.



(LEDELSE) ■ I lærebogen "Organisering og ledelse af sygeplejen" giver forfatterne deres bud på nogle faktorer, der influerer på administrationen og ledelsen af sygepleje. Samtidig fremgår det, hvordan forskellige syn på mennesker sætter sit præg på, hvordan faktorerne vil indgå i ledelsesfunktionen.

JENS BYDAM, ELVI WEINREICH. "Organisering og ledelse af sygeplejen". Nyt Nordisk Forlag. 199 sider. Kr. 249. ISBN 87-17-07033-3.

- bedre honorering for en undervisnings- og konsulentopgaver, uanset hvem udbyderen er”.

Karen Hastrup er dog først og fremmest glad på fagets vegne over, at specialisering nu er mulig: ”Det får givetvis stor betydning for fagets videre udvikling og for fagprofilen. Det bliver meget spændende at følge betydningen i de kommende år”.

AT BLIVE ANERKENDT I DANMARK

Karen Hastrup er faglig ressourceperson i neurorehabilitering i fysioterapien på Holstebro Sygehus samt tværfaglig praksisvejleder på Hammel Neurocenter.

Hun modtager specialistgodkendelsen ”med varme og taknemmelighed”, men også med en viden om, at de udenlandske kolleger, hun kan sammenligne sig med, for manges vedkommende efterhånden har kunnet kalde sig specialister længe.

”Nogle af de internationale uddannelser, jeg har, anerkendes i udlandet som værende på højspecialiseret niveau, og så er det jo enormt dejligt også at blive anerkendt i Danmark”, forklarer hun.

Karen Hastrup har været fysioterapeut i 26 år. Hun har hele tiden arbejdet med patienter, men har sideløbende uddannet sig – mest i udlandet, i USA, Schweiz og Tyskland på uddannelsessteder med internationalt anerkendte undervisere fra hele verden. Hun har gennemgået videreuddannelsen, er uddannet Bobath-instruktør og Affolter-terapeut og har undervist på et hav af kurser, deltaget i mange arbejdsgrupper og udviklingsprojekter og har også oversat fagbøger.

”Jeg har været heldig at være på de rigtige steder på de rigtige tidspunkter og fået lov at være med til at udvikle området, men jeg har også selv skubbet på, selvom jeg tilhører en af de årgange, hvor specialisering var et fyord, og hvor vi skulle rokere hyppigt eller dække alt. Nu kan jeg - når jeg kigger tilbage - se, at jeg har valgt at søge ansættelse på arbejdspladser, hvor jeg vidste, at lederen prioriterede mulighed for fordybelse, selvom tiden ikke var til specialisering. Mine ledere har kunnet se fagets muligheder og har turdet handle på det. Det er i høj grad dem, der har banet vejen”.

Karen Hastrup understreger, at det er vigtigt, at man bliver specialist uden skyklapper.

”Neurologiske patienter udgør en ganske fyldig gruppe i begge sektorer pga. den ofte langvarige rehabiliteringsfase og det fortsatte behov for udfordring og behandling. De udvikler hyppigt sekundære problemer på grund af deres bevægelsesvaneskeligheder. Det er derfor vigtigt at have indsigt i andre grene af faget, så man ved, hvornår man skal søge kollegial bistand fra andre specialeområder”.

Karen Hastrup frygter ikke, at specialiseringen på sigt kan føre til en række fag i stedet for ét fag.

”Tværtimod. Jeg fungerer i dag som en slags specialist med en tværgående funktion, hvor mine kolleger henter vejledning og støtte, så de kan stå stærkere i det, de gør. Og omvendt modtager jeg vejledning fra kolleger fra andre specialegrene. Den faglige selvtilid, vi som gruppe udstråler med vores ydelser, styrkes af åbne udvekslinger på tværs af grenene. Vi er nødt til at være stærke i fagprofilen for at kunne gå stærkt ind i interdisciplinært samarbejde. Men det handler i høj grad om, hvordan vi vælger at organisere os i disse år. En stærk fagprofil, som netop promoveres af specialistordningen, kan vi kun bevare, hvis vi har nær kontakt med kolleger og har egen faggruppe repræsenteret i den ledelse, vi hører ind under”, mener hun.

De to næste specialeområder, børn og gamle, er færdigbeskrevet, og kravene kan ses på fysio.dk inden for meget kort tid.

LLLT - Low Level Laser Therapy

Laserlys til smerter og ophealing



– effektiv til sår, led og muskler, samt akupunktur

Easy-leasing af vores laserudstyr med 6 måneders prøvetid!

Laser seminar afholdes løbende i Jylland og på Sjælland.

Dato for seminar kan ses på:

www.easy-laser.dk



For yderligere information ring tlf.: 7571 1090



Easy-Laser

Udvikling og produktion af laserudstyr - Ildvedvej 36, Ildved - 7300 Jelling

Massage er effektiv

(SKULDER) En ny australsk undersøgelse viser positiv effekt af massagebehandling givet til patienter med skuldersmerter, men man ved stadig ikke nok om, hvordan massage påvirker vævet

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO ANNE-LI ENGSTRÖM

Allerede på Hippokrates tid havde man kendskab til triggerpoint og stramme og ømme bindevævsstrøg i muskulaturen. Lige så længe har massage været en af de behandlingsmetoder, der har været anvendt til at behandle ømme og smertefulde muskler i skulderåget. Men på trods af patienters tilfredshed med massagebehandling og fysioterapeuters positive erfaringer i klinikken har den årtusinder år gamle behandlingsmetode ikke været comme il faut i de senere år.

MASSAGE TIL SKULDESMERTER

I en single-blinded, randomiseret, klinisk undersøgelse har man undersøgt effekten af bløddelsmassage på bevægelighed, selvrapporteret smerte og funktion hos patienter med skuldersmerter.

29 patienter mellem 18 og 80 år indgik i undersøgelsen, der foregik i Sydney i Australien. Patienterne havde haft skuldersmerter i over fire måneder og var ømme ved palpation af skulderåget. For at blive inkluderet i studiet måtte skuldersmerterne ikke være traumatisk betinget, og der måtte heller ikke være mistanke om cervikale problemstillinger.

Patienterne blev undersøgt med SFMPQ (Short Form McGill Pain Questionnaire, Melzac 1987), hvori der også indgår en VAS skala. Desuden blev patienterne bedt om at udfylde et smerteschema (PPI, present pain index) over de aktuelle smerter på en skala fra 1-4. På skalaen angives smerteniveau, hvor 4 betyder alvorlige smerter og 1 ingen smerter.

Patienterne fik også bestemt deres funktionelle dysfunktion og bevægelighed i skulderen. De 29 patienter blev delt i en interventionsgruppe på 15 og en kontrolgruppe på 14, der blev sat på en venteliste.

Behandlingen bestod af seks behandlinger med bløddelsmassage over en to ugers periode. Patienterne fik behandlet den laterale del af scapula, anteriore og posterior del af m. deltoideus og m. pectoralis major. Hver behandling varede mellem 15 og 20 minutter. Patienterne modtog ingen anden behandling sideløbende med dette.

Efter behandlingen blev patienterne undersøgt igen, og alle test og målinger blev gentaget. Desuden blev de spurgt, hvor tilfredse de var med behandlingen.

BEHOV FOR YDERLIGERE STUDIER

Efter de to ugers behandling havde interventionsgruppen fået det markant bedre, mens der ikke var nogen forandring i kontrolgruppen. Interventionsgruppen fik øget bevægelighed, færre smerter og en bedre funktion i skulderen.

Otte ud af de femten angav, at de var særdeles tilfredse med behandlingen, fem at det var nogenlunde tilfredse, mens to var meget utilfredse med den tilbudte behandling.

Forskerne mener, at den positive effekt af behandlingen skyldes, at trigger point og smertefulde bindevævsstrøg i skuldermuskulaturen netop kendetegner den gruppe patienter, der har uspecifikke skuldersmerter. Forskerne konkluderer, at der er behov for yderligere studier af massagens virkningsmekanismer og effekt til patienter med lokale skuldersmerter i muskulaturen. De refererer endvidere til et Cochrane studie på effekten af massage hos patienter med low back pain. Her fandt man, at massage har gavnlig effekt på symptomer og funktion hos patienter med subakut og kronisk low back pain (Furlan et al, 2002).

Forskerne angiver i deres artikel, der har været publiceret i Australian Journal of Physiotherapy, at deres studie har visse begrænsninger. Det var blandt andet umuligt at blinde patienter og fysioterapeut, og de beklagede endvidere, at de blev nødt til at lade kontrolgruppen stå på venteliste i stedet for at give dem en uvirksom behandling. ■



Van den Dolder and Roberts. A trial into the effectiveness of soft tissue massage in the treatment of shoulder pain. Australian Journal of Physiotherapy, 2003, vol. 49, p. 183-88.

fakta

Kvalitetsudvikling eller lønkroner

(OK) På årsmødet for praktiserendes kontaktpersoner skulle deltagerne blandt andet diskutere krav til de forestående overenskomstforhandlinger. Der blev talt meget om kvalitetsudvikling, men også om højere honorarer

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO NIELS NYHOLM

"Fysioterapi og fysisk aktivitet skal anerkendes og værdsættes på linje med anden kirurgisk og medicinsk behandling".

Formand Johnny Kuhr bliver tilsyneladende aldrig træt af at se ovenstående blæst op med en projektor til en væg-til-vægvision. Således heller ikke på årsmødet for praktiserende kontaktpersoner, der fandt sted 22.-23. september i Middelfart med deltagelse af kontaktpersoner fra hele landet.

Med udgangspunkt i visionen lagde Johnny Kuhr op til en debat om kravene til de kommende overenskomstforhandlinger på prak-

sisområdet: Hvilke muligheder/barrierer er der i overenskomsten for at komme visionen nærmere, og hvordan sikres det, at det er udviklingen, der styrer overenskomsten, og ikke overenskomsten, der styrer udviklingen.

MEDLEMMER FOR OG IMOD

Som baggrund for diskussionen havde kontaktpersonerne tilbagemeldingerne fra de medlemsmøder, der er blevet holdt i kredsene, hvilket ikke nødvendigvis gjorde opgaven lettere. Medlemmer i nogle kredse vil nemlig have afskaffet lægehenviisningen, mens andre er imod, ligesom nogle kredse er for specialist-klinikker og differentierede honorarer og andre imod. Nogle prioriterer, at nye ydelser som laser og akupunktur får plads i overenskomsten, andre siger nej, og nogle ser gerne, at praksiscertifikatet får plads i overenskomsten og gøres obligatorisk, mens andre mener det modsatte.

Dog er der ikke nogen, der ligefrem går ind for en generel nedsættelse af honorarerne, ligesom tilbagemeldingerne fra medlemsmøderne også tyder på, at medlemmerne prioriterer en pulje til

Praktiserende fysioterapeuter har valgt kontaktpersoner i alle amter. Kontaktpersoner og suppleanter mødtes 22.-23. september til årsmøde i Middelfart. Med til mødet var også medlemmer af de lokale samarbejdsudvalg, forhandlingsudvalget og medarbejdere fra DF's sekretariat.

indgang



videreuddannelse og afskaffelse af den kollektive tilbagebetaling i forbindelse med overskridelse af rammen højt.

PYT MED LØNNEN

Kvalitetsudvikling og uddannelsesmidler fyldte meget i debatten, og man kunne en overgang få indtryk af, at hvis bare der var penge til efteruddannelse, kunne det med lønnen såmænd være lige meget.

Som Tyge Sigsgaard Larsen sagde med henvisning til et debatoplæg udsendt af DF med en mejetærsker på forsiden: "Vi skal høste, men vi, der kommer fra landet, ved, at vi også skal så engang imellem".

Inger Qvist, Århus Amtskreds, advarede om, at andre faggrupper vil være klar til at byde ind på de 400 millioner kroner i den vederlagsfri ordning. "Jeg tror, vi skyder os selv i foden, hvis vi ikke går ind i kvalitetsudvikling. Og det er ikke nok med en personlig uddannelseskonto – der skal også sættes penge af til kvalitetsudvalg og projekter".

Hovedbestyrelsesmedlem Brian Errebo-Jensen, Ribe Amtskreds, trak den modsatte vej: "Vi arbejder urimeligt meget, så højere honorarer må være et fortsat krav, ligesom nye ydelser til hver en tid må betyde en udvidelse af rammen. Vi skal passe på ikke at tale udenom økonomien – den er fortsat et fundamentalt problem", sagde han blandt andet; men uden at kunne spolere formandens gode humør: "Jeg er glad for at høre signaler om, at man vil satse på kvaliteten. Det er et sundhedstegn for sektoren. For 10-15 år siden var "kvalitet i praksis" en by i Rusland", sagde Johnny Kuhr.

EN KOLLEKTIV PENSIONSORDNING

I debatoplægget udsendt til alle praktiserende forud for medlemsmøderne introduceres desuden en kollektiv pensionsordning som et forslag til overenskomstkrav. Fra flere kredse lød, at pension på linje med barselsordninger og "andre sociale foranstaltninger" ikke havde noget at gøre i overenskomsten. Eksempelvis udtrykt af Marianne Breyen, Københavns Amtskreds, der ikke mente, at

man skulle "begrænse den enkeltes handlefrihed". Imidlertid lod det til, at en del af kontaktpersonerne lige så stille ændrede holdning til spørgsmålet, efterhånden som årsmødet skred frem. Den kendsgerning, at DF's omkostnings- og indtjeningsundersøgelse fra 2001 blandt andet afslører, at en indlejer i gennemsnit betaler 8.000 kroner til sin pension om året, var medvirkende årsag. En ejer betaler i gennemsnit 13.000 om året, hvilket heller ikke kan siges at være ret meget sammenlignet med almindelige lønmodtagere.

HELTID ELLER DELTID

Et andet spørgsmål, der kom til at fylde meget, var spørgsmålet om deling af ydernumre. Holdningen hos mange var, at det ville give en større fleksibilitet til for eksempel at opdyrke nye markeder, hvis man kunne dele sit ydernummer.

Dette lader sig sagtens gøre i nogle amter, visse steder endda i op til tre dele, mens andre amter er mere tilbageholdende. Den officielle holdning i DF har hidtil været, at delte ydernumre og få timer ikke harmonerer med en professionalisering af sektoren, hvor man skal kunne leve af sit arbejde.

Men et er politik, et andet virkelighed, og virkeligheden viser, at deling af ydernumre er mere reglen end undtagelsen. For syv år siden var under halvdelen af alle ydernumre under 30 timer, i dag er det to tredjedele. Og den gennemgående holdning på årsmødet var, at det er en udmærket mulighed for den praktiserende til at udføre for eksempel konsulentopgaver ved siden af.

Marianne Breyen, Københavns Amtskreds var forundret over at stifte bekendtskab med foreningens politik på området: "Det skal ikke være et overordnet princip, at man skal kunne leve af sit ydernummer. Det må man vel selv om", mente hun. Og det samme var også Per Friis Madsen, forhandlingsudvalgt, nået frem til: "Jeg har før haft den holdning, at man skal kunne leve af sit ydernummer. Men jeg er blevet overbevist af mange, der ønsker mulighed for at udvikle deres klinik. I forhold til at skabe flere arbejdspladser har vi alt at vinde og intet at tabe", sagde han. ■

"Du godeste, så skal vi have dobbelt honorar"

indgang ■ Sundhedsstyrelsen bebuder, at et cirkulære om journalføringspligt for fysioterapeuter er lige på trapperne. Ifølge et udkast til cirkulæret er kravet til en fyldestgørende journal, at den indeholder alle relevante oplysninger af betydning for behandlingen af patienten, herunder bl.a. dato for undersøgelse og behandling, ordination, foretagne undersøgelser, iværksat behandling samt optegnelser om, hvilken information der er givet til patienten om helbredstilstand og behandlingsmuligheder.

(CIRKULÆRE) På årsmødet for praktiserendes kontaktpersoner kom nyheden om et kommende cirkulære om journalføringspligt for fysioterapeuter som en overraskelse for mange

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO NIELS NYHOLM

Ifølge Sundhedsstyrelsen er et cirkulære om journalføringspligt for fysioterapeuter lige på trapperne. Cirkulæret kommer, som beskrevet i Fysioterapeuten nr. 16/03 efter pres fra DF, fordi Patientklagenævnet i flere tilfælde har påtalt mangelfulde journaler hos fysioterapeuter.

På årsmødet for praktiserendes kontaktpersoner, der fandt sted 22.-23. september, citerede en deltager en kollega for følgende reaktion på nyheden om cirkulæret: "Du godeste, så skal vi have dobbelt honorar".

Det bliver imidlertid nok et krav, det vil være vanskeligt at komme igennem med, al den stund, at journalføringspligten ifølge myndighedernes opfattelse altid har ligget implicit i Lov om Terapiassistenter og senest blev tydeliggjort i Lov om Patienters Rettsstilling fra 1998, forklarede Johnny Kuhr på årsmødet.

"Mange af jer vil nok opfatte cirkulæret som en udvidelse af journalføringspligten, men grundlaget ligger der allerede. Journalføringspligten skærpes, men udvides ikke. Vi har nok en tendens til at referere meget til overenskomsten, men skal også være opmærksomme på krav i lovgivningen".

Sekretariatsleder Elisabeth Haase tilføjede, at det også handler om synliggørelse, når man som behandlergruppe manifesterer sig i journalen. "Vi vil jo gerne udnytte lægemanglen til voksende status og selvstændighed", som hun sagde.

Hun blev bakket op af Tyge Sigsgaard Larsen, Sønderjyllands Amtskreds. "Det er et vigtigt skridt væk fra assistentrollen. Mange fysioterapeuter mener, at den slags tager kostbar tid fra selve behandlingen, mens for eksempel ergoterapeuterne er meget bedre til dokumentation".

Eller som en anden deltager bemærkede: "Man kan ikke give en ordentlig behandling, hvis ikke man har skrevet ned, hvad man gjorde sidste gang".

Jurist og forhandlingsleder for praksissektoren i DF, Helge Andersen, afsluttede debatten om cirkulæret med en bemærkning om, hvor spændende det var at høre, "hvordan en konstituerende af gældende regler i en bekendtgørelse kan give anledning til politiske overvejelser". ■



Berit Bunkan forsvaret sin doktordisputats

(NORGE) ■ Berit Bunkan forsvaret sin doktordisputats fredag d. 21. november kl. 10.00 ved den medicinske fakultet, Helga Engs Hus, auditorium 3, Universitetet i Oslo. Hun tager i disputatsen udgangspunkt i sit arbejde med en Evaluering af den omfattende kropsundersøgelse og titlten for forsvaret er The Comprehensive Body Examination. A psychometric evaluation. Forsvaret tager tre timer og alle er velkomne.

Knæartroplastik

(INTERESSEGRUPPE) ■ Australske fysioterapeuter vil etablere et internetbaseret netværk for fysioterapeuter, der interesserer sig for knæartroplastik. Tanken er, at fysioterapeuter skal udveksle erfaringer og etablere nye netværk med fysioterapeuter andre steder i verden. Der vil være fokus på forskning, præ- og postoperative rehabiliteringsprogrammer og effektmål. Det er gratis at være med. Interessegruppens hjemmeside er: http://groups.yahoo.com/group/knee_arthroplasty For yderligere oplysninger kontakt Marjon Mason på e-mail marjonm@ozemail.com.au

Håndtering af apopleksipatienter

(KOMPETENCEUDVIKLING) ■ Et samarbejde mellem fysurgisk, neurologisk, neurokirurgisk og geriatrisk afdeling på amtssygehuset i Glostrup har haft fokus på håndtering af apopleksipatienter med udgangspunkt i Affolter konceptet. Projektet har resulteret i en bedre planlægning af behandlingsforløbet, mere effektiv tildeling af hjælpemidler, større efterspørgsel efter lejringspuder og en bedre og mere sammenhængende kvalitet i behandlingen. For yderligere information: fysioterapeut Ruth Rasmussen, tlf. 4323 3005.

Den ældre medicinske patient

(ÆLDRE SAGEN) ■ Ældre Sagen har afholdt en sundhedshøring, hvor der var fokus på den ældre medicinske patient. De ældre medicinske patienter oplever ifølge Ældre Sagen en manglende kontinuitet i behandling og rehabilitering. Der mangler geriatriske afdelinger og geriatriske teams i flere amter, og genindlæggelsesprocenten for denne patientgruppe er for høj. Man kan læse mere om konferencen på www.fysio.dk eller på Ældre Sagens hjemmeside, hvor man kan finde abstrakts fra oplægsholderne. www.aeldresagen.dk. Se i øvrigt lederen side 3.

Ældre og sundhed

(TIDSSKRIFT) ■ I forbindelse med sundhedshøringen om den ældre medicinske patient, introducerede Ældre Sagen

tidsskriftet "Ældre og sundhed". Temaet for september udgaven er den medicinske patient. Tidsskriftet bringer artikler om blandt andet overbelægning, den geriatriske patients vilkår, udskrivelse til eget hjem og de frivilliges rolle. For oplysninger om tidsskriftet: tlf. 33968686.

Pris til fysioterapeut

(RYG) ■ Fysioterapeut Kristian Larsen, der er ansat som forsker ved Den Medicinske Forskningsenhed i Ringkjøbing Amt og CVU Vita, har vundet en fornem international forskerpris. Kristian Larsens forskningsprojekt drejer sig om forebyggelse af rygproblemer.

Kløe og degenerativ ryglidelse

(BILLEDE) ■ Ikke alle kløende tilstande skyldes hudsygdom. I Ugeskrift for Læger fra d. 22. september bringes Månedens Billede af en ryg set bagfra. På billedet ses hudforandringer svarende til området omkring venstre skulderblad. Hudforandringerne er en sjældent beskrevet tilstand kaldet notalgia parasthetica, som er en neuropatisk kløetilstand med affektion af de posteriore grene af de torakale spinalnervener. Der er en sammenhæng mellem hudforandringerne og degenerativ ryglidelse. Da notalgia er en kompressions sygdom foreslår forfatterne, at patienten bør udredes for den degenerative lidelse med nervetryk og behandles hos fysioterapeut eller med manipulation. Ugeskr Læger 165/39, 22. september. Man kan se billedet og læse kommentarer på www.dadlnet.dk/ufl

Demente kan styrketræne

(FORSKNING) ■ 28 demente ældre mennesker mellem 70 og 88 år indgik i et interventionsstudie, hvor man ville undersøge, om man kunne øge deres muskelstyrke og funktion. De ældre styrketrænede med elastikker med moderat belastning. Der blev tilbudt træning tre gange om ugen i en periode på seks uger. Ikke alle inkluderede trænede hver gang. De, som trænede mindst to gange om ugen, forbedrede deres muskelstyrke i m. quadriceps femoris med 15,6 procent og gribestyrke med 10,1 procent. Der kunne registreres forbedringer i sit-to-stand, almindelig og hurtig ganghastighed og timed up and go. Thomas VS, Hageman PA. Can Neuromuscular Strength and Function in People with Dementia Be Rehabilitated Using Resistanceexercise Training? Results From a Preliminary Intervention Study. The Journals of Gerontology Series A: biological Sciences 58:M746-M751 (2003).

Anne Meiniche måtte kæmpe for at få den genoptræning, der gjorde hende i stand til at vende tilbage til familien efter en voldsom trafikulykke.



Overlevelse er ikke nok

indgang
Hvert år mister 450 mennesker livet i trafikken. Næsten 9.000 kommer til skade, og ca. 800 kvæstes så alvorligt, at det får konsekvenser for resten af deres tilværelse. Journalist Anne Meiniche blev en del af statistikken, da hun og hendes familie blev ramt af en løbsk anhænger fra en modkørende lastbil.

(INTERVIEW) Alle ressourcer blev sat ind på at redde Anne Meiniches liv, da hun var kommet voldsomt til skade efter en trafikulykke. Til gengæld var der ikke noget offentligt tilbud om genoptræning, da krisen var overstået.

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO ULRIK JANTZEN/POLFOTO

Anne Meiniche er et levende bevis på det ypperste, lægevidenskaben kan præstere, når alle de rigtige kompetencer er til stede samtidig: hjertekirurger, mave/tarmkirurger, ortopædkirurger og anæstesi-læger.

Men hun er også et vidnesbyrd om, at er man ikke tilfreds med blot at overleve, men også gerne vil leve, kommer systemet til kort.

Den 24. oktober 2000 bragede en løbsk anhænger fra en modkørende lastbil ind i Anne Meiniches bil, liv og familie. Hun selv blev livsfarligt kvæstet og datteren Nina på 6 år brækkede ryggen, mens Cecilie på 8 og tvillingerne på to et halvt mirakuløst slap med småskrammer ligesom deres far.

Anne Meiniche lå på operationsbordet i 28 timer. Hovedpulsåren var næsten revet over, og der blev indsat en protese lige over hjertet. Der var indre læsioner på blære, milt, bugspytkirtel, lever og tyndtarm. På venstre arm var et kompliceret albue-underarmsbrud og en overrevet blodåre, som lægerne måtte lede længe efter, før forbindelsen kunne reetableres ved hjælp af et stykke vene fra låret. Et dobbelt lårbensbrud blev sat sammen med et marvsøm ned gennem lårbensknoglen. En smadret knæskal blev syet sammen med ståltråd, og en brækket ankel sat sammen med skruer. I bækkenet var der flere brud; i den ene side var hoftelædhovedet slået op igennem bækkenringen og havde taget ledskålen med sig, og korsbensleddet, der var revet af rygsøjlen, måtte sættes fast igen ved hjælp af en metalplade.

FEM UGER PÅ INTENSIV

Bogen "To og en stoveplade" er Anne Meiniches fortælling om ulykken og dens følger. Den er skrevet i samarbejde med hendes mand Ole, der beretter om dagene, mens Anne var bevidstløs.

I alt fem uger lå hun på intensiv afdeling. Dage, hvor rækken af specialister, der tilså hende, var endeløs, og hvor scanninger, røntgenbilleder, blodprøver og diverse andre prøver var hverdagskost. Som Ole fortæller i bogen: "Intensiv afdeling benyttede sig af hele det apparat, man havde til rådighed. En læge sagde ligefrem til mig, at hvis ikke systemet skulle yde det optimale i Annes tilfælde, vidste hun ikke, hvornår det ellers skulle ske. En 35-årig mor til fire børn kunne få alle til at yde det ypperste, og i sådan et tilfælde tog også læger arbejdet med hjem til middagsbordet, som hun sagde. Det var imponerende, hvor store ressourcer der blev lagt i arbejdet".

25.000 KRONER I DØGNET FOR EN SENG

Anne Meiniche har meget at være taknemmelig over, og det er hun også. Men hun har også meget at være vred og frustreret over, og det er først og fremmest det brændstof, bogen er skrevet på.

"Jeg synes det er et paradoks, at der ikke var et tilbud om genoptræning, da de havde brugt uendelige ressourcer på at sætte mig sammen igen. Jeg har kostet millioner at lappe sammen. Jeg har ligget seks uger på intensiv afdeling til 25.000 kroner i døgnet og to en halv måned på almindelige hospitalssafsnit til 4.000 i døgnet. Det er jo fantastisk, og det er jeg utrolig taknemmelig over".

Paradokset opstår, den dag Anne Meiniche er klar til at forlade Rigshospitalet og lade sig overføre

til genoptræning på det lokale hospital. En stor dag, hvor første etape, overlevelsen, er overstået, og rejsen tilbage til en normal tilværelse som mor til fire børn skal påbegyndes.

"Jeg kommer så til en afdeling med over 30 patienter og halvanden fysioterapeut. Samfundsøkonomisk er det fuldstændig hul i hovedet, og menneskeligt – over for mig selv om min familie – er det uacceptabelt".

Anne Meiniches oplevelse af afdelingen på Frederiksberg Hospital afspejles i den overskrift, hun har valgt til det pågældende kapitel i bogen: "På benene – og på plejehjem". De øvrige patienter er udelukkende gamle mennesker, og afdelingen er nedslidt, beskidt og en skærende kontrast til den funklende hjerteafdeling et par etager længere nede.

Den umiddelbare melding fra afdelingens fysioterapeut er da også, at Anne Meiniche ikke hører til her. Eneste problem er bare, at hun heller ikke hører til andre steder, men må blive, hvor hun er og tage til takke med en halv times fysioterapi om dagen, dog kun på hverdage. Udsigten er således 2½ times fysioterapi pr. uge, mens hun de øvrige 165,5 time blot skal ligge til opbevaring, da hun lægeligt set er færdigbehandlet.

Efter højlydte protester lykkes det dog ekstraordinært at få en ekstra halv times fysioterapi hver eftermiddag, fortæller Anne Meiniche.

"Nogen siger, at det lykkedes, fordi jeg holdt på min ret. Det synes jeg ikke, jeg gjorde. Jeg synes, jeg holdt på den sunde fornuft. Men selvfølgelig også på mit eget mål. Jeg ville sgu igennem det her. Jeg havde fire små piger derhjemme, og så tæller hver en dag. Men dér stod systemet fuldstændig af. Normalt hader jeg, når folk siger "systemet", men i det her tilfælde er det jo ikke den enkelte læge, sygeplejerske eller fysioterapeut, der står af. Det er jo simpelthen et system, der ikke er gearret til at sige B, når man har sagt A. Og det er jo ikke kun et problem i forhold til sådan nogle patienter som mig, men for mange typer af patienter. Bare en hofteoperation koster jo i omegnen af 100.000, så jeg synes ikke det kan være så svært at se fornuften i en ordentlig genoptræning".

AMBULANT GENOPTRÆNING

Efter 10 dage går Anne Meiniche sine første tre-fire meter på krykker, men selvom det er en kæmpe

“Her var kun forfald, og jeg mistede modet. Jeg var kommet på plejehjem i en alder af 35 år.”

Anne Meiniches oplevelse af genoptræningsafdelingen i "To kaffe og en stoveplade"

► sejr rokker det ikke ved frustrationen over at ligge til pynt det meste af tiden.

Det bliver formand for de samvirkende invalideorganisationer, Stig Langvad, der finder en løsning. Anne Meiniche kender ham fra sit job som journalist, og det er ham, der foreslår, at hun lader sig udskrive til ambulant genoptræning på PTU (Polio-Trafik- og Ulykkesskadedes ambulatorium) der er et foreningsejet specialsygehus med overenskomst med det offentlige.

Frederiksberg Kommune bevilger den nødvendige kaution, og efter fire uger på Frederiksberg Hospital kan Anne Meiniche vende hjem til familien,

men kun for at opdage, at her er nye huller i systemet, hun kan falde ned i. Blandt andet udløb lånetiden på hospitalets kørestol, længe før Anne Meiniche kunne undvære den, men da hun ikke havde planer om at skulle tilbringe resten af livet i stolen, faldt hun heller ikke under den kategori af "varige lidelser", der kunne låne udstyr i den kommunale hjælpemiddelcentral.

Anne Meiniche er journalist og derfor vant til i bogstaveligste forstand at stille spørgsmål til autoriteterne. Undervejs i forløbet har hun derfor blandt andet haft kontakt til både socialminister, trafikminister og justitsminister. Men sundhedsministeren har foreløbig klaret frisag. "Som politisk journalist ved jeg jo godt, hvor lidt man får ud af at henvende sig til en minister, og jeg gjorde det mest for at provokere. Med hensyn til sundhedsministeren fik jeg jo ved at bruge mine forbindelser lavet en løsning for mig selv, og min førlighed var alt for vigtig til at ulejligge en minister med – der skulle jo ske noget", forklarer hun.

VILLE IKKE LIGNE QUASIMODO

I dag er det tre år siden, Anne Meiniches liv ændrede sig totalt fra et ene sekund til det andet. Og tiden er nu til at ændre det igen, mener hun, og hun har netop forladt sit job på Berlingske Tidende. Fysikken holder ikke til et traditionelt journalistjob, og Anne Meiniche vil i stedet bruge energien på at udbrede bogens budskab i foredragsform. Politikerne må i sagens natur gerne lytte med, men lige så vigtigt er det at nå ud til de enkelte medarbejdere i sundhedssektoren, som bogen også i høj grad er skrevet til: de arrogante læger, de rå sygeplejersker og de bedrevindende fysioterapeuter, der ikke ser mennesket, men kun patienten og diagnosen.

"En af fysioterapeuterne på Frederiksberg hospital var ved at skræmme livet af mig ved at fortælle, hvordan jeg nu skulle gå med skinner op ad benet resten af mit liv på grund af min lamme fod. Hvordan jeg aldrig mere ville kunne komme på stranden, fordi jeg ville falde over min egen fod, hvis jeg gik uden skinner, og så videre. Det vidste hun alt sammen fra en overlæge på Bispebjerg, så sådan var dét bare! Jeg så jo for mig, hvordan jeg skulle til at føre mig frem som Quasimodo og vinke farvel til hele min sko-garderobe. Hun havde slet ikke set, hvad det budskab betød for mig".

Det gjorde to sygeplejersker til gengæld, fortæller Anne Meiniche. De forstod, at det med skoene var vigtigt for hende, og at udsigten til et liv på rågummisåler ikke var den mest motiverende. I sne og sjap trillede de kørestolen ud af hospitalet og over i Frederiksberg Centret, hvor de fandt et par acceptable sko.

"Den gang magtede jeg ikke at sige til fysioterapeuten, at hun skulle holde sin kæft, men det var det, jeg skulle have gjort. Hvad ligner det at stille sig op og male fanden på væggen – det kunne ikke bruges til noget som helst", siger Anne Meiniche og trækker triumferende et bukseben op, hvilket afslører en rap lille støvle så spids og smal, at den i hvert fald ikke bærer på hemmeligheden om en dropfodsskinne. Og på stranden har hun også været – uden skinne og hidtil uden at være snublet.

De dårlige eksempler bliver ikke nævnt ved navn i bogen, men det gør til gengæld de gode – for sådan nogle er der heldigvis også.

Fysioterapeut Ib Sonne for eksempel, der skinner igennem som eneste lyspunkt i løbet af de lange uger på Frederiksberg Hospital.

“Da døden havde sluppet sit tag i Anne, overtog systemet, kasserne og budgetterne.”

*Fra Oles beretning i
"To kaffe og en stoveplade"*



Anne Meiniches bog "To kaffe og en stoveplade" er relevant og vedkommende læsning for alle ansatte i sundhedssektoren med interesse for patienternes oplevelse af den. Redaktionen har derfor indgået en aftale med forlaget People's Press om distribution af bogen til medlemspris. Ved køb af bogen i DF kan den erhverves til en pris af kr. 199 mod 250 i boghandlen. Bestilling sker ved henvendelse til Jonna Harup på telefon 3313 8211 eller jsh@fysio.dk

"Det var med ham, jeg gik de første tre-fire meter, og det var ham, der fik mig til at gå de 69 trin, jeg skal gå for at komme op i min lejlighed. Han rejste mig med al sin livsglæde, sin energi og sin kompetence. Han var entusiastisk og glad på den fede måde", fortæller Anne Meiniche.

Hun er udmærket klar over, at ikke alle patienter skal have alting serveret på den samme måde, men optimisme og engagement virker på alle, mener hun.

"Jeg havde en fysioterapeut, mens jeg var på Rigshospitalet, der kom og trænede mig i sengen. Jeg kunne ikke bøje mine knæ, men hun målte vinklen og var behørigt begejstret, når vi havde vundet to grader. Hun havde entusiasmen, og det betyder rigtig meget, når man ligger dér".

EN FØLELSE AF SAMMENHÆNG

Anne Meiniche trænede et år på PTU, før tilstanden var stationær, og hun går stadig til vedligeholdelsestræning to gange om ugen. På PTU har hun mødt den sammenhæng, det offentlige system mangler i så høj grad.

"Alene det, at den fysioterapeut, jeg trænede med i bassinet og hende, der trænede med mig på land, arbejdede sammen, har jeg ikke været forvænt med. På hospitalet oplevede jeg, at man startede fra scratch hver gang, og på Frederiksberg anede man for eksempel ikke, hvem det var, der kom ind ad døren fra Rigshospitalet. På PTU har jeg oplevet, at fysioterapeuten tog med ind til overlægen på Rigshospitalet. Det tror jeg sandelig ikke er sædvanligt, men det gjorde hun altså, og det betyder utroligt meget. Jeg får jo meget mere ro på, når jeg ved, at de har snakket sammen".

Anne Meiniche køber ikke en forklaring om, at det er forskellen i systemernes størrelse, der kan sætte patienten i centrum på PTU, men ikke på Rigshospitalet.

"Jeg tror snarere det handler om ældgamle hierarkier. Hvis fysioterapeuten på PTU kan se, at jeg trænger til psykologhjælp, så ringer hun efter en psykolog. Hun ringer ikke først til overlægen og spørger, om det er fornuftigt. Det vil du aldrig opleve på Rigshospitalet; det vil blive lagt i en bunke i to dage, indtil overlægen måske vil overveje, om det kunne være en mulighed. Jeg er udmærket klar over, at vi har nogle store systemer rundt omkring, men jeg kan ikke forstå, at det ikke kan lade sig gøre at arbejde det ned i nogle mindre enheder, hvor det bliver til at håndtere, og den enkelte medarbejder kan få lov at bruge sin sunde fornuft og sine kompetencer".

PATIENTEN I CENTRUM

Anne Meiniche understreger flere gange, at det ikke må lyde som om, hun kun har skrevet bogen, fordi hun er vred. Det gør det heller ikke. Taknemmeligheden over for alle de gode læger, sygeplejersker, fysioterapeuter osv., skinner klart igennem, og bogen er lige så fyldt med gode oplevelser som med dårlige. Men et gennemgående træk er, at de gode oplevelser fremstilles som resultatet af held og stædig insistensen og mødet med engagerede enkeltpersoner. Ikke som en selvfølge i et system med slogans som "patienten i centrum".

Selvom den kunstige hofte, skrueene i bækkenet, pladen i ryggen og en lam fod sætter sine begrænsninger, er Anne Meiniche kommet langt. Hun kan ikke gå mere end et par hundrede meter, men klarer sine 69 trin op til lejligheden, i hvert fald indtil børnene er flyttet hjemmefra. Fordi hun formåede at træde i systemets sted og sætte sig selv og sin familie i centrum, har hun i dag et liv, der er så tæt på det gamle, som det er muligt, når man har været slået til pindebrænde og er blevet sat sammen igen. ■



Funktionsmodel af hvirvelsøjle
– en kvalitetsmodel fra **SOMSO**

- Anatomiske modeller
- Hvirvelsøjler
- Skeletter
- Plancher



S C S N



T E R A P I

Fr. Bajersgade 26
DK-8700 Horsens
Tlf. 70 255 299 • Fax. 70 255 219

Vi har undret os lidt

Kommentar til undersøgelse af udspændingseffekt på rygmærskadede omtalt i artiklen "Tvivlsom effekt af udspænding, Fysioterapeuten nr. 17/03

DEBATINDLÆG AF:

Afd. fys Hanne Knudsen, på vegne af fysioterapeuterne, Klinik for og Tetraplegi, Hornbæk

Det omtalte studie (1) er et meget grundigt og præcist beskrevet forsknings-design, og det giver derfor gode muligheder for overvejelser og debat.

Vi har hæftet os ved at den ønskede hofteflektionsgrad er 110. For nogle år siden var der en diskussion her i vores gruppe, der endte med at vi ikke udspænder til over 90 med strakt knæ, idet det ellers ofte resulterer i for lange haser og derfor ikke det ønskede passive hold i siddende stilling. Det er vores erfaring, at man godt kan holde den siddende balance, ved at lægge tyngden af kroppen frem foran hofteleddet, selv om man kun udspænder til 90.

Vi er undrende over for styrken af udspændingen. Vi spænder generelt ud med en væsentlig større kraft. Der bliver i undersøgelsen beskrevet, at man i siddende stilling bruger 144 NM. Vi mener, at vi bevæger os på et niveau omkring 100 NM, men hele tiden under skyldig hensyntagen til patientens reaktioner. Det er tydeligt, at mange af vores patienter ville have en smertereaktion tidligere, hvis de havde deres fulde følesans, idet der kommer andre reaktioner såsom svedtendens, øget spasticitet eller kuldefornemmelser. I den forbindelse kunne det være interessant at se, om der ville være forskel på resultaterne i en gruppe med og en uden følesans.

Et andet aspekt, vi har diskuteret, er det faktum, at udspændingen er statisk. Ved manuel udspænding er der mulighed for at graduere styrken til lige det nødvendige samt at ændre

trækretning undervejs. Ved let muskelfunktion er der også mulighed for at bruge f.eks. hold-slap-af-teknik eller reciprok antagonist hæmning. Ved en mere varieret (dynamisk) udspænding, hvor du kan ændre retning, styrke samt tage hensyn til spasticitet, påvirker vi det indbyrdes samspil mellem muskel- og senetene og deres følsomhed og får derfor mulighed for at gå længere i bevægelsen.

Vi mener ligeledes, at det er vigtigt at der sker en udspænding i hele muskelens bevægelsesmønster. Adskillige fibre vil slet ikke blive strakt, hvis der i udspændingerne ikke indgår rotationer.

I forhold til selve forsøgets afvikling er der trods den meget grundige gennemgang og afgrænsning af forsøget et par uklare punkter. I forbindelse med forsøgets ledmålinger er det heller ikke helt tydeligt om forsøgspersonerne har modtaget den for-udspænding som er gået forud for hver behandling. Dette kunne have betydning for at nedsætte spasticiteten på det givne tidspunkt og dermed få et mere klart billede af den "rene" ledmåling.

De personer, der deltager i forsøget har alle en grad af spasticitet, men vi savner en tilkendegivelse af hvordan dette er målt, med hvilken form for skala.

Til sidst har vi også rundet, hvorvidt fire uger er nok til at give et billede af, om udspænding virker eller ej.

(1) Harvey et al. Randomised trial of the effect of four weeks of daily stretch on extensibility of hamstrings muscles in people with spinal cord injuries. Australian Journal of Physiotherapy 2003, vol 49, p. 176-181.

@ NETDEBAT

På www.fysio.dk/debat skriver Frederik Lassen den 23. september om samme emne:

"Under overskriften "ingen effekt af udspænding" refererer Vibeke Pilmark til en undersøgelse, der konkluderer, at stræk ingen effekt har på "strækbarheden" af en muskel ved en given ydre belastning. En lidt flot overskrift når man ser på, hvad undersøgelsen siger. Undersøgelsen siger jo ikke noget om, at patienterne har øget ROM i funktioner og om patienternes subjektive oplevelse af udspændingen, altså om udspændingen evt. har en neurogen effekt?

Vi skal passe på med at konkludere mere, end en undersøgelse kan holde. Især i en overskrift som pressen gerne tager til sig".

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

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

Fysioterapeuten nr. 19 udkommer 31. oktober.

Deadline for debat: 20. oktober kl. 12.00.

Vel kan vi bruges, men ikke til pleje

Uddybende kommentarer fra de interviewede i artiklen "Flere terapeuter på sengeafsnit" om et projekt med en ændret faggruppesammensætning på Hillerød Sygehus

DEBATINDLÆG AF:

Margaret Uglebjerg, konstitueret overfysioterapeut Hillerød sygehus og Annette Winkel, udviklingsfysioterapeut Hillerød og Esbønderup sygehus

Projektet ("Ændret faggruppesammensætning – et forsøg på optimering af patientforløb i et sengeafsnit", Hillerød Sygehus, red.) har vist klare fordele ved, at fysioterapeuter lægger hovedvægten af deres arbejde på sengeafsnittene. Fysioterapeuter kan således med fordel både for patienten og for personalet varetage patientens behov for pleje og genoptræning på et sengeafsnit, hvis man holder sig til de patienter som kun har et lille plejebestand.

Patienterne udtrykte generelt tilfredshed med og tryghed ved at have terapeuter om sig både aften og weekend. Fysioterapeuterne har kunnet inspirere til selvtræning og har til alles tilfredshed kunnet træne med patienten uden for "normal arbejdstid". Patienterne blev motiveret for træning i forbindelse med de daglige aktiviteter som for eksempel toiletbesøg og bad. Fysioterapeuterne syntes selv, at de havde en bedre kontakt med patienten og større viden om patienternes individuelle behov

end både plejepersonalet og terapeuterne fra den centrale terapi.

Plejepersonalet lærte af fysioterapeuterne, hvordan de bedst kunne udnytte patientens egne ressourcer for eksempel i forbindelse med forflytning. De lærte af ergoterapeuten, hvordan en vel udført mundstimulation kunne forøge patientens evne til selv at spise. Denne vidensdeling, mener vi, har en stor betydning for en bedre kvalitet af plejen og dermed et bedre patientforløb.

Når man i et projekt som dette sætter faggrupper med forskellige kulturelle traditioner sammen, kan det ikke undgås, at der opstår problemer i det tværfaglige samarbejde. I denne proces er det vigtigt, at alle parter går positivt og fordomsfrit ind i samarbejdet. Her vil vi fremhæve, at samtlige involverede personalegrupper, ledelser og tillidsrepræsentanter har vist stor velvillighed og været medvirkende til at projektet kunne gennemføres.

Man kan kritisere os for ikke at have designet projektet som et klinisk kontrolleret forsøg eller for at normering og ansættelse af fysio- og ergoterapeuterne kunne have været anderledes. Dette forhindrer dog ikke,

at rapportens resultater kan anvendes til at danne grundlag for andre projekter samt som bidrag til den løbende debat om fysioterapeuters organisering, arbejdstilrettelæggelse og arbejdsopgaver.

Rapportens samlede konklusion:

Det har især på apopleksiafsnittet været kvalitetsløft at have projekterapeuter. På det ortopædkirurgiske afsnit var kvalitetsforbedringen ikke så tydelig. Fysio- og ergoterapeuter bør, i højere grad, end det nu er tilfældet, være på weekend- og aftenarbejde på akutte apopleksi- og ortopædkirurgiske afsnit. Der bør være nogle fysio- og ergoterapeuter, der uanset organisatoriske tilhørsforhold lægger hovedvægten af deres arbejde i akutte sengeafsnit med apopleksipatienter og med patienter med hoftenære frakturer. Fysio- og ergoterapeuter bør ikke have eneansvar for sygeplejeopgaver og bør have organisatorisk mulighed for at udføre tilstrækkelig og relevant terapi i forbindelse med patientrelaterede opgaver. Man skal sikre sig, at de fysio- og ergoterapeuter som arbejder på sengeafsnittene, har den fornødne monofaglige tilknytning mhp. at bevare og styrke terapeutfaglig identitet, fagsprog og kompetence.

Har du set den nye
www.fysio.dk?

Forhandling på bekostning af nærhed og loyalitet

Svar på indlæg i Fysioterapeuten nr. 17 om foreningens manglende opbakning til forhandlinger om ny løn til fire terapeuter i hhv. Pandrup og Hirtshals kommuner

DEBATINDLÆG AF:

Medlemmer af løngruppen i Nordjyllands Amt: Annette Kolding, kredsbestyrelsen, og Tina Lambrecht, hovedbestyrelsesmedlem

Vi er enige med disse terapeuter i, at ny løn stadig giver medlemmerne mulighed for at stige i løn. I henhold til den konkrete sag fik løngruppen i 9. kreds ikke oplysninger om nye tiltag eller projekter fra terapeuterne i Hirtshals kommune, som kunne danne grundlag for en yderligere lønstigning. De havde til gengæld i de foregående år opnået gode forhandlingsresultater, og da der ikke var nye tiltag, var det løngruppens prioritering, at en lavt indplaceret PPR fysioterapeut i denne kommune med mange års erfaring og gode kvalifika-

tioner skulle forsøges lønindplaceret på sammenligneligt niveau med andre PPR-fysioterapeuter i landet.

Ved deres forhandling opnåede de et ekstra løntrin samt et engangstillæg. Isoleret set har vi som løngruppe selvfølgelig intet at indvende imod andres succes. Men konsekvensen af denne forhandling er, at lønaftalen løber frem til 31. marts 2005. Det er samtidig lykkedes for løngruppen at få løftet PPR-terapeuten lidt, men ikke tilstrækkeligt. Det betyder at den tidligere omtalte PPR-fysioterapeut samt øvrige ansatte fysioterapeuter i kommunen ikke kan komme til at forhandle før 1. april. 2005.

Set fra løngruppens side finder vi

ikke det samlede resultat tilfredsstillende. Dette set i lyset af, at aftaleperioden løber frem til og med 31. marts 2005, og at nogle få terapeuter har valgt at se isoleret på sig selv i stedet for at se på, hvilke prioriteringer der samlet set var de vigtigste for hele gruppen af fysioterapeuter ansat i Hirtshals Kommune. Med andre ord synes vi, at deres forhandling har været på bekostning af den nærhed og loyalitet, der bør være på den enkelte arbejdsplads. Løngruppen i 9. kreds finder, at dette er uheldigt, eftersom foreningens arbejde også bygger på principper om fællesskab.

Vi rager ikke til os på andres bekostning

For ikke at trække debatten unødigt langt har redaktionen givet de fire terapeuter lejlighed til med det samme at kommentere på løngruppens svar i ovenstående indlæg

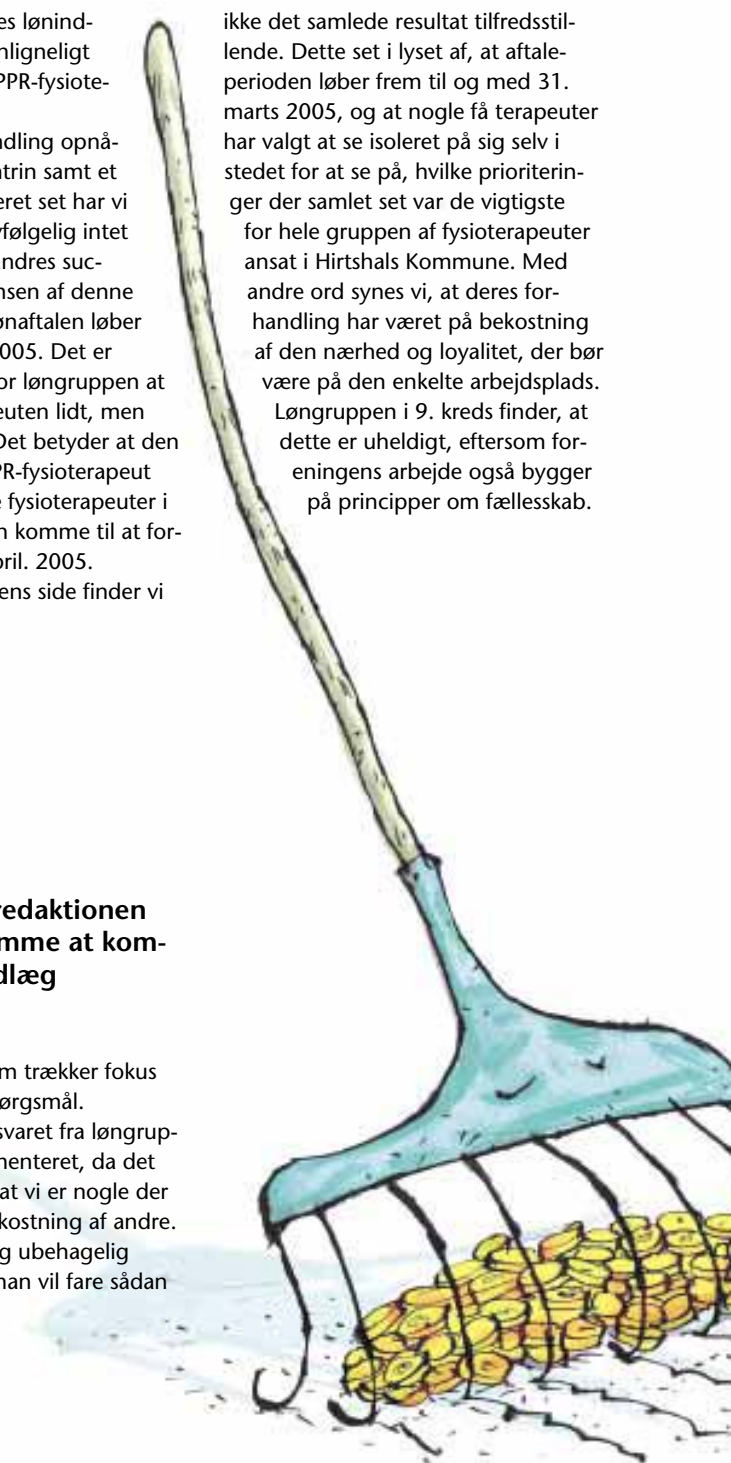
DEBATINDLÆG AF:

Gitte Hvarregård, An Dorte Nielsen, Joan Kjær, Gerda Nørgaard

Det, vi i debatoplægget i Fysioterapeuten 18/03 rejste som et generelt oplæg til debat om foreningens løn(forhandlings)politik, er med løngruppens svar blevet til en lokal og

personlig debat, som trækker fokus væk fra de rejste spørgsmål.

Vi kan ikke lade svaret fra løngruppen passere ukommenteret, da det mere end antydes, at vi er nogle der "rager til os" på bekostning af andre. Det er en alvorlig og ubehagelig beskyldning. Hvis man vil fare sådan



frem mod foreningens medlemmer, må man i hvert fald have sat sig ordentligt ind i de faktiske forhold. Det kan vi ikke tro, man har gjort.

Vi vil her forsøge at redegøre for, hvordan tingene hænger sammen:

Vedr. Hirtshals kommune: Punkt 1: Vi er af personalechefen, som vi forhandler løn med, blevet gjort bekendt med, at der er "vandtætte skotter" mellem fysioterapeuternes løn i de forskellige forvaltninger. PPR-terapeuten, og terapeuten ansat i sundhedsaftalen hører under børne/kulturforvaltningen. D.v.s. at vi, der er ansat under socialforvaltningen (tre terapeuter), ikke kan få eller afgive "ny-løn-kroner" til de to fysioterapeuter, der er ansat dér. Det gavner altså ikke PPR-terapeuten, at vi viser løn-tilbageholdenhed. Vi er i øvrigt helt enige i, at en stilling med så megen

konsulentfunktion bør indplaceres højere.

Punkt 2: Der var anført nye tiltag i det lønforslag, vi fremsendte til godkendelse i kredsens. Vi foreslog løn for de "rent" kommunalt ansatte fysioterapeuters involvering i sundhedsaftalearbejdet. Dette blev vi tildelt et engangsbeløb for. I forhandlingen opnåede vi desuden et løntrin for erfaring/kvalifikationer. Den opnåede lønforhøjelse ville vi være gået glip af, hvis der - som udmeldingen fra løngruppen lød - skal være tale om nye tiltag for at anmode om lønforhandling.

Punkt 3: I forhandlingen indgik, at lønaftalen skulle være treårig (vi var på forhandlingstidspunktet næsten halvvejs henne i perioden). Men aftalen var ikke underskrevet, inden de sidste forhandlinger (PPR-tera-

peutens) var gennemført. Og der er i øvrigt stadig lønkroner tilbage i indeværende forhandlingsperiode.

Vedr. Pandrup kommune: På er møde i kredsens vedr. ny løn blev vi bekendtgjort med, at vi ikke skulle regne med at opnå højere løn, fordi vi havde "ramt loftet". Efter denne "redegørelse" vil vi gerne trække debatten derhen, hvor den var tænkt, og stille et direkte spørgsmål til HB/Johnny Kuhr: Er det foreningens politik, vi har set handlet ud i vores eksempel?

Hvad handler denne snak om "lønloft" om i en tid med ny løn? Hvorfor skal vi som fagforening/fysioterapeuter holde os selv nede? Når vi i øvrigt tager behørigt hensyn til solidariske principper.

Der er ikke noget lønloft

Alle medlemmer skal føle deres lønforhandlinger godt understøttet og varetaget af foreningen, skriver formanden i en kommentar til de to foregående indlæg

SVAR FRA:

Formand Johnny Kuhr

Det er vanskeligt at lave sagsbehandling i et fagblad, og det skal jeg holde mig fra. Derfor er det også fint, at fysioterapeuterne i Hirtshals Kommune rejser det principielle spørgsmål om udmøntningen af de lokale lønkroner. Der kan egentligt svares kort på det: Nej, der er ikke noget lønloft for

fysioterapeuter eller noget loft på de lokale tillæg. Det er op til en lokal forhandling at udnytte de muligheder, der er.

Når det er sagt, har vi jo alligevel en holdning til, at det ikke bare er alles kamp mod alle. Derfor er det en opgave i hver kreds at udarbejde en lønpolitik for udmøntning af de lokale midler, men med den klare strategi, at der skal flest mulige midler til flest mulige fysioterapeuter. I den enkelte forhandling kan der derfor komme nogle overvejelser, om man i en konkret forhandling skal forhandle om de samme penge for flere fysiotera-

peuter. Her kan kredsens i henhold til lønpolitikken prioritere den ene frem for den anden. Om det er sket i jeres tilfælde, skal jeg ikke kommentere her, men der har tilsyneladende været usikkerhed eller misforståelser på dette punkt.

Det er foreningens holdning, at alle medlemmer skal føle deres lønforhandlinger godt understøttet og varetaget af foreningen. Det er beklageligt at der har været uoverensstemmelser med kredsens løngruppe. Jeg vil henstille kredsens lønansvarlige til at holde et møde med jer for at få afklaret forholdene.



NEURODYNAMIK V. GISELA ROLF

- få del 2 på cd-rom!



Anden del af Gisela Rolfs "Neurodynamics – assessment and treatment of central lesions" kan nu købes på cd-rom.

Neurodynamik er analyse og behandling af nervesystemets evne til at tilpasse sig kroppens bevægelser.

Mobilisering af nervevævet er omdrejningspunktet, og i behandlingskonceptet integreres aktive bevægelser (Bobath), ledmobilisering (Maitland), mobilisering af nervevæv (Butler) og taktokinestetik (Affolter).

Cd-rommen indeholder en videooptagelse af Gisela Rolfs undervisning i København i februar 2003.

Der er fokus på mobilisering i det videre behandlingsforløb, og på hvordan et hjemmeprogram udarbejdes.

"Neurodynamics, assessment and treatment of central lesions - part 2". Gisela Rolf. Udgivet og distribueret af Danske Fysioterapeuter. Henvendelse til 3313 8211, lok. 344 eller jsh@fysio.dk. Pris kr. 150,-

Prisen for 1. del er kr. 100,-

Begge dele kan desuden ses gratis på www.fysio.dk

Better ways to better days



Højdeindstillelige borde



Træningsudstyr



Fleksible køkkensystemer



Aqualine badeværelsesudstyr



Kontor

- Ropox er andet og meget mere end højdeindstillelige borde.
- Besøg www.ropox og se meget mere.

ROPOX

Better ways to better days

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

Salgsansvarlig:

Sjælland:
Jack Pedersen
Tlf. 55 75 05 14

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