

Nr. 20/november/2003
85. årgang



Et marked i vækst
Etablering af sundhedsordninger på arbejdspladser er et marked med potentiale for fysioterapeuter.
Side 16

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



■ Smerter

Helhedstænkning bør præge smertebehandlingen, og behandlerne skal kunne anvende flere forskellige behandlingsmetoder.
Side 4

Artikler

Behov for helhedstækning



Miljø, tanker, følelser, adfærds- og funktionsmønstre er vigtige faktorer, når man skal forstå smertens karakter. Louis Gifford,

der holder oplæg ved fagfestival 20.-22. november, opfordrer til at tage ved lære af andre behandlere med en alternativ tilgang til behandling.

4

Et marked i vækst



Etablering af sundhedsordninger på arbejdspladser er et marked med potentiale for fysioterapeuter. Mange er

allerede i gang, alene eller som leverandører til større, landsdækkende koncepter.

16

Sidste chance for KTO



Danske Fysioterapeuter kan være på vej ud af KTO. Hvis ikke de sundhedsfaglige organisationer får lov at

spille en mere fremtrædende rolle, vælger Sundhedskartellet formentlig at forhandle selv i 2005.

26

Airbag til hele kroppen

FOTO: PATRICK KAUFFMANN/POLFOTO

Teknologien bliver stadig dygtigere til at skabe apparater, der kan forbedre mennesket og dets krop. Men hvor går grænsen for, hvad designerne kan tillade sig at udvikle? Det diskuterede designere, forskere og en enkelt præst for nylig på en konference. Skal man for eksempel udvikle briller, der kan give os supersyn eller indoperere apparater, der kan udvide vores hjernekapacitet? Ingen af delene er efterhånden umulige, men som Kim Kjølhede fra Innovations Lab i Århus udtaler: "Hvis vi bruger teknologien som krykker til at beskytte os mod naturlig udvikling, mod sorg og smerte, så bliver det farligt. For hvis vi bruger teknologien til at beskytte os mod udefrakommende ting, så ender det med, at vi bliver sindssyge, fordi vi kun kan slås med de indre ting". Enkelte af ideerne fra konferencen er dog mindre etisk angribelige, for eksempel en helkrops-airbag til beskyttelse af osteoporoseramte.



Det faste

DFnyt	8, 23
Fysnyt	30
Anmeldelser	10, 24, 28
Litteratur	24



FORSIDE:
GITTE SKOV

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

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

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

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

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

**Forretnings- og
stillingsannoncer:**
Panorama Media a/s
70 10 35 33
www.panoramamedia.dk
info@panoramamedia.dk

Kontrolleret oplag 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

Medlemmerne først

Det er min og Danske Fysioterapeuters fornemmeste opgave at sikre medlemmerne de bedst mulige løn- og arbejdsvilkår. På det offentlige område slås det store slag hvert tredje år, når der forhandles overenskomst. Sidste gang var i foråret 2002, hvor en lang forhandlingsproces endte med, at der skulle stemmes om en skitse fra forligskvinde Mette Christensen, fordi forhandlerne ikke kunne blive enige. Resultatet blev et lille ja, mange frustrerede offentligt ansatte og et massivt krav om, at næste gang skal fremgangsmåden være en anden.

Omstændighederne taget i betragtning, kom Danske Fysioterapeuter pænt ud af forhandlingerne. Men hovedsageligt fordi det lykkedes at forvalte de ca. 10 procent af de afsatte midler, som vi selv rådede over, fornuftigt. De resterende 90 procent var overladt til det store forhandlingsfællesskab, KTO, der havde til opgave at finde fælles løsninger for godt 650.000 offentligt ansatte, herunder fysioterapeuter ansat i amter og kommuner.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter

Som mange andre mener jeg, at der er tale om en systemfejl, der bør rettes, inden det næste gang går løs i 2005. Det er simpelthen umuligt tilgodesse 64 forskellige faggrupper, der spænder fra hjemmehjælpere til hjernekirurger. I stedet bør man lade de enkelte organisationer eller brancher forhandle med deres respektive arbejdsgivere, og så samtidig lave en aftale om et fælles opsamlingsheat, så ingen organisation lades i stikken. Det er i kort form den model, som Danske Fysioterapeuter og de andre sundhedsorganisationer, der tilsammen udgør Sundhedskartellet har presset på at få indført i KTO. En model der efter min mening både er solidarisk og giver plads til, at de enkelte organisationer kan gå i brechen og direkte forhandle medlemmernes krav.

Men desværre synes der ikke at kunne opnås enighed for det forslag blandt KTO's medlemsorganisationer. Efter igennem halvandet år at have behandlet og vurderet adskillige forslag til en ny forhandlingsmodel, synes der ikke at være lyst til at lave så omfattende ændringer, som Sundhedskartellet har krævet. Så selv om det er absolut sidste udvej, kan det blive nødvendigt for Danske Fysioterapeuter sammen med Sundhedskartellets øvrige organisationer at forlade KTO. Det vil der blive taget stilling til inden for kort tid. Det vil være et stort skridt, hvis det kommer dertil. Men for mig er der ingen tvivl. Tiden er kommet til, at KTO må tænke nyt og udvikle en forhandlingsmodel, der giver plads til de enkelte organisationer, eller også kommer Sundhedskartellet selv til at forhandle næste gang.

Vi skylder medlemmerne at afprøve nye forhandlingspositioner, og det kan jo være erfaringer, alle kan drage fordel af.



Behov for helhedstænkning

(BOG) Kroniske smerter skyldes komplekse faktorer. Fysioterapeut Louis Gifford opfordrer behandlere til at lære af andre faggrupper med en anden tilgang til behandling

AF LOUIS GIFFORD, MAPP, BSC
TEGNING GITTE SKOV

I det aktuelle klima, som er præget af professionel usikkerhed og truende markeds kræfter, vil det være en hjælp, hvis vi kan vise dem, der køber fysioterapeutiske ydelser, at fysioterapien stadig gør fremskridt, følger med udviklingen, er omkostningseffektiv og udgør en attraktiv mulighed for befolkningen. Faget er under pres. Eksempelvis offentliggjorde Cherkov og kolleger i (1998) resultaterne af en undersøgelse, der sammenlignede den effekt, som kiropraktik, fysioterapi og McKenzie

og udleveringen af en informationspjece havde på lændesmerter. Resultaterne af undersøgelsen skal granskes nøjere for at give et reelt billede, men det offentliggjorte resultat af undersøgelsen lyder som følger:

“Chiropractic and McKenzie treatment”. which in this study cost about \$235 more than the booklet, did not lead to decreased recurrences of back pain or to reductions in visits or costs of back care during the two years following treatment.” [oversættelse: Kiropraktik og McKenzie fysioterapibehandlinger, som i denne undersøgelse kostede cirka \$235 mere end pjecen, førte ikke til færre anfald af rygsmerter, færre besøg eller lavere udgifter til rygbehandling i løbet af de to år, man fulgte behandlingen].

Konklusion : .. “given the limited benefits and substantial costs of chiropractic manipulation and McKenzie physical therapy, treatments of this type should be used sparingly.” [oversættelse: ..i betragtning af den begrænsede effekt og de betydelige omkostninger ved kiropraktisk manipulation og ved fysioterapi efter McKenzie-konceptet bør denne type behandlinger kun benyttes i begrænset omfang].

Det er muligt, at resultaterne vil blive generaliseret til at gælde alle former for behandling af rygsmerter, og skeptiske henvisende praktiserende læger vil da fortrøstningsfuldt udføre den sædvanlige hurtige undersøgelse og give patienten et par beroligende ord og gode råd samt den sidste nye pjece om rygsmerter - i sikker forvisning om, at de handler ud fra “den seneste nye og mest omkostnings-effektive vidnesbyrd”. Det er muligt, de har ret, men de faktorer, som medvirker til at fremskynde kroniske smerter og dysfunktioner, er så komplekse, at nogle af patienterne i risikogruppen har brug for en velgennemtænkt og tidskrævende vurdering og behandling tidligt i sygdomsforløbet. Dette er det vigtigste tidspunkt. Lintons (1998) undersøgelser har vist, at man ved at identificere og mindske de kendte risikofaktorer tidligt i behandlingen af rygsmerter kan reducere kroniske dysfunktioner otte gange så meget som ved “den sædvanlige behandling”. Den mellemkomst, Linton (1998) benyttede

sig af, omfattede en forståelse for og behandling af den frygt og ængstelse, patienter har for at komme til at fremkalde smerter og strukturelle skader gennem bevægelser og aktiviteter, samt andre psykosociale emner, som diskuteres udførligt i denne bog.

Undersøgelsen viser klart, at samtidig med anvendelsen af kognitive adfærdsstrategier, som forbedrer patientens evne til at klare sig, er det af fundamental betydning at genopbygge patientens tro på og tillid til sin fysiske struktur under udøvelsen af aktiviteter. Derfor lægges der så stor vægt på, at der i rehabiliteringsstrategierne indlægges fysiske træningsprogrammer, der skal føre til en progressiv genopbygning af stabile fysiske funktioner.

Genopbygning af “tillid” indbefatter kvalificeret undersøgelse, nyttig instruktion og praktisk erfaring. Dette er et område, som forudsætter et højt fagligt niveau – et område, som er helt unikt for den fysioterapeutiske profession. At lede patienten mod en gradvist mere normal funktion ved hjælp af praktiske opgaver og øvelser på en måde, så patienten hele tiden har kontrol over situationen og føler sig tryk, at lade patienten være en del af beslutningsprocessen samt at lade patienten se, hvad formålet er med en bestemt øvelse eller bevægelse, er blot nogle af de vigtige elementer.

PATIENTEN FORAN OS

At skulle integrere psykologiske og sociale emner i behandlingen er ikke nogen nem opgave for professioner, som historisk set forbindes med vævs-/skades-/patologibaserede forklaringer på og behandling af alle former for smerte. Overvindelsen af den naturlige antipati imod at integrere “andre” emner, koncepter og forklaringer vil være et stort skridt i retning af en effektiv praksisændring.

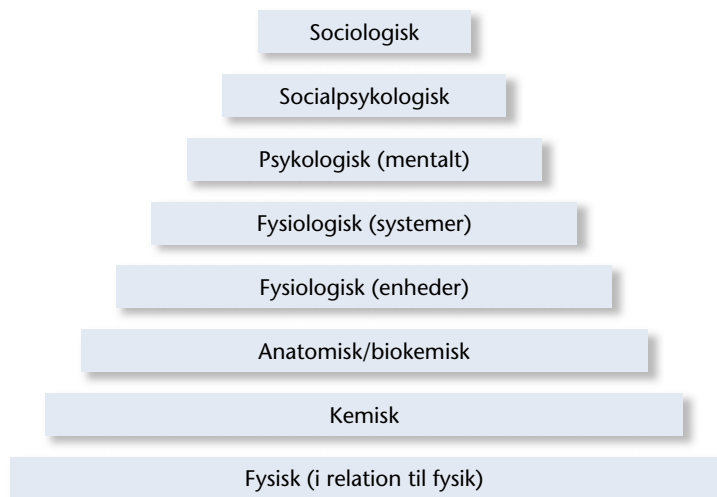
Patienten foran os kan have mange problemer, også den patient, som lider af noget tilsyneladende ukompliceret som en nyligt forstuvet ankel eller en moderat forstrækning i ryggen. Jo mere man spørger, dvs. jo flere oplysninger man går efter, jo mere vil man normalt også finde. Der kan være tab af fysiske funktioner, dysfunktioner og fysisk svækkelse – såsom indskrænket bevægelighed, ømme områder, ►

Smerter skal forstås på flere niveauer og behandlere skal turde anvende og integrere behandlingsmæssige færdigheder fra samtlige niveauer. Fysioterapeuten har fået tilladelse til at oversætte et uddrag af Louis Giffords bog *Topical Issues in Pain*, hvor han giver et overblik over biologiske, psykologiske, og adfærdsmæssige faktoreres betydning for smerter. Louis Gifford er oplægsholder på Danske Fysioterapeuters Fagfestival den 20.-22. november.

(Gifford L S 2000 The patient in front of us: from genes to environment. I : Gifford L S (red.) *Topical Issues in Pain 2 Biopsychosocial assessment. Relationships and pain* CNS Press, Falmouth 1-11, Genoptrykt med tilladelse)

FIGUR 1

Videnskabernes traditionelle hierarki (bearbejdet fra Rose 1997)



- smertefulde bevægelser eller muskulære ubalancer; der kan være angsttilstande og sorg eller vrede og negative opfattelser vedrørende problemets art og virkningen af behandlingen.

Patienter kan have en udtalt frygt for, at bevægelser kan være skadelige, de kan være pressede af arbejdspladsen og kollegerne, de kan have økonomiske problemer, deres sociale og arbejdsmæssige status kan være truet osv. Termen "barriers to recovery" (barrierer imod helbredelse), som Paul Watson anvender, er vældig god at have i tankerne, når man står med en patient (Watson 2000, Watson & Kendall 2000). Men måske er der behov for et par advarende ord: Den dygtige behandler graver kun så dybt med sine spørgsmål, som det er påkrævet for at opnå det bedst mulige resultat, og det skal gøres på en måde, som er behagelig for patienten. Denne færdighed er et produkt af et højt vidensniveau, en korrekt fortolkning samt vellykket kommunikation og håndtering af situationen.

Figur 1 repræsenterer videnskabernes traditionelle hierarki (se Rose 1997). Dette konventionelle perspektiv bevæger sig fra de hårde, reduktionistiske og mekanistiske lavere niveauer, som er de nemmeste at måle, kontrollere og analysere, til de øvre blødere, vagere og mere uklare psykologiske og sociologiske niveauer. Disciplinerne på disse øvre niveauer har kæmpet for at blive anerkendt som videnskabelige discipliner i sig selv og vækker stadig almindelig skepsis. Kulturændringer skaber holdningsændringer, og hypoteser og paradigmer,

som for få år siden var uacceptable og bespottede, kan meget vel vise vejen i fremtiden. Denne bog (Topical Issues i Pain 2, red.) omhandler den del af kulturen inden for medicin og fysioterapi, der beskæftiger sig med patienter med smerter, samt behandlingen og forståelsen af disse patienter. Bogens formål er at opfordre til en integration af tænkning og input fra samtlige niveauer i det videnskabelige hierarki.

FRA GENER TIL MILJØ

Videnskabsfolk har en tendens til i deres arbejde at holde sig inden for deres egne lukkede cirkler. Indtil for nylig har det været svært at finde videnskabelige tænkere og forfattere, der har søgt efter forklaringer og en dybere forståelse i specialer, som ligger uden for en bestemt disciplin. Hvert niveau i det videnskabelige "hierarki" kan have sine egne forklaringer og svar på et givent fænomen, og tilhængere forsvare ofte deres position ved åbent at give en ufrugtbar kritik af de forklaringer og svar, der præsenteres af konkurrerende discipliner.

Det gør sig især gældende inden for områderne smerteforskning og smertebehandling, hvor et væld af forklaringer på og behandlinger af smerter og dysfunktioner er udsprunget af de mange forskellige discipliner og klinikere, der er involveret. Der er tale om et bredt spektrum strækkende sig fra socialvidenskabsfolkene og helt ned til biokemikerne og genetikerne, med behandlingsinput, der kommer via sociologer, kliniske psykologer, rehabiliteringseksperter, manuelle behandlere, alternative behandlere og helt ned til farmakologer og nu også genmanipulatorer.

ØKONOMIEN BESTEMMER

Der er en overordnet tendens til at støtte og søge forklaringer på smerter ud fra stadig mere reduktionistiske og økonomiske paradigmer. Som følge deraf ser man nu en bølge af begejstret interesse for forståelsen af genetikken og en mulig genmanipulation ved hjælp af lægemidler inden for smerteforskningen (se for eksempel Iadarola et al. 1997, Julius 1999, Woolf et al. 1999), mens der ikke er samme begejstring for de stadig mere evidensbaserede behandlingsmetoder – dels fordi disse behandlingsmetoder er tættere forbundet med de øvre lag i hierarkiet, hvor sandsynligheden for at finde industridrevne profitmotiver er mindst, og dels fordi metoderne er langt vanskeligere og mere tidskrævende at udføre end den enkle handling det er at ordinere og tage en pille.

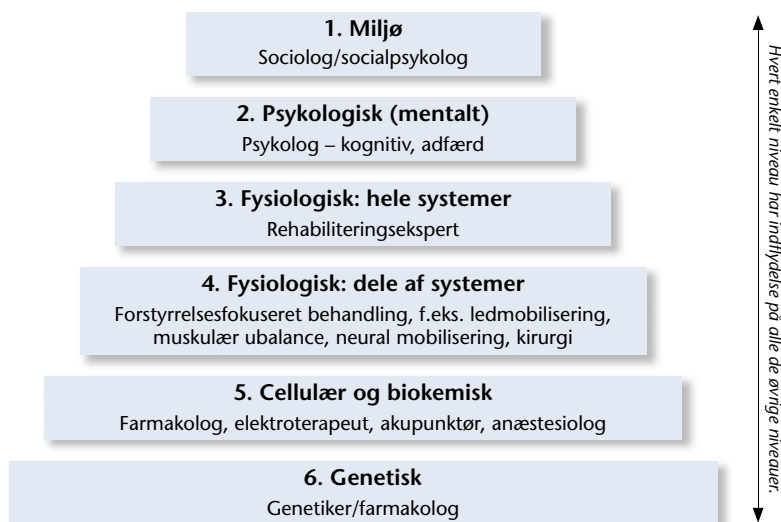
Figur 2 viser et niveauhierarki, som kan anvendes til forklaring af smerter og dysfunktioner. Figuren angiver ligeledes typen af behandlere, der er knyttet til det enkelte niveau.

På det øverste niveau i hierarkiet er miljøet. Her kan kroniske smerter og dysfunktioner for eksempel sættes i forbindelse med patientens problemer på jobbet eller med familiens reaktioner over for patienten eller måske med visse tab i patientens sociale liv. Gennem manipulation af disse kan patienten muligvis opnå en bedring. Sociologer og socialpsykologer har en anerkendt ret inden for smertebehandling og smertestyring.

På det psykologiske niveau kan patienterne have en stærk tro på, at enhver fysisk bevægelse kan være farlig for deres afsvækkede, smertefulde tilstand, og at hvile er den bedste vej til helbredelse, eller de kan være i en sådan følelsesmæssig turbulens, at de overhovedet ingen interesse har i nogen form for helbredende aktivitet eller livsstil. Ved at ►

FIGUR 2

Hierarki over forklaringer på smerte og dysfunktioner samt relaterede behandlingsmæssige discipliner



KEBO CARE

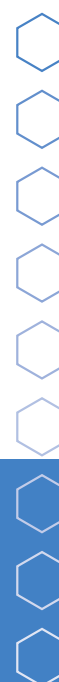
Nyt hovedkatalog spækket med udstyr til træning og terapi!

Bestil kataloget i dag på tlf. 36 39 80 23
eller benyt mail: mele@kebocare.dk



KEBO CARE

www.kebocare.dk



concept-i.dk

Nye medlemmer til Internationalt Udvalg

(OPSLAG) ■ Til Danske Fysioterapeuters internationale udvalg skal vælges et medlem valgt blandt medlemmer i fysioterapeutuddannelsessektoren, et medlem valgt blandt de fysioterapeutstuderende samt to medlemmer med international erfaring og minimum to års fysioterapeuterfaring. Internationalt Udvalg rådgiver og vejleder Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse og sekretariat i sager vedrørende general meetings i internationale fysioterapeutorganisationer, internationale fysioterapeuters samarbejde, grund- efter- og videreuddannelse, professionsudvikling, fri bevægelighed, m.v. Desuden skal udvalget holde sig løbende orienteret om arbejdet i de internationale fysioterapeutorganisationer, WCPT m.v. samt om internationale emner med relevans for fysioterapeuter. Udvalget skal endvidere løbende informere udadtil om Danske Fysioterapeuters internationale samarbejde.

Udover ovennævnte repræsentanter er der i internationalt udvalg en repræsentant fra DF's hovedbestyrelse som formand for udvalget samt to særligt udpegede medlemmer. Valg af menige medlemmer til udvalget sker for 4 år med mulighed for genudpegning, og hovedbestyrelsen godkender valget efter indstilling. Der afholdes møde i udvalget to gange årligt eller efter behov. Ansøgning om medlemskab af internationalt udvalg sendes senest 18. december 2003 til Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, 1358 København eller til eh@fysio.dk. Eventuelle spørgsmål kan rettes til Nina Holten (nh@fysio.dk eller 3313 8211 lokal 347) eller Elisabeth Haase (eh@fysio.dk eller 3313 8211 lokal 331).

Medlem søges til fondsbestyrelsen

(OPSLAG) ■ Danske Fysioterapeuters Forskningsfond søger nyt medlem til bestyrelsen fra 1. april 2004 og fire år frem. Fondsbestyrelsen består af fire medlemmer, tre menige og et hovedbestyrelsesmedlem. Fondsbestyrelsen holder to heldagsmøder om året, i marts og oktober måned, hvor man tager stilling til de indkomne ansøgninger til Forskningsfonden, Jubilæumslegatet og Studieleгатet. Fondsbestyrelsen foretager en vurdering af ansøgningernes relevans og gennemførlighed og afgiver herefter indstilling til hovedbestyrelsen om støtte. For at kunne vurdere de indkomne ansøgninger må fondsbestyrelsens medlemmer være i besiddelse af følgende kvalifikationer: Teoretisk og praktisk viden om forskning, viden om forskningsuddannelse og forskningsvilkår, engagement i faget og dets udvikling. Er du i besiddelse af en eller flere af disse kvalifikationer og har du lyst til en spændende opgave, så send en ansøgning (bilagt cv) til Danske Fysioterapeuter, inden den 1. januar 2004.

Yderligere oplysninger om arbejdet i fondsbestyrelsen fås ved henvendelse til faglig konsulent, Annette Wandel, tlf.nr. 33 13 82 11, lok. 349.

► indgyde patienterne nogle sundere forestillinger og vise dem, at deres frygt er ubegrundet, ved at hjælpe dem med at overvinde deres følelsesmæssige turbulens, forbedre deres copingstrategier og underbygge en mere passende adfærd kan man muligvis hjælpe dem til at få det bedre. Der er ingen tvivl om, at psykologer spiller en rolle inden for smerteområdet.

Niveauet med det fysiologiske helhedssystem relaterer til systemer, hvor der er opstået en eller anden form for fejl, og hvor der derfor er sket en midlertidig eller permanent ændring. Det kan være i nervesystemet, i det endokrine, muskuloskeletale, lokomotoriske eller viscerale system, og så videre. Fra et fysioterapeutisk synspunkt relaterer dette niveau snarere til forkerte eller ændrede grovmotoriske bevægelsesmønstre og funktionstab – det er her, forskningen og behandlingen fokuserer på dysfunktioner (inden for klinisk argumenterende litteratur anvendes termen generel fysisk dysfunktion som synonym herfor (general physical dysfunction - se Gifford & Butler 1997, Butler 1998).

Således er patienten med rygsmerter måske ude af stand til at bøje sig forover, hvilket påvirker evnen til at klæde sig på, sidde behageligt, køre bil og arbejde i siddende stilling ved skrivebordet. Behandlingen vil muligvis fokusere på øvelser, der gradvist forbedrer fleksionen, for at fremme tolerancen over for siddende og i det hele taget flekterede stillinger.

Drejer det sig derimod om en forstuvet ankel, kan behandlingen fokusere på at genopbygge et normalt gangmønster eller på et graderet og progressivt vægtbæringsprogram. Rehabiliteringssektorer er helt centrale på dette behandlingsniveau.

Det fysiologiske niveau bestående af delsystemer kan relatere til mere specifikke fund. For eksempel kan et led have let indskrænkning i medbevægelser, ligamenter, sener, muskler og muskelgrupper, eller måske er der øget mekanisk sensitivitet i en bestemt nerve. I andre tilfælde kan det dreje sig om nedsat bevægeudslag, muskulære ubalancer, ja endog tab af strukturel integritet eller instabilitet. Dette niveau er kendetegnet ved forskerens eller klinikerens fokuseren på en forstyrrelse (inden for klinisk argumenterende litteratur anvendes termen specifik fysisk dysfunktion som synonym herfor (specific physical dysfunction - se Gifford & Butler 1997, Butler 1998). Ændrede funktioner på dette



niveau kan behandles af manuelle behandlere eller kirurger.

På det cellulære og biokemiske niveau anskues smerten ud fra de ændringer, der er opstået i vævet og i celler og ledningsbaner i nervesystemet. Således kan smerte og funktionshæmning skyldes ændringer i inflammatoriske kemiske stoffer i nyligt læderede muskler eller ligamenter, ændringer i neuropeptider eller receptorpopulationer i nociceptorer og nociceptorledningsbaner til nytte for læsionen eller ændrede immunfunktioner, ændret neuroendokrin reaktivitet m.m.

Dette smerteparadigme kan yde hjælp via en kemisk manipulation af vævet og ledningsbanerne såvel som af de cellulære omgivelser, heraf kommer det farmakologiske krav på reguleringen og behandlingen af smerte. På dette niveau kan der behandles med farmakologi, elektroterapi, akupunktur eller måske manuel behandling.

Det laveste og mest "reduktionistiske" niveau er på nuværende tidspunkt det genetiske niveau med forskning, tænkning og intervention. Det er vigtigt at diskutere dette niveau, da det tjener som en nyttig platform, hvorfra der kan relateres til virkninger og interaktioner fra andre niveauer.

GENETIK OG SMERTER

Der er i dag to skoler inden for tænkningen vedrørende gener og smerte. Den første af disse skoler accepterer, at tilstande som smertesensitivitet, respons på analgetika og følsomhed over for smertefulde patologiske tilstande er underlagt stor interindividuel variabilitet (som alle biofysiologiske og biopsykologiske fænomener), og at genetiske faktorer her spiller en rolle (Mogil 1999).

Konklusionen er, at nogle mennesker kan være genetisk "programmerede" eller "modtagelige" for mere langvarige smertetilstande end andre, selv om de alle har haft de samme læsioner eller patologiske tilstande.

Naturligvis anerkendes også de miljømæssige indvirkninger på "genudtryk". Den oprindelige ide med genterapi var at bruge den til korrektion af genetiske defekter. Dette skulle foregå ved at udskifte eller erstatte det defekte gen med en ny og bedre fungerende kopi (Iadarola et al. 1997). Ideen med at lade smertebehandlingen anvende denne tilgang til genterapi er at implantere funktionelle kopier af nye gener i egnede sensoriske neuroner (f.eks. i nociceptorer eller nociceptor-ledningsbaner) for at tilføre dem nye egenskaber.

På denne måde tilsidesættes aktiviteten i det

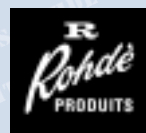
"defekte" gen, og med aktiviteten i det nye gen ændrer cellen karakter i retning af en lavere sensitivitet. Eller udtrykt i genetiske termer: Den forandrede genotype ændrer fænotypen, selve cellens struktur og karakteristika.

Et nuværende forskningsprojekt har fokus på medulla spinalis og dorsale rodganglier som mulige steder for genoverførsel (Iadarola et al. 1997).

Den anden skole søger at ændre "genudtrykket" i stedet for at udskifte det pågældende gen med et andet. Dette lyder i det mindste mere gennemførligt! Her er det vigtigt at forstå, at et specifikt gen er en unik række af aminosyrer i et DNA-molekyle, og at gener virker som skabeloner, ud fra hvilke der opbygges og produceres de relevante RNA-molekyler, der virker som yderligere skabeloner til dannelsen af cellulære proteiner.

Når et gen "udtrykker", skal det aktiveres. Et givent gen producerer eller "udtrykker" et protein, der er helt specifikt for det pågældende gen. I lø-

ROHDÉ PRODUITS



ROHDÉ tilbyder (siden 1947)

Rheumafin (CE)	Paraffinblanding
Massage Creme	Standard/Anticeptisk Olivenolie/Citron
Ultralyd Gel	Dane-gel (CE)
Sprit	60% Badesprit 96% Hospitalssprit
Papir	Lejepapir Aftørningspapir Hovedlejepapir (løssark)
Sæbe	Håndcremesæbe u. Parfume Håndsæbe (Mild)

Henvendelse:

Rohde Produits, Gl. Holtegade 40, DK-2840 Holte,
Tlf.: 4580 2023, Fax: 4550 5078.

E-mail: rohdepro@mail.tele.dk, www.rohdepro.com

anmeldelse

Lærebog i massage



(ANMELDELSE) ■ Som underviser i manuel vævsbehandling på fysioterapeutuddannelsen er det befriende, at der er nogen, der har mod nok til at anvende ordet massage i titlen på en lærebog.

Bogen er tro imod at give en håndværkstradition videre og opfordrer læseren til at lade sig inspirere til selv at udforske massagen yderligere, så den ikke blot overlever som tradition, men efterhånden også som et evidensbaseret

redskab i fysioterapien.

Bogen henvender sig primært til fysioterapeutstuderende og er bygget op med selvstændige afsnit, der kan læses uafhængigt af hinanden.

Bogen indledes med et kapitel relateret til undersøgelse og behandling. De øvrige kapitler, skrevet af forskellige forfattere, omhandler: Praksisbeskrivelser, indikationer og kontraindikationer, massagens fysiologiske virkninger, massagens psykologiske virkninger, massage og smerter, meddelte smerter og deres teoretiske baggrund, den inflammatoriske proces, herunder dyb tværmassage og endelig et afsluttende kapitel omkring muskelsmerter og massage. I hvert kapitel relateres stofområdet, i det omfang det er muligt, til den nyeste forskning på området, og selve kapitlet afsluttes med omfattende og præcise kildeangivelser.

I undersøgelses- og behandlingskapitlet er der indledningsvis en gennemgang af de forholdsregler, man bør tage i forbindelse med massagebehandling, herunder både lejring af patient og hensigtsmæssige arbejdsstillinger for fysioterapeuten. Derefter er der en grundig gennemgang af de klassiske massagegreb og variationer herover, illustreret med velvalgte fotos. De øvrige kapitler kan læses som vigtige inspirationskilder for hvorfor, hvordan og med hvilken indfaldsvinkel, man vælger at arbejde med massage.

Ulempen ved bogen er de mange forfattere, som gør, at det let bliver den enkelte forfatters specifikke interesseområde, der formidles, mere end det bliver fokus på relationen til massage generelt. Men når det er sagt, skal det retfærdigvis også nævnes, at redaktørerne i forordet vurderer, at bogen måske ikke bør anvendes fra studiets begyndelse, da enkelte kapitler kan være vanskeligt tilgængelige. Men som bogen foreligger, er det den første lærebog i massage på dansk og som sådan en kærtkommen erstatning for diverse kompendier. Den vil fint supplere den øvrige litteratur, der bør knytte sig til undervisningen i massage.

Anmeldt af fysioterapeut Hanne Lisby, Aalborg

"Lærebog i massage – manuel vævsbehandling for fysioterapeuter", redigeret af Nanna Linde og Jytte Borg, ISBN 876280244-5 Munksgaard, 176 sider, 218 kroner.

Ved en beklagelig fejl i redaktionen er anmeldelsen ikke blevet bragt tidligere.

► bet af enhver celledens levetid sker der en kontinuerlig aktivering og hæmning af gener med henblik på at fremstille eller standse fremstillingen af proteiner, som cellen behøver/ikke behøver for at kunne fungere og overleve. Processen med aktivering og hæmning af gener er en fundamental del af cellens homøostase og i høj grad en del af den almindelige daglige fysiologiske proces, der foregår i alle aktive celler i alle cellulære organismer. For at kunne gøre sig overvejelser med hensyn til smerteoplevelsen og ændringer i sensitiviteten er det nødvendigt at forstå, at det her er de samme mekanismer, der gør sig gældende. Gener aktiveres og hæmmes som reaktion på læsioner, og gener aktiveres og hæmmes som reaktion på behandling. Dette skal granskes nøjere.

ELEKTRISK SENSITIVITET

Elektrisk sensitivitet og evnen til at sende impulser via saltatorisk ledning er en egenskab ved neuroner, som afhænger af den meget hurtige passage af Na⁺, K⁺ and Ca⁺⁺ ioner ind og ud af cellen gennem porer i axoplasma-cellemembranen (Shepherd 1994). Disse membranporer kaldes "ionkanaler" (figur 3 & 4 på side 12) og er i stand til at åbne og lukke som reaktion på tilstande lokalt (Kandel et al. 1995, Tanner et al. 1997).

Nogle ionkanaler kan for eksempel åbnes af elektrisk aktivitet i nærheden og kaldes "spændingsstyrede" kanaler; andre kan åbnes af kemiske stoffer som adrenalin, noradrenalin, bradykinin, prostaglandiner eller brintioner. Atter andre åbner som reaktion på mekanisk stress. Ionkanaler, som åbnes (eller lukkes) ved hjælp af kemiske stoffer, indeholder receptorer og kaldes "ligandstyrede" ionkanaler.

Ionkanaler og deres eventuelle receptorer er proteinmolekyler, der er opstået som følge af specifik genaktivitet i cellelegemet i det pågældende neuron. Jo mere aktive ionkanaler og receptorer et givent neuron har, jo mere sensitivt bliver dette neuron. Endvidere gælder det, at den type sensitivitet, som kendetegner cellen, afhænger af den type receptorpopulation, der er til stede. Således indikerer store populationer af aktive mekanoreceptorer, at der er tale om en celle, som er meget følsom over for berøring og tryk, derfor den kliniske forekomst af mekanisk allodyni/primær hyperalgesi (nærmere behandlet i Gifford 1997, Gifford 1998).

Et stort antal adrenoreceptorer indikerer, at der er tale om en celle, som reagerer kraftigt på adrenalin og noradrenalin, og så videre.

LÆSION AF VÆV

Når væv læderes, begynder de nociceptive celler, som innervierer dette væv, at øge deres sensitivitet, og de vil nemmere begynde at fyre, nogle vil måske endda fyre spontant. Øget sensitivitet og spontan firing er et produkt af tilstedeværelsen af aktive ionkanaler og receptorer samt deres relative antal (Tanner et al. 1997).

Umiddelbart efter en læsion vil mange inaktive eller "refraktære" receptorer i de lokale nociceptors membraner blive aktiveret. Derfor opstår den relativt hurtige forøgelse af sensitiviteten i det læderede område. Samtidig vil de kemiske stoffer, som er dannet af det læderede væv eller af immuncellerne i det læderede område, trænge ind i nociceptorerne, hvor de vil blive transporteret af axoplasmaet og til sidst nå neuronets cellelegeme. Når de først er nået dertil, vil de stimulere specifik genaktivitet og deraf følgende proteinsyntese (McMahon et al. 1997). Dette er et glimrende eksempel på den "sample, scrutinise and act" (ud-

tag prøve, undersøg nøje og reagér efterfølgende)-proces på cellulært niveau, som diskuteres i kapitel 2 i bind 1 af Topical Issues in Pain (Gifford 1998).

Nervesystemet vil rent kemisk udtage prøver af målvæv. Hvis der er skader på disse væv, registrerer nervesystemet forekomsten af læsionsrelaterede kemiske stoffer, foretager en nøje undersøgelse og udviser derefter en passende reaktion. En del af denne reaktion er at producere flere ionkanaler og receptorer, så neuronet kan øge sin sensitivitet. Neuronet kan også "opregulere" sin produktion af inflammatoriske neuropeptider, som vævene er afhængige af for at kunne danne inflammation og efterfølgende påbegynde helingsprocessen (McMahon et al. 1997).

Nye receptorer, som produceres og transporteres tilbage til neuronets perifere terminaler, implanteres i cellemembranen, hvorved cellen yderligere øger sin sensitivitet. Dette er tydeligvis en tidskrævende proces. Det vigtige budskab bag disse hændelser er, at genaktivitet påvirker cellens sensitivitet ved til sidst at ændre dens membranstruktur. Inklusionen af flere ionkanaler og receptorer ændrer cellen fysisk og ændrer dens dynamiske egenskaber. Dette viser den plasticitet ved systemet, som gør, at det kan tilpasse sin reaktion til den trussel, en vævsskade udgør.

Helt central er aktiveringen og udtrykket af egne gener, der fungerer som skabeloner i prote-

insynteseprocessen. Det er vigtigt at tilføje, at det, som netop er blevet beskrevet, ikke kun forekommer i periferien, hvor det er nemmest at forstå, undersøge og beskrive, men at det forekommer hele vejen igennem det implicerede sensoriske system og bearbejdnings- og responsystemet. En ændret respons betyder ændret genudtryk og ændret morfologi, anatomi og modtagelighed hele vejen igennem de involverede ledningsbaner.

Helt centralt i genetikernes tilgang til smerte er "reguleringen" af dette udtryk. På verdenskongressen om smerte i Wien i 1999 var der i alt 16 plakatpræsentationer om videnskabelig manipulation af gener og genudtryk som led i smertebehandlingen. Den manipulation, der blev præsenteret, befandt sig i det store hele på det samme reduktionistiske niveau, eller med andre ord, ved at forstå kemien i sensibilisering bliver det muligt at tilsætte et andet kemisk stof, som kan intervenere og forebygge eller ophæve virkningen af det allerede forekommende. ►

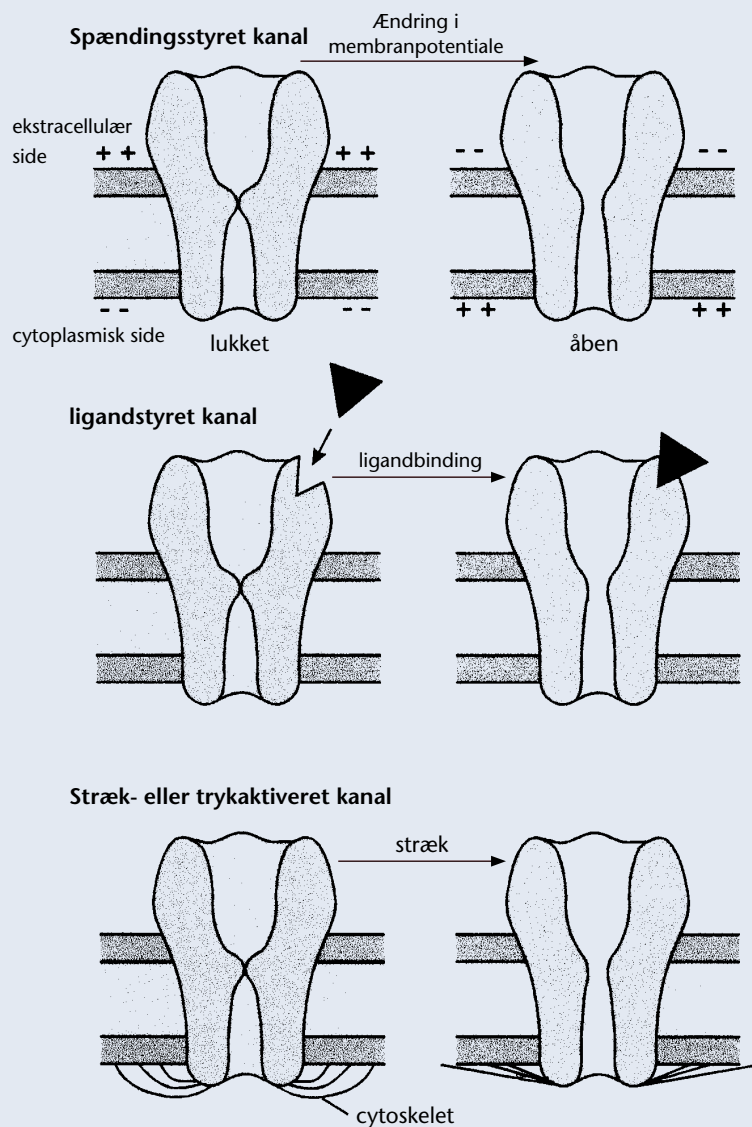


Professional TENS/FES

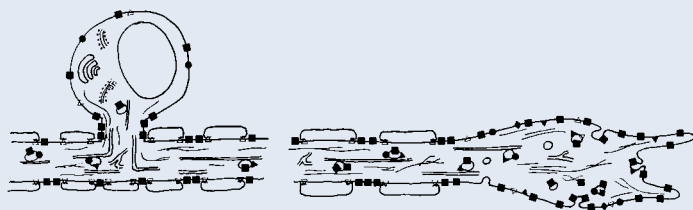
ELPHA II 3000

BIOFINA a/s

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



FIGUR 3: Ionkanaler i de sensoriske neuroners cellemembran:
1. Spændingsstyrede kanaler. 2. Ligandstyrede kanaler. 3. Stræk- eller trykaktiverede kanaler.



FIGUR 4
Skematisk fremstilling af et enkelt sensorisk neuron, hvor ionkanaler og receptorproteiner i cellevæggen er fremhævet.

► Tænkere vil muligvis tage afstand fra dette med det argument, at hvis denne type proces er grundlæggende ved smerte og sensibilitet, må den nødvendigvis også blive påvirket af alle de behandlingsformer, der er vellykkede. Jeg er enig heri og mener, det åbner op for ret tankevækkende filosofiske overvejelser inden for behandling.

ACCEPT AF ANDRE BEHANDLERE

En biologisk funderet logisk begrundelse for enighed er, at uanset hvad man gør ved en patient, og uanset hvilket niveau man fokuserer på, vil der altid opstå ændringer i genudtrykket, hvis patienten foretager ændringer. Det er en behagelig og forenende tanke, at enhver praktiserende behandler i sidste instans er gen-terapeut, og efter min mening er det også en ganske fornuftig tanke.

Og som patient kan man blive sin egen gen-manipulator, hvis man får startet på selvhjælp. Enhver behandler kunne (og burde måske inden for den nærmeste fremtid) hævde, at modulationen af genudtryk er grundlæggende for dennes "teknik" eller "input". Den indflydelse, jeg udøver som praktiserende fysioterapeut, er muligvis ikke anderledes end den, der udøves af en healer, en medicinmand, et magnet- eller kobberarmbånd med helbredende egenskaber, en Reiki-behandling, en kranial manipulation, en grad II p-a på art. zygapophyseale, en behandling med muskelafbalancering, udspændingsøvelser a m McKenzie, en række instruktioner, der indgyder patienten et mindre frygtsomt perspektiv med hensyn til smerte, en vellykket rehabiliteringsseance, hvor patienten overvinder frygten for en bestemt bevægelse eller en vellykket forhandling med patientens arbejdsgiver, som resulterer i, at patienten kan vende tilbage til jobbet, behageligt fri for stress (fig. 2, side 7).

På baggrund af denne type logik virker det uklogt at kritisere behandlingsformer, som forekommer én at være usædvanlige, anderledes eller uortodokse. Hvis en patient på en eller anden måde har oplevet en bedring efter en behandling, må der være en mekanisme, der ligger til grund for denne bedring. De her præsenterede forslag reducerer den terapeutiske effekt til en almindeligt forekommende mekanisme, der indbefatter ændret genudtryk samt ændringer i receptorpoptulationer og neural reaktivitet. Dette er på mange måder en mere ansvarlig forklaring end den klassiske krænkelse, der ligger i at stemple en anden behandlers vellykkede resultater som ren og skær placeboeffekt. Ifølge det synspunkt, der præsenteres her,

udgør placeboeffekten et biologisk fænomen, som det ofte kræver en dygtig behandler at udnytte fuldt ud.

Når behandlere har problemer med at forsvare deres særlige form for behandling, hænger det sammen med, at de har en tendens til at isolere sig på et bestemt mekanisk niveau. Nogle manuelle behandlere ville måske forklare en patients bedring med, at patienten har opnået en bedre lokal ledfunktion. Det er denne model, som jeg i sin tid blev oplært i, og som jeg anvendte i mange år.

En psykolog ville måske forklare bedringen med, at patienten har lært at tænke anderledes og tackle tilværelsen på en ny måde, mens en akupunktør måske ville fremhæve ændringer i yin og yang eller i endorfinerne i centralnervesystemet, afhængigt af uddannelsen.

En farmakolog ser måske fysiologiske ændringer som mål for behandlingen, en Reiki-behandler koncentrerer sig om energiområder, osv. osv.

Forklaringer på virkninger som disse er naturligvis reduktionistiske og endimensionelle, idet de er begrænset til den teori, der ligger til grund for den pågældende disciplin. De er ofte utilstrækkelige og kan være delvist rigtige eller endog fuldstændig forkerte, fordi de overser det faktum, at den biologiske proces er multidimensionel. Når først vi har lært at forstå, at det er en grundlæggende biologisk sandhed, at samtlige niveauer i figur 1 og 2 interagerer med hinanden (se pilen på fig. 2, side 7), kan vi begynde at ane et billede, som er langt dybere og består af mange niveauer og dimensioner. Behandling og tænkning på enkeltniveau er indskrænket, sandsynligvis mindre frugtbar, end der er potentiale til, og fører ofte til skænderier og en anspændt atmosfære.

Prøv at betragte hvert enkelt niveau i figur 2 som en hule med mange mindre huler inden for præsentationen af en bestemt metode eller behandling. Tænk derefter over, om ikke det ville være en god ide, hvis de praktiserende behandlere alle kom ud af deres egne huler for at se sig omkring og også kigge ind i nogle af de andre huler.

For de fleste behandlere er det relativt let at se tingene ud fra det perspektiv, som repræsenteres af de behandlere, der ligger tættest på. En behandler, der anvender urtemedicin i behandlingen, kan arbejde sammen med en irisanalytiker eller en refleksolog, men kommer sandsynligvis ikke ret langt med en ortopædkirurg. Prøv at tænke på det, sådan som det er skitseret i det foregående, så vil du indse, at ud fra en filosofisk betragtning ligger

indgangen til ortopædkirurgens hule ret tæt på indgangen til de huler, hvor de alternative behandlere har deres praksis; også deres filosofi bygger på identifikationen af en eller anden form for forstyrrelse og en passiv korrektion af denne.

Flertallet af disse praktiserende behandlere vil sandsynligvis ikke foretage sig ret meget med hensyn til at fremme funktioner eller aktiviteter, der har at gøre med dagliglivet og jobbet, med aktive copingstrategier eller med at dæmpe frygten for strukturel svaghed eller arten af smerte.



ÆNDRE PATIENTENS TÆNKNING

I denne bog argumenteres for udbredelsen og en passende integration af samtlige niveauer, da de alle interagerer og er indbyrdes afhængige rent biologisk. Hvis du for eksempel ændrer den måde, hvorpå en patient tænker på et problem eller en bevægelse, han er bange for, så har du potentialet ►

LLLT - Low Level Laser Therapy

Laserlys til smerter og opheling



– 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

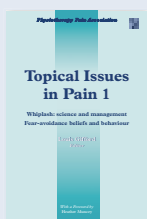


Easy-Laser

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

EN SERIE BØGER OM SMERTE

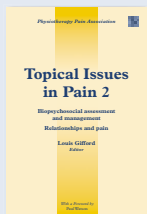
Louis Gifford er redaktør og forfatter til en serie af bøger, der omhandler smerte. Bøgerne omhandler forskellige aspekter inden for smerteforståelse og –behandling og en række eksperter inden for området har skrevet et eller flere kapitler i bøgerne. Bøgerne kan købes online på www.achesandpainonline.com. Det vil være muligt at bestille bøgerne hos fagforum for Muskuloskeletal Terapi under Fagfestivalen:



Topical Issues in Pain 1

Whiplash science and management. Fear-avoidance beliefs and behaviour.

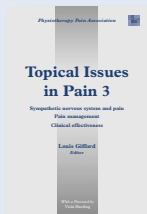
224 sider. ISBN 0953342301



Topical Issues in Pain 2

Biopsychosocial Assessment and Management. Relationships and Pain.

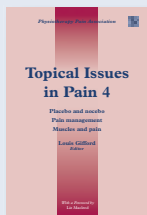
222 sider. ISBN 095334231 X



Topical Issues in Pain 3

Sympathetic nervous system and pain. Pain management. Clinical effectiveness.

244 sider. ISBN 0953342328



Topical Issues in Pain 4

Placebo and nocebo. Pain management. Muscles and pain.

255 sider. ISBN 0953342336

KROP OG FYSIK NR. 4, NOVEMBER 2003. Seneste nummer af Fysioterapeuternes Temablade, Krop og Fysik, handler udelukkende om smerter – om behandling af smerter og om at leve med smerter. Læs artiklerne på www.krop-fysik.dk eller bestil abonnement samme sted. Et abonnement koster 120 kroner pr. år. Ønsker man mere end ét blad pr. gang, kan der forhandles et tilbud.

► til at ændre genudtryk, sensitivitet, smerterespons, muskelkoordination og muskelstyrke, følelser og forhold.

Du kan tilføre yderligere kraft ved hjælp af en række praktiske øvelser, gennem hvilke patienten kan finde en metode til at udføre den frygtede bevægelse på en sikker og kontrolleret måde.

I nogle situationer er det måske bedst at finde frem til en bevægelse eller endda benytte en passiv teknik på patienten, som denne føler giver en bedre bevægelighed eller dæmper smerten.

I nogle tilfælde kan det også være påkrævet med en passende medicinering for at opnå smertekontrol, og så videre. Den almindeligt anerkendte metode med kun at udføre "én teknik ad gangen" er ganske vist påkrævet i enkelte tilfælde; men i de fleste tilfælde risikerer man ved denne metode at gå glip af et enormt potentiale, hvad angår virkning og omkostningseffektivitet.

Behandlinger foretaget af professionelle, som sætter ind fra bunden af hierarkiet, kan påvirke toppen, og omvendt. Et særligt vigtigt budskab i dette bind er, at nogle niveauer har større indvirkning end andre med hensyn til at påvirke helbreds-mæssig forværring eller fremgang; det drejer sig om de niveauer, der har at gøre med patientens miljø, tanker, følelser, overbevisninger, adfærdsmønstre og funktionsmønstre, de tre øverste niveauer i figur 2, side 7).

Hvis klinikere skal kunne arbejde effektivt på rehabilitering og forebyggelse af kronisk uarbejdsdygtighed, er det nødvendigt, at de viser opmærksomhed og forståelse for de emner, som vedrører disse niveauer, og at de integrerer dem i patientbehandlingen. For dem, som arbejder med behandlingsmodeller på de lavere niveauer, er der et presserende behov for at se opad, og omvendt skal de, der befinder sig på de øvre niveauer, fordomsfrit iagttage, hvad der sker på de nedre niveauer.

En gang i fremtiden vil den veluddannede behandler måske finde det naturligt at anvende og integrere behandlingsmæssige færdigheder fra samtlige niveauer. Lad os håbe, at vi – af hensyn til patienten foran os – er ved at nærme os en tilfredsstillende løsning, som er understøttet af biologisk rationalitet. Måske vil vi snart opleve, at forsvarsskranker brydes ned, og at rigid, tillukket tænkning lige så stille bliver umoderne?



REFERENCELISTE

- Butler D S 1998 Integrating pain awareness into physiotherapy - wise action for the future. I: Gifford L S (red.) Topical Issues in Pain 1 Whiplash science and management Fear-avoidance behaviour and beliefs CNS Press, Falmouth 1-23
- Cherkin D C, Deyo R A, Battie M et al 1998 A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. New England Journal of Medicine 339(15): 1021-1029
- Gifford L S 1997 Pain. I: Pitt-Brooke (red.) Rehabilitation of Movement: Theoretical bases of clinical practice Saunders, London 196-232
- Gifford L S 1998 Central mechanisms. I: Gifford L S (red.) Topical Issues in Pain 1 Whiplash - science and management Fear-avoidance beliefs and behaviour CNS Press, Falmouth 67-80
- Gifford L S 1998 The mature organism model. I: Gifford L S (red.) Topical Issues in Pain 1 Whiplash - science and management Fear-avoidance beliefs and behaviour CNS Press, Falmouth 45-56
- Gifford L S, Butler D S 1997 The integration of pain sciences into clinical practice. Hand Therapy 10(2): 86-95
- Iadarola M J, Lee S, Mannes A J 1997 Gene transfer approaches to pain control. I: Borsook D (red.) Molecular Neurobiology of Pain, Progress in Pain Research and Management, Bind 9 IASP Press, Seattle 337-359
- Julius D 1999 Expression cloning of sensory receptors. I: Max M (red.) Pain 1999 - An updated review, Refresher course syllabus IASP Press, Seattle 515-522
- Kandel E R, Schwartz J H, Jessell T M (red.) 1995 Essentials of neural science and behavior. Prentice Hall, London
- Linton S J 1998 The socioeconomic impact of chronic back pain: is anyone benefiting? Pain 75: 163-168
- McMahon S B, Bennett D L H, Koltzenburg M 1997 The biological effects of nerve growth factor on primary sensory neurons. I: Borsook D (red.) Molecular neurobiology of pain Progress in pain research and management, Bind 9 IASP Press, Seattle 59-78
- Mogil J S 1999 The Genetics of Pain. Abstracts: 9th World Congress on Pain, Vienna, Austria IASP Press, Seattle 259
- Rose S 1997 Lifelines. Biology, freedom, determinism. Penguin Books, London
- Shepherd G M 1994 Neurobiology. 3. udgave. Oxford University Press, New York
- Tanner K D, Gold M S, Reichling D B et al 1997 Transduction and excitability in nociceptors: Dynamic phenomena. I: Borsook D (red.) Molecular neurobiology of pain Progress in pain research and management, Bind 9 IASP Press, Seattle 79-105
- Watson P 2000 Psychosocial predictors of outcome from low back pain. I: Gifford L S (red.) Topical Issues in Pain 2 Biopsychosocial assessment and management Relationships and pain CNS Press, Falmouth 85-109
- Watson P, Kendall N 2000 Assessing psychosocial yellow flags. I: Gifford L S (red.) Topical Issues in Pain 2 Biopsychosocial assessment and management Relationships and pain CNS Press, Falmouth 111-129
- Woolf C J, Mannion R J, Costigan M 1999 Molecular approaches for the study of pain-differential gene expression. I: Max M (red.) Pain 1999 - An updated review, Refresher course syllabus IASP Press, Seattle 509-514
- Bearbejdet fra: Devor et al 1994 Sodium ion channel accumulation in injured axons as a substrate for neuropathic pain. I: Touch Temperature, and Pain in Health and Disease: Mechanisms and Assessments. Progress in Pain research and Management. Bind 3. Boivie, P, Hansson, P, Lindblom, U. (red). IASP Press, Seattle.*





Fysioterapeut Karen Søndergaard har i et par år haft en aftale med virksomheden Birns Jernstøberi i Holstebro

Et marked i vækst

indgang Der findes ingen officielle tal på, hvor mange danskere, der via deres arbejdsplads har adgang til sundhedsordninger med for eksempel sundhedstjek, behandling og tilbud om motion. Lige så lidt ved man, hvor mange fysioterapeuter, der er beskæftiget på området, men helt sikkert er det, at markedet er voksende og rummer et stort potentiale for fysioterapeuter.

(SUNDHED) Etablering af sundhedsordninger på arbejdspladser er et marked med potentiale for fysioterapeuter. Mange fysioterapeuter er allerede i gang – nogle arbejder alene, mens andre er engageret som leverandører til større landsdækkende koncepter

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO BIGITTE RØDKJÆR

Sundhedsfremme via arbejdspladsen er in. Det ses i udbredelsen af diverse sundhedsordninger, der bliver tilbudt medarbejdere i både små og store, offentlige og privat virksomheder. I dag er sundhedsordninger af forskellig art det mest udbredte personalegode næst efter pension. Et egentligt tal på, hvor mange danskere, der på deres arbejds-

plads er omfattet af en eller anden form for sundhedsordning findes ikke, men det er mange, og tallet stiger konstant.

For arbejdsgiverne handler investering i medarbejdernes sundhed om at kunne tiltrække og fastholde gode medarbejdere. Sundhedsordningerne er et frynsegode på linje med arbejdsgiverbetalt frokost, fri telefon osv. Men arbejdsgiverne har ellers en forventning om, at sunde medarbejdere er mindre syge.

Om de har noget at have den forventning i, ved man dog langt fra nok om, mener sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, DSI.

”Der er overhovedet ikke dokumentation for, at noget af det skulle virke, men dermed selvfølgelig ikke sagt, at det ikke virker. Der findes enkelte casestudies, men ikke tilstrækkeligt omfattende, randomiserede undersøgelser. Det er jo nogle meget marginale indgreb, hvor det er meget svært at

dokumentere en effekt", forklarer Jakob Kjellberg.

Den manglende dokumentation hænger dog også sammen med aktørerne på markedet, mener han.

"Hvis det var lægerne, der havde sat sig på det her marked, skulle de nok få det dokumenteret, men for eksempel fysioterapeuter er ikke specielt flittige til at dokumentere", mener han.

EN SYGEDAG MINDRE

En undersøgelse i Ledernes Hovedorganisation viser, at virksomheder med fokus på sundhed i gennemsnit har en sygedag mindre om året pr. medarbejder. Undersøgelsens design ville næppe have fundet nåde for Jakob Kjellbergs øjne, men hos Lederne er man ikke desto mindre så sikre på resultaterne, at miljøkonsulent Hans Hjerrild i juli udtalte til foreningens månedsmagasin, at ordningerne er et stort potentiale i forhold til nedbringelse af sygefraværet.

Og der er da også noget at arbejde med, i og med at de samlede sygefravær på det danske arbejdsmarked svarer til, at 140.000 fuldtidsansatte medarbejdere konstant er væk fra jobbet.

Alene Falck Healthcare, der er landets største udbyder på markedet har aftaler med 147 virksomheder med i alt 26.000 medarbejdere.

Men Falck er langt fra den eneste spiller på banen. Her er også både mindre, landsdækkende og helt små, lokale initiativer. Og nye kommer til hele tiden.

Ikke mindst fysioterapeuter har fået øjnene op for det voksende marked og indgår på forskellig måde i en stor del af de mange ordninger. Lige fra det landsdækkende Work4Health, der er ejet af bl.a. 48 fysioterapiklinikker til de mange enkeltmands firmaer rundt omkring, der supplerer en indtægt som praktiserende med aftaler med en eller flere virksomheder.

Fysioterapeut Karen Søndergaard er en af de helt små.

Hun er praktiserende fysioterapeut, men har ved siden af i et par år tid haft en aftale med virksomheden Valdemar Birns Jernstøberi i Holstebro. Aftalen kom oprindeligt i gang som led i et projekt betalt af kommunen, hvor man på to udvalgte arbejdspladser ville forsøge at knække kurven med udgifter til sygedagpenge. Karen Søndergaard havde i projektperioden orlov fra klinikken, men da projektet sluttede efter et år, valgte man hos Birns at fortsætte samarbejdet og udvide det fra en enkelt afdeling til alle virksomhedens afdelinger med i alt 600 ansatte.

“ Hvis det var lægerne, der havde sat sig på det her marked, skulle de nok få det dokumenteret. ”

Karen Søndergaard er ansat på freelancevilkår til timebetaling og går afdelingerne igennem en efter en. Hun starter i afdelingerne med et fælles introduktionsmøde og taler herefter alene med de medarbejdere, der har tilmeldt sig.

"Vi taler både om fysiske og psykiske gener og andre ting, der påvirker deres dagligdag, og derefter deltager de i et kursus på 5-8 lektioner, hvor de rådgives, undervises i selvbehandling og -træning", forklarer Karen Søndergaard.

rer Karen Søndergaard.

Hun gennemgår også sammen med medarbejderen den enkelte arbejdsplads, men understreger, at det er menneskene hun koncentrerer sig om, ikke maskinerne.

"Jeg kommer ikke med direktiverne i hånden og tjekker indstilling af for eksempel bordhøjde og lys, men hvis fru Jensen klager over, at hun altid får så ondt i fødderne, så finder vi sammen måske ud af, at hun skal have en måtte eller nogle specielle såler. De større hjælpemidler må BST tage sig af", siger Karen Søndergaard, der dog har udvirket indkøbet af en ny truck.

Ifølge aftalen med Birns er der alene tale om det, Karen Søndergaard kalder en "grovscreening" af medarbejderne, og hun lægger ikke hånd på overhovedet.

Dén del kunne dog være kommet med i en udvalgt af tilbuddet, hvis ellers medarbejderne ved ►

- de sidste overenskomstforhandlinger var gået med til, at de skulle være medfinansierende. Men det ville man ikke: Hvis virksomheden ville have sundere medarbejdere, måtte den selv betale, mente man. "Og man kan jo også få så meget andet for de 25 øre i timen, eller 200 kroner på et år, som det drejede sig om", som personalechef Claus Andersen udtrykker det.

FAGLIGT ER DET SPÆNDENDE

Hvordan de forskellige ordninger finansieres er lige så varierende, som hvad der indgår i dem.

Jeppe Thorsager fra Horsens er endnu et eksempel på et enkeltmands-firma. Ved siden af sin praksis arbejder han blandt andet en dag om ugen i en virksomhed, der fremstiller maskiner til den grafiske branche. Her yder han ergonomisk rådgivning og tilbyder behandling på den medbragte briks, hvis det er det, der er brug for.

Som indehaver af en nyetableret klinik uden ydernummer var det i første omgang behovet for flere penge i kassen, der drev Jeppe Thorsager ud på markedet for sundhedsordninger, men det er ikke et marked, han har lyst til at forlade igen.

"Rent fagligt er det spændende. Mange af de ting, vi behandler folk for på klinikkerne stammer jo fra problematikker på deres arbejdsplads", forklarer Jeppe Thorsager, der arbejder på at få aftaler med flere virksomheder og selv mener, han kan matche for eksempel Falck Healthcares tilbud, selvom han ikke kan slå sig op på tværfaglighed.

"Jeg tror, jeg er mere fleksibel. Jeg tilbyder ikke et koncept, der er udskåret på én måde, men kan gå i dialog med virksomhederne om, hvad det er, de har brug for".

Fleksibiliteten viser sig blandt andet i den måde finansieringen af tilbudet til medarbejderne er skruet sammen på. I den ene virksomhed er Jeppe Thorsager sikret en omsætningsgaranti, men i det omfang medarbejderne benytter sig af hans ydelser, skal de selv betale. Til gengæld kan behandlingen foregå i arbejdstiden. I et andet tilfælde

aflønnes han af firmaets idrætsforening, mens medarbejderne så må finde tid til at opsøge ham uden for arbejdstiden.

Jeppe Thorsager vil gerne have flere virksomhedskunder, men vurderer, at klinikken ikke kan holde til, at han er væk mere end en dag om ugen. Så griber det andet om sig, må han ansætte en fysioterapeut mere.

"Og det er jo et stort skridt at ansætte nummer to – det var noget andet, hvis man var 10 i forvejen og bare skulle ansætte nummer 11", forklarer han.

MØDER KLOKKEN 6

Den hurdle er Marianne Hansen kommet over. Hun er indehaver af Fysioteam, der tilbyder virksomhedsordninger på Fyn og i trekantsområdet.

Fysioteam består af fem fysioterapeuter, men samarbejder med zoneterapeuter, massører, kiropraktorer og misbrugsrådgivere alt efter virksomhedernes ønsker og behov. I ordningerne indgår blandt andet ergonomisk rådgivning, behandling og træningsvejledning.

Også her er et nøgleord fleksibilitet, forklarer Marianne Hansen. På en af virksomhederne møder terapeuten fra Fysioteam for eksempel klokken 6 om morgenen for at også nattevagten kan få glæde af ordningen.

Terapeuterne i Fysioteam er blevet kontaktet af både Falck Healthcare og Work4Health, der begge er landsdækkende, men de har alle den holdning, at det er sjovere at være en del af en lille virksomhed.

"Vi vil hellere bevare indflydelsen. Jeg vil for eksempel blive ved med at kunne behandle i en halv time ad gangen og ikke give behandlinger af 20 minutters varighed, som man gør hos Falck", siger Marianne Hansen.

RED MED PÅ IT-BØLGEN

Lidt større endnu, målt på antallet af tilknyttede fysioterapeuter, er firmaet Making Sense, ejet af fysioterapeut Thomas Höfelsauer.

Grunden blev lagt, da Thomas Höfelsauer og en medstuderende i løbet af uddannelsens 3. semester fandt på at tilbyde massage til virksomheder.

“Man kan jo også få så meget andet for de 25 øre i timen”

Det er der mange andre studerende, der gør, men de færreste bliver hængende.

Men det gjorde Thomas Höfelsauer, og bixen er siden vokset til et koncept med tilbud om behandling, ergonomisk rådgivning og undervisning. Behandlingen foregår enten på selve virksomheden eller i klinikken i Scala i Købehavn, som Thomas Höfelsauer har ejet siden han blev færdiguddannet i 1999.

Fra starten og til nu har konceptet ændret sig meget – er først vokset, for så siden at skrumpes ind igen.

”Da vi startede, handlede det mest om massage og arbejdspladsindretning, men ikke ret meget om fysioterapi. De fysioterapeuter, vi forsøgte at ansætte, mistede hurtigt interessen, fordi de ikke var interesserede i at massere hele tiden. Men samtidig var vi ikke interesserede i at tage massører ind i stedet for, fordi vi det var vigtigt for os at bevare forbindelsen til arbejdspladsindretningerne. En massør ville ikke på samme måde som en fysioterapeut kunne vurdere, om skaderne var arbejdspladsrelaterede”, forklarer Thomas Höfelsauer.

I stedet begyndte firmaet efterhånden at stille krav til virksomhederne og sige nej til dem, der kun var interesserede i massage og fik på den måde vendt konceptet i retning af mere og mere fysioterapi. Undervejs forsøgte Making Sense sig desuden med at åbne flere klinikker i forbindelse med fitnesscentre, men lukkede dem igen uden at være blevet andet end erfaringen rigere.

Når det gik forholdsvis let med at få virksomhedsordningerne solgt fra begyndelsen, skyldtes det timingen med et boom i IT-branchen, fortæller Thomas Höfelsauer. Pengene sad løst, og medarbejderne skulle have det godt.

”For eksempel var vi i en virksomhed med 350 medarbejdere seks dage om ugen. Her kunne der sidde to mennesker på et af vores kurser til 10.000 kroner, uden at det blev opfattet som et problem. Det er ikke noget under, at den kultur brød sammen”.

Det omtalte firma er stadig blandt Making Sense's kunder, men er skrumpet til 70 ansatte og har indskrænket sit engagement med fysioterapeuten til 4 timer om ugen. ►

YDELSEN SKAL KVALITETSUDVIKLES

Med den stadig større del af medlemsskaren, der er engageret i sundhedsordninger, er det også blevet noget, Danske Fysioterapeuter må forholde sig til.

Hovedbestyrelsen har behandlet emnet flere gange. Senest på mødet i september, hvor man blandt andet diskuterede de mere og mere flydende grænser mellem sygebehandling og sundhedsfremme, der er en uundgåelig følge af, at behandling rykker ud på virksomhederne.

Ydelserne skal kvalitetsudvikles, lyder holdningen i hovedbestyrelsen, og det blev derfor besluttet, at der skal udbydes kurser, der kan opkvalificere fysioterapeuterne både fagligt og forretningsmæssigt.

På et møde i DF den 25. november er alle fysioterapeuter med interesse for markedet inviteret til dels at høre DF's politiske holdning til markedsudviklingen dels at komme med input til foreningen i form af kritik, ideer og forslag (se annonce side 22).

Også på de praktiserendes årsmøde i september blev emnet vendt. Her skitserede projektkonsulent i DF, Esben Riis, blandt andet, hvordan han ser på de praktiserende fysioterapeuters muligheder på markedet i forhold til organisering og kompetencer. Fysioterapeuternes stærke sider er, at de har brede sundhedsfaglige kompetencer er gode til helhedsvurderinger og behovsudredninger, og at de har et landsdækkende netværk af klinikker, sagde Esben Riis blandt andet.

Han fremhævede også det potentiale, der ligger i de praktiserendes erfaringer som selvstændige erhvervsdrivende, men tilføje, at de på minussiden er præget af en lønmodtagermentalitet på grund af forholdet til sygesikringen.

Af andre svage sider nævnte Esben Riis blandt andet en manglende kultur for tværfaglighed og travlhed med kerneydelser.

”De dygtigste er optaget af driften af klinikken, mens det så er op til de uerfarne at indvinde nyt land”, som han sagde.

Anders Bengtsson, der er indlejer på en klinik i Fensmark, har på en ventilationsfabrik med 400 medarbejdere indrettet en klinik med to brikse. Her tilbyder han bløddelsbehandling, lette øvelser og varme pakninger, men ingen manipulationsbehandlinger, el-terapi osv. Medarbejderne flexer ud, når de får behandling og betaler desuden selv en del af beløbet, men ikke desto mindre er ventetiden på behandling fra 1. september vokset til to måneder, og Anders Bengtsson har måttet udvide sit engagement på virksomheden fra én til to dage om ugen.

fakta



Det vides ikke, hvor mange danskere, der på deres arbejdsplads har adgang til en sundhedsordning, som her Svend Nordenkjær fra Birns Jernstøberi i Holstebro.

► BACK TO BASICS

"For os kom det så til at handle om, at enten gik vi ned med IT-branchen eller også skulle vi finde nye områder", fortæller Thomas Höfelsauer.

Det lykkedes, og i samarbejde med Center for Sunde Arbejdspladser har Making Sense blandt fået en fod inden for i en verden så langt fra IT-branchen som overhovedet muligt – nemlig Amagerforbrændingen.

"Her er der jo et seriøst behov. Der går folk rundt, der har haft 3-4 prolapser, og som andre steder ville have været sygemeldt resten af

livet. De kan komme ind med metalsplinter i knæet og være i gang med at arbejde et øjeblik efter, når de var blevet plastret sammen igen", fortæller Thomas Höfelsauer.

Projektet har været en stor succes, og Making Sense er efter projektets afslutning fortsat på virksomheden, men har også lært noget om deres eget forretningsområde.

"På et tidspunkt havde vi ambitioner om at blive en landsdækkende full service leverandør med store forkromede projekter, men den holder ikke. Helleri lade dem, der har forstand på projektstyring, stå for dét – som for eksempel Center for Sunde arbejdspladser eller de velfungerende BST'er", siger Thomas Höfelsauer.

Spørger man ham, hvordan Making Sense skal udvikle sig, lyder svaret derfor i retning af "Back to basics", og det er også det råd, han vil give andre iværksættere: "Man skal kende sine begrænsninger og finde samarbejdspartnere til det, der ikke er ens eget kerneområde". ■

“Da vi startede, handlede det mest om massage og arbejdspladsinretning, men ikke ret meget om fysioterapi.”

Fysioterapeuter er nøglepersoner

(LANDSDÆKKENDE) Work4Health tilbyder sundhedsordninger med et tværfagligt indhold, men med fysioterapeuten som nøgleperson. Hos Fysiowork er centrum også fysioterapien, men indsnævret til fysioterapeuter med McKenzie credential eksamen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Der er langt op til den største udbyder på markedet for sundhedsordninger, Falck Healthcare, men Work4Health er blandt de store.

Firmaet har hovedsæde i Viborg, men samarbejder med - og er ejet af - fysioterapeuter fra hele landet foruden læger, psykologer og socialrådgivere.

I Work4Healths koncept spiller fysioterapeuten en helt central rolle både i undersøgelsesfasen, der skal afdække firmaets behov og i den efterfølgende handlingsfase, forklarer selskabets direktør, Henrik Hansen.

"Konceptet er tværfagligt alt efter virksomhedens behov - jo mere helbred, jo mere læge. Men udgangspunktet er fysioterapeuten, som er den bedste til i undersøgelsen at komme hele vejen rundt om en problematik og til at tage udgangspunkt i patientens egne ressourcer", siger han.

Firmaet opererer med en undersøgelsesfase, og en handlingsfase, og også i handlingsfasen er det ofte fysioterapeuten, der er den centrale person, hvis virksomhedens behov for eksempel viser sig at være, at medarbejderne motiveres til bevægelse. Og det gør det tit. Filosofien i Work4Health er, at den eneste, der kan tage ansvaret for medarbejderens sundhed, er medarbejderen selv.

"Vi leverer kun behandling i meget begrænset omfang. Folk skal aktiveres selv og i mindre omfang have passiv behandling. Her er ikke noget med at lægge sig på briksen og blive nusset", forklarer Henrik Hansen.

SAMARBEJDER IKKE MED ALTERNATIVE

Afhængigt af behovet indgår psykologer, læger og socialrådgivere i ordningerne, ligesom der er et tæt samarbejde med diætister. Til gengæld har Work4Health hverken tilknyttet zoneterapeuter eller massører. Hvis virksomheden vil kunne tilbyde medarbejderne massage, må den selv stå for det.

Henrik Hansen afviser således at lukke alternative behandlere ind i varmen, selvom for eksempel Falck Healthcare tilsyneladende har stor succes med at kunne tilbyde en pakke med både massør og zoneterapeut foruden kiropraktor og fysioterapeut.

"Jeg har talt med virksomheder, der mener, at de har en sundhedsordning, fordi der kommer en massør forbi en gang om ugen. Men det har jo intet med en sundhedsordning at gøre. Der er ingen målsætning for, hvad man vil opnå og ingen plan for, hvordan man gør det. Så spørger jeg dem, om de tilsvarende ville gå til en uautoriseret forhandler og købe for eksempel et stykke uafprøvet informationsteknologi. Jeg tror, vi vil skyde os selv i foden, hvis vi ikke holder fast i den faglige fane. Men samtidig afviser jeg ikke, at der kan ske en bevægelse fra det alternative til det autoriserede. Det er ved at ske for akupunktur, og det kan ske for zoneterapi, og så ser vi selvfølgelig på det igen", siger han.

"Vi vil derimod gerne udvide netværket med andre autoriserede faggrupper, for eksempel kiropraktorer, men det vil fortsat være fysioterapeuten, der er nøglepersonen og den første person, man møder", forklarer Henrik Hansen.

IKKE VANT TIL AT FORHANDLE PRISER

Det er meget op til den enkelte fysioterapeut, hvilken rolle man vil spille i forhold til Work4Health. Langt de fleste tilknyttede fysioterapeuter er praktiserende og medejere af firmaet, men ingen af delene er et krav. Nogle fysioterapeuter fungerer kun som lokale leverandører til ordninger skruet sammen af Work4Healths centrale ledelse, mens andre selv skaber grundlaget for opgaven og står som projektledere.

Tre firmaer skiller sig ud som landsdækkende i mængden af udbydere af sundhedsordninger med fysioterapeutisk indhold: Falck Healthcare, Work4Health og Fysiowork.

Falck Healthcare markedsfører sig på et tværfagligt koncept med zoneterapeuter, massører og kiropraktorer foruden fysioterapeuter. Work4Health er kendetegnet ved kun at samarbejde med autoriserede behandlergrupper, mens Fysiowork slår på det monofaglige.

Fysioterapeuten nr. 5/03 beskrev Falck Healthcares koncept. Denne artikel beskæftiger sig med de to andre.

indgang

- Men for de fleste lokale leverandører gælder, at man lader centralen i Viborg forhandle prisen.

"Fysioterapeuter er ikke vant til at forhandle priser. Man står normalt ikke i klinikken og drøfter med patienten, om behandlingen skal koste det ene eller det andet", siger Henrik Hansen.

Han vurderer i det hele taget, at praktiserende fysioterapeuters tilknytning til sygesikringssystemet, der sikrer dem kunder i butikken og en vis indtjening, i denne sammenhæng kan være en hæmsko.

"Jeg tror, det er her fysioterapeuternes største uddannelsesmæssige udfordring ligger: Man skal lære at være mere udadvendt i stedet for kun at være orienteret mod lægerne. Det er et nyt marked, og jeg er hundrede procent sikker på, at det er voksende – vi har kun set den allerøverste top af isbjerget. Men fysioterapeuterne bestemmer selv, om de vil være aktive på det. Kunderne kommer ikke sejlende af sig selv. Hvis ikke man er om sig, er der andre faggrupper, der render med kunderne."

FYSIOTERAPEUTERNE og de nye markeder

Åbent møde for selvstændige uden overenskomst
tirsdag den 25. november 2003, kl. 15-17
i Danske Fysioterapeuter (lokale 09).

Virksomhedsordninger er blevet interesseområde for fysioterapeutisk entreprenørvirksomhed, og nye klinikker tilbyder sig. Hvilke muligheder er der på dette vækstområde, og hvad kan DF gøre for at understøtte udviklingen? Hvordan er DF's politiske holdning til markedsudviklingen og de entreprenante kolleger? Hvad ønsker medlemmerne af DF? Erfaringsudveksling, kritik, idéer og forslag. Foruden formanden vil nogle af sekretariatets ansatte være til stede.

Alle medlemmer af DF, der har startet eller er i konkret overvejelse om at starte selvstændig virksomhed som fysioterapeut, behandler eller konsulent kan deltage.

Af hensyn til det praktiske skal vi bede om tilmelding senest den 24. november kl. 15.00, til Birgit Jacobsen på 3313 8211 lokal 343 eller bsj@fysio.dk

Henrik Hansen mener, at sundhedsordninger på virksomhederne er kommet for at blive.

"Men vi er gået fra at have næsten 100 procent fokus på private virksomheder til i høj grad også at fokusere på kommunerne, og det er lige før, det er dér, vi nu lægger de fleste kræfter. Kommunerne ser mere på sygefraværet og har været hurtigere til at træffe beslutning om at gøre noget end mange private virksomheder, der vender og drejer det hele en ekstra gang. De private er mere konjunkturfølsomme og vægter resultatet på bundlinjen højest. Men mit indtryk er, at man også i de private virksomheder er nået til beslutningsfasen nu, så for markedets aktører handler det om at få positioneret sig".

KUN MCKENZIE TERAPEUTER

At positionere sig er også noget, man taler om i Fysiowork, der ligeledes er landsdækkende, og hvis ydelser er centreret omkring indretning, etablering og drift af fitnesscentre og klinikker på virksomhederne samt udarbejdelse af sundhedsprofiler.

I alt 15 fysioterapeuter er tilknyttet virksomheden, der er ejet af Uffe Lindstrøm og Jan Heinrich.

Fysiowork adskiller sig fra lignende virksomheder ved stort set kun at samarbejde med terapeuter med McKenzie credential eksamen forklarer Uffe Lindstrøm, der selv er formand for DF's faggruppe McKenzie Institut Danmark.

"Det er klart, at indgår vi en aftale med en virksomhed, der udelukkende ønsker etablering og drift af et fitnesscenter, er det i højere grad en fysioterapeut med træningskompetencer, der er brug for, men i hovedparten af vores engagementer ser vi en stor fordel i, at forebyggelse, træning og behandling er gennemsyret af den samme tankegang om, at patienten med vejledning fra terapeuten kan behandle sig selv".

Markedsføringsmæssigt giver det ingen mening at tale om McKenzie og credential, men Uffe Lindstrøm fortæller, at det appellerer til mange kunder, at der er en stor involvering af den enkelte medarbejder.

"Man kan ikke behandle sig ud af et problem. Grundlæggende handler det om medarbejderens egen opfattelse af sin egen sundhed og opfattelse af, hvor meget indflydelse medarbejderen selv har på den. Det er det, vi måler på, og kan vi påvirke de to helt afgørende parametre, sker der også noget dér, hvor det betyder noget for virksomheden – nemlig på bundlinjen", mener Uffe Lindstrøm. ■

Væk med grænseaftalerne

(FAGGRÆNSER) ■ Den ældste grænseaftale er 18 år gammel. Den blev indgået mellem Danske Fysioterapeuter og Den Almindelige Danske Jordemoderforening i 1985. Dengang var ærindet blandt andet at afgrænse fysioterapeuters og jordemødres opgaver på sygehusene i forhold til de gravide. Men siden da har fysioterapeuterne stort set sluppet de gravide kvinder, og det er mere end sjældent, at der har været brug for at finde aftalen frem. Så vurderingen hos Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse er, at tiden er kommet til at ophæve grænseaftalerne, såvel med jordemødrene som med afspændingspædagoger og ergoterapeuter, da aftalerne er ude af trit med tiden. Dels har alle fagene i dag status af professionsbachelor og er dermed reguleret af love og bekendtgørelser. Dels har opfattelsen af, hvilke opgaver de forskellige professioner skal beskæftige sig med, ændret sig. I midten af 90'erne var det god latin i DF, at fysioterapeuter tog sig af de syge, mens eksempelvis afspændingspædagogerne tog sig af de raske. I dag bruger fysioterapeuter stadig flere kræfter på at forebygge og lære almindelige danskere sunde motionsvaner. Så væk med grænse- og samarbejdsaftalerne, konkluderede hovedbestyrelsen. Selvfølgelig under forudsætning af, at de andre organisationer har samme opfattelse, og at der heller ikke er indsigelse fra de faggrupper, fagfora og fraktioner, der kan være omfattet af aftalerne.

Fokus på fysioterapeuters arbejdsmiljø

(UNDERSØGELSE) ■ 540.000 kroner. Så mange penge har Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse besluttet at bruge på en stor undersøgelse af fysioterapeuters arbejdsmiljø. Det bliver Center for Alternativ Samfundsanalyse, CASA, der kommer til at foretage undersøgelsen. Den skal omfatte såvel det fysiske-, og psykiske- som det sociale arbejdsmiljø og vil være færdig i efteråret 2004. Undersøgelsen vil dels have en kvantitativ del, hvor omkring 800 fysioterapeuter bliver bedt om at udfylde et spørgeskema, dels indeholde en kvalitativ del, hvor en fokusgruppe på 15 personer får mulighed for at udbygge svarene. Det er 11 år siden, Danske Fysioterapeuter sidst lavede en undersøgelse af fysioterapeuters arbejdsmiljø. Den nye undersøgelse skal dels give DF en oversigt over fysioterapeuters arbejdsforhold, dels give et bedre grundlag for at prioritere indsatsen på arbejdsmiljøområdet.

Fortsat professionel udvikling

(LÆRING) ■ Inspirationen kommer fra England. Her har man sat læringen på arbejdspladserne i system og døbt begrebet CPD, continued professional development. Meget kort fortalt betyder det, at de engelske fysioterapeuter

skal indstille sig på løbende at gøre rede for det faglige udviklingsforløb, de har fulgt efter grunduddannelsen. En lignende ordning bør gælde herhjemme, mener DF's hovedbestyrelse. Derfor skal der sættes en kampagne i værk om læring på arbejdspladserne med fokus på fortsat professionel udvikling. Hvordan opgaven skal gribes an, hvad planerne skal indeholde, hvilke faglige minimumskrav der skal stilles, og hvornår ordningen skal gælde, er nogle af de mange spørgsmål, der skal tages stilling til, inden ordningen kan træde i kraft. "Det er 5-6 år siden, den daværende medicinaldirektør, Eiler Kragh, udtalte, at sundhedsprofessionelle i fremtiden må indstille sig på jævnligt at gøre rede for, hvordan de udvikler de faglige kompetencer," sagde næstformand Brian Errebo-Jensen på hovedbestyrelsens møde. Hovedbestyrelsen skal senere tage stilling til, hvordan ordningen skal fungere.

Flere gratis kurser i praksiscertifikatet

(KURSUS) ■ Praksisfondens bestyrelse har netop bevilget støtte til endnu 27 enkeltkurser i praksiscertifikatet. Det betyder, at der kan afholdes otte kurser med hvert af modulerne 1, 2+3 og 6 samt tre kursusdage med modul 4+5. Kurserne bliver afholdt i foråret 2004.

Så snart planlægningen er færdig, vil kurserne blive annonceret i Fysioterapeuten og på Fysio.dk. Kurserne er åbne for alle fysioterapeuter, der er tilsluttet sygesikringsoverenskomsten. De ca. 150 fysioterapeuter, der er i gang med at tage certifikatet, men mangler et eller to kursusmoduler, har nu chancen for at gøre det færdigt, og næsten 200 nye får mulighed for at starte på certifikatet.

Læs mere om certifikatet på www.fysio.dk - klik ind på praksis/privat.

Forskning
i Fysioterapi
www.ffy.dk

an ■ meldelse

Lige hvad vi mangler

(ANMELDELSE) ■ "Målemetoder i fysioterapi" falder på et tørt sted! Kvantitative målemetoder anvendes i stigende grad af fysioterapeuter, men bruger vi dem godt nok?

Vi vurderer, om patienterne skal have behandling, hvilken form for behandling de skal have, og vi evaluerer hele tiden effekten af den givne behandling. "Målemetoder i fysioterapi" er en hjælp til at vurdere kvaliteten af de målemetoder, vi anvender i fysioterapi. Bogen giver ikke forslag til, hvilke målemetoder der kan bruges, men er en god teoribog til vurdering af målemetoder.

Valg af behandlingsform er et omdrejningspunkt i fysioterapi, men hvordan ved vi, at behandlingsformen er korrekt? Til vurdering af effekten af fysioterapi kan en målemetode benyttes, men en dårlig målemetode er lige så lidt værd som ingen målemetode – eller i værste fald værre! For med en dårlig målemetode kan man forledes til at tro, at et område er belyst, men hvis resultaterne er behæftet med fejl, eller måske misvisende, kan en dårlig målemetode medføre fejlbehandling. Valg og vurdering af målemetoder er derfor lige så vigtigt som valg af behandlingsform.

Fysioterapi er et håndværk, og kvantitativ målemetode kan aldrig erstatte den fysioterapeutiske undersøgelse, men skal faget bevæge sig i retning af at være et evidensbaseret håndværk skal den fysioterapeutiske vurdering kunne understøttes af en målemetode. Målemetoder, som bogen beskriver, er et supplement til (og bør være en del af) den fysioterapeutiske vurdering.

Centrale begreber som reliabilitet og validitet forklares indgående på dansk og med eksempler fra fysioterapeutisk praksis. Dermed bliver teorien letforståelig, vedkommende og anvendelig. Som opslagsbog giver de mange faktabokse et godt overblik over begreberne bag kvantitative målemetoder. Et konkret problem med et begreb kan derfor hurtigt belyses gennem et opslag og gennemlæsning af en faktaboks.

Til erfarne fysioterapeuter er bogen et redskab til at vurdere egne test – noget, vi vist alle bør gøre en gang imellem. Til fysioterapeutstuderende er bogen en nødvendig grundbog i kvantitativ metode og bør indgå som pensum på alle fysioterapeutske skoler.

Kvantitative målemetoder er bogens omdrejningsfelt, og de kvalitative metoder omtales ikke. En af bogens stærke sider er, at den koncentrerer sig om dette felt og ikke blander tingene sammen, men titlen burde referere til, at det altså alene er de kvantitative metoder, der beskrives. Til næste oplag bør titlen ændres til "Kvantitative målemetoder i fysioterapi"!

"Målemetoder i fysioterapi" bør være en grundbog for alle fysioterapeuter med interesse for udvikling af klinisk praksis. Den er uundværlig til de første forskningsprojekter af kvantitativ art og for fysioterapeutstuderende. Læs den!

Anmeldt af fysioterapeut cand. scient. san. Thomas Maribo

Nina Beyer og Peter Magnusson, "Målemetoder i fysioterapi", Munksgaard, 2003, 109 sider, 128 kroner, ISBN 87-228-0406-5

ny ■ litteratur



(LEDELSE) ■ "Ledelse i Sygehusvæsenet" giver en forskningsbaseret belysning af ledelsesbetingelser og ledelsesarbejde inden for dagens sygehusvæsen og dermed et bud på lederes handlerum og ledelsesarbejdes konsekvenser. Bogens kapitler afdækker vidt forskellige ledelsesverdener: ledelse i storbyområder og i tyndt befolkede amter, ledelse på sygehus-, center- og afdelingsniveau, "usynlig" ledelse via infrastruktur og "distanceledelse" via regulering og evaluering.

FINN BORUM. "Ledelse i sygehusvæsenet". Handelshøjskolen forlag. ISBN 87-629-0226-1 264 sider. Kr. 385.



(DEPRESSION) ■ "Beretninger om depression" er otte personlige historier. Uden hverken tør lægevidenskab eller selvmedlidenhed. Overskuddet går til depressionsforeningen.

JAN ANDREASEN, ANNE LOUISE STEVNHØJ. "Beretninger om depression". Gads Forlag. ISBN 87-12-04067-3 136 sider. Kr. 99.



(HJERNESKADE) ■ 2. udgave af "Ergoterapi og hjerneskade" bygger forsat på den russiske neuropsykolog A.R. Lurias forståelse af hjernens funktionelle organisering, der har betydning for menneskets muligheder for at opfatte og handle i forhold til sig selv og sine omgivelser (de kognitive processer). Bogen beskriver, hvilke konsekvenser det kan få, når et eller flere af de funktionelle områder i hjernen skades.

HANNE KAAE KRISTENSEN, GRETHE EGMONT NIELSEN. "ergoterapi og hjerneskade". Fadl's Forlag. ISBN 87-7749-392-3 293 sider. 2. udgave 1. oplag. Kr. 340.



(FÆLLES SPROG) ■ Hvordan oplever ældre mennesker kvaliteten i hjemmehjælpen, når hjælpen er organiseret efter en standard, "Fælles sprog". Kan "Fælles sprog" som arbejdsredskab og organisationsform hjælpe til at nå den målsætning med hjemmehjælpen, som ifølge lovgivningen er at tilbyde individuel tilpasset hjælp til brugerne? Det er et af de mange spørgsmål, som gøres til genstand for kritisk diskussion og analyse i denne bog.

LONE PETERSEN, MARIANNE SCHMIDT. "Projekt fælles sprog". Akademisk Forlag. ISBN 87-500-3777-3 184 sider. Kr. 225.



(DIABETES-2) ■ Det anslås, at der er mellem 100.000 og 150.000 danskere med konstateret type 2-diabetes, og at lige så mange har type 2-diabetes uden at vide det. På den baggrund har Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering gennemført en MTV af diagnostik, screening og behandling af type 2-diabetes.

"TYPE 2-DIABETES". Sundhedsstyrelsen. ISBN 87-91361-38-9 397 sider. Kr. 150.

POWER LASER

-et effektivt værktøj i klinikken

POWER LASER

- 5 terapi-PROGRAMMER
- 500 mW
- ergonomisk
- gedigent DESIGN
- TRÅDLØS, batteridrevet
- uafhængig
- gennemprøvet
- med 2 års GARANTI
- informativ PATIENTFOLDER
inkluderet ved køb - 2 års forbrug
- RÅDGIVNING
- SUPPORT
- 21 års erfaring
- Terapimanual
- Instruktionsvideo
- GRATIS hotline til fysioterapeut

Afprøv
POWER LASER
gratis i 3 uger

LASERTERAPI = evidensbaseret fysioterapi

Som fysioterapeut har du følgende FORDELE ved at anvende laserterapi:

- hurtig og effektiv smertelindring
- effektivt supplement til øvrig behandling
- kortere behandlingsforløb
- større patienttilfredshed
- fysisk aflastning som behandler

GRATIS SPECIALKURSER - laserterapi for fysioterapeuter

- i samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted

København: 14. november 2003 kl. 17.30-21.00

Aalborg: 18. november 2003 kl. 17.30-21.00

Næstved: 2. december 2003 kl. 17.30-21.00

Se andre kursusdatoer på www.andi.dk

EVIDENS

Den Norske Sundhedsstyrelse godkendte i juli 2001 laserterapi som tilskudsberettiget. Godkendelsen er baseret på en meta-analyse af hundredvis af valide og signifikante videnskabelige undersøgelser om laserterapi.

Den amerikanske godkendelsesmyndighed FDA godkendte i januar 2002 det første laserterapi-apparat til behandling af Carpal Tunnel Syndrome.

Godkendelsen er baseret på en dobbeltblind undersøgelse af adskillige hundrede arbejdere på General Motors fabrikkerne. Siden har FDA godkendt 8-10 andre laserterapi-apparater, bl. a. en model fra ANDI ELECTROMEDICAL.

Læs mere på www.andi.dk.

ANDI ELECTROMEDICAL har udviklet og produceret laserterapiudstyr siden 1982.

MØD OS PÅ
Fagfestival 2003

20.-22. november 2003 i Odense

Laser Workshop HVER DAG på
vores stand.

ANDI ELECTROMEDICAL

Kanalstræde 2 · DK-4300 Holbæk · Tel. +45 59 44 08 32

Fax +45 59 44 29 11 · info@andi.dk

www.andi.dk

Sidste chance for KTO

(OVERENSKOMST) Danske Fysioterapeuter kan være på vej ud af KTO. Hvis ikke de sundhedsfaglige organisationer får lov at spille en mere fremtrædende rolle, vælger Sundhedskartellet formentlig selv at forhandle i 2005, når der skal indgås nye overenskomster på det offentlige område

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGGAARD
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Sundhedskartellet har udarbejdet et oplæg til en forhandlingsstrategi, som medlemmerne bedre kan identificere sig med. Strategien "Medlemmerne først" kan læses på www.fysio.dk - gå inder under løn/ansættelse og videre til OK05. Se desuden lederen i dette nummer.

Medlemmerne skal opleve, at de har indflydelse på resultatet af overenskomstforhandlingerne. Det er umuligt med det nuværende system, hvor KTO har hovedansvaret for at forhandle løn- og arbejdsvilkår på vegne af 641.000 ansatte i amter og kommuner.

Sådan lyder diagnosen fra Danske Fysioterapeuter og de 11 andre sundhedsfaglige organisationer, der tilsammen udgør Sundhedskartellet. Derfor har Sundhedskartellet stillet krav om gennemgribende ændringer, når der næste gang forhandles overenskomst på det offentlige område i 2005.

Kort fortalt vil Sundhedskartellet give de enkelte fagorganisationer mulighed for først at forhandle med arbejdsgiverne, og så skal KTO efterfølgende sikre, at ingen organisationer bliver ladet tilbage med et dårligt resultat.

Ved således at vende forhandlingsgangen på hovedet vil Sundhedskartellet sikre, at der tages større hensyn til de enkelte organisationers ønsker og behov. Erfaringerne fra de seneste overenskomstforhandlinger i foråret 2002 er, at det er umuligt på én gang at tilgodese speciallæger, halinspektører, landmålere, hjemmehjælpere og fysioterapeuter, for blot at nævne nogle af de 64 faggrupper, som KTO forhandler på vegne af. Derfor har Sundhedskartellet præsenteret KTO for en helt ny forhandlingsmodel, hvor eksempelvis Danske Fysioterapeuter sammen med de øvrige sundhedsfaglige organisationer får lov til at åbne forhandlingsballet på sundhedsområdet.

DET KAN BLIVE NØDVENDIGT AT GÅ

KTO's bestyrelse skal på et møde den 10. november (efter deadline på denne artikel, red.) tage stilling til Sundhedskartellet's forslag. Hvis tommelfingrene bliver vendt nedad, vil konsekvensen formentlig blive, at hovedparten af Sundhedskartellet's medlemmer vælger at melde sig ud af KTO og dermed selv kommer til at forhandle overenskomst i 2005.

På nær Dansk Socialrådgiverforening står alle Sundhedskartellet's medlemsorganisationer bag forslaget. Således også Danske Fysioterapeuter, hvor hovedbestyrelsen på det seneste møde gav formand Johnny Kuhr mandat til at følge resten af Sundhedskartellet ud af KTO, hvis der ikke kan findes en løsning:

"Der skal ikke herske tvivl om, at jeg helst ser, at det er muligt at ændre forhandlingsstrukturen i KTO, så vores krav bliver imødekommet. Men jeg må også være ærlig at sige, at udsigten ikke er alt for lys. Hvis det viser sig, at der ikke kan findes en løsning, som tilgodeser vores krav, er der formentlig ingen anden løsning, end at hovedparten af Sundhedskartellet's organisationer vælger at melde sig ud af KTO," siger Danske Fysioterapeuters formand, Johnny Kuhr.

FORSKELLE OG SOLIDARITET

Ifølge Sundhedskartellet's forslag skal forhandlingerne ikke fremover starte med, at KTO forhandler med arbejdsgiverne om den samlede økonomiske ramme.

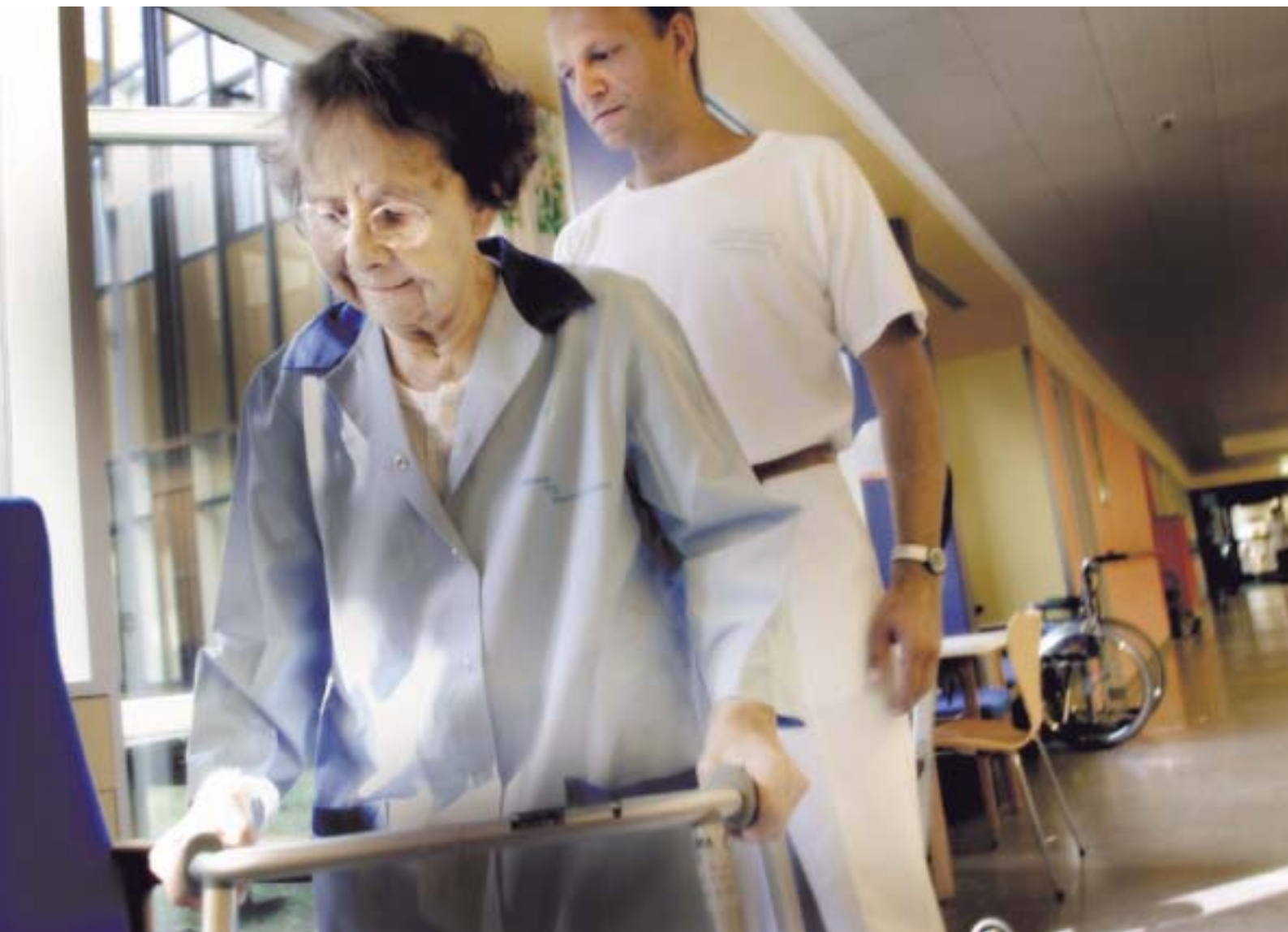
Derimod skal de enkelte organisationer eller brancher, eksempelvis Sundhedskartellet, forhandle med deres respektive arbejdsgivere. Summen af de enkelte organisationers resultater udgør sammen med de generelle forbedringer, som KTO kan opnå i en opsamlingsrunde, den samlede ramme.

En sådan fremgangsmåde kan betyde, at nogle organisationer vil opnå bedre resultater end andre. Men Johnny Kuhr mener ikke, at man dermed sætter solidariteten over styr:

"Tværtimod vil det betyde, at de enkelte organisationer kan være med til at løfte hinanden ved fremtidige forhandlinger. Det er præcis den strategi, vi selv og andre organisationer i Sundhedskartellet har brugt ved de specielle forhandlinger, hvor det er lykkedes eksempelvis at give lederne et løft, som efterfølgende kan komme andre medlemsgrupper til gavn. Der er flere perspektiver i at give de enkelte organisationer mulighed for at bruge hver deres forhandlingsposition frem for at binde alle op på den samme økonomiske ramme. Det vil på sigt være til gavn for alle," vurderer Johnny Kuhr.

EN FOR ALLE

Det betyder dog ikke, at de mindre stærke organisationer lades i stikken. Tanken er, at KTO skal samle



op på forhandlingerne, og at ingen organisation afslutter, før alle er kommet i hus. En sådan musketér skal sikre, at alle organisationer tages seriøst ved forhandlingsbordet og får et tilfredsstillende resultat.

"Det understreger på bedste vis, at vi lægger stor vægt på fællesskabet," siger Johnny Kuhr.

Når han alligevel tvivler på, at Sundhedskartellet forslag vil vinde gehør i KTO, skyldes det de tilbagemeldinger, forslaget forlods har fået fra en række organisationer. Pædagogernes og skolelærernes organisationer har ikke lagt skjul på, at de fortsat mener, at KTO skal forhandle den samlede ramme ved de næste overenskomstforhandlinger. Samme holdning har FOA's formand, Dennis Kristensen, der samtidig er formand for KTO, givet udtryk for. Ene-sten organisation, der ligger på linie med Sundhedskartellet, er Akademikernes Centralorganisation, AC. Så udmeldingerne forud for mødet i KTO den 10. november tyder på, at et flertal ønsker at fastholde KTO's rolle.

"Retfærdigvis skal siges, at der i 11. time er blevet udarbejdet et forslag, hvor man tilsyneladende

forsøger at tilgodese Sundhedskartellet ved at lave en indledende runde, hvor de enkelte organisationer kommer til, før KTO tager over. Men min vurdering er, at der er tale om kosmetik og ikke en reel ændring i retning af, hvad Sundhedskartellet ønsker," siger Johnny Kuhr.

SUNDHEDSKARTELLET PÅ EGEN HÅND

Dermed kan Sundhedskartellet komme til at stå i en situation, hvor der ikke er anden mulighed end at forlade KTO.

Selv om det ikke er ønskepositionen, skræmmer udsigterne dog ikke Johnny Kuhr. Hans vurdering er, at organisationerne i kartellet vil have en god forhandlingsposition og dermed muligheder for at opnå gode resultater:

"Styrken er, at vi tilsammen repræsenterer en stor del af det samlede personale på sundhedsområdet. Hvis vi er i stand til at formulere tilpas interessante projekter, tror jeg også, at arbejdsgiverne vil være interesseret, selv om de selvfølgelig umiddelbart vil foretrække at indgå centrale aftaler med KTO. Som ►

Danske Fysioterapeuter ønsker at få større direkte indflydelse, næste gang der skal forhandles overenskomst for ansatte på sygehuse, plejehjem m.v. Ved de seneste forhandlinger i 2002 rådede forhandlingsfællesskabet KTO over 90 procent af midlerne, mens Danske Fysioterapeuter selv forhandlede 10 procent af lønsummen.

an ■ meldelse

Godt overblik, men sparsom baggrund

(ANMELDELSE) ■ Lærebogen i muskuloskeletal medicin henvender sig primært til ergoterapeut- og fysioterapeutstuderende og andre udøvere med en forholdsvis begrænset indsigt i undersøgelse og behandling af muskuloskeletale problemstillinger. Den muskuloskeletale medicin omfatter i bogen en lang række lidelser, som knytter sig til bløddelsreumatologien, hvilket af forfatterne karakteriseres som ikke-inflammatoriske lidelser.

Bogen er mig bekendt den eneste dansksprogede faglitteratur, som giver et så omfattende overblik over den lange række af bløddelsreumatiske lidelser.

Fra mit perspektiv som underviser på grunduddannelsen til fysioterapeut ser jeg bogen som en mulighed for at give den studerende adgang til korte, og dermed også forsimplede, beskrivelser af såvel talrige fysioterapeutiske begreber som konkrete lidelsers og syndromers karakteristika. Fremstillingen er styret af en enkel årsag/virkningstanke med regionært afgrænsede lidelser, undersøgelse med henblik på diagnosticering og en hertil hørende række behandlinger – tankegangen er således tydeligt præget af en traditionel medicinsk forståelsesramme.

Som lærebog for studerende ser jeg en problemstilling i forhold til at bogen gennem sine korte og enkle præsentationer giver anvisninger for undersøgelse og behandling. Den studerende får kendskab til en lang række metoder uden en nærmere forståelse af vurderingskriterier for undersøgelsesfund, rationalerne bag behandlingsmetoden og principperne herfor.

Bogen runder mange komplicerede problemstillinger, som den ikke kan forventes at uddybe, men uden henvisninger til videre læsning og gennemgående få kildehenvisninger, efterlader dette læseren med en række af forslag. Forslag som det, især for den studerende, kan være svært at vurdere ud fra, når undersøgelsesresultatet skal tydes, og behandlingen skal tilpasses og justeres efter den individuelle patient.

I en tid, hvor bachelorgraden fordrer, at den studerende kan forholde sig til de kliniske implikationer af begreber som eksempelvis undersøgelsesmetoders validitet eller evidensgrundlaget for behandlingsmetoder, undrer det mig at bogen ikke berører dette felt, ligesom de teoretisk begrundede anvisninger ikke åbnes for problematisering. Bogens almene del rummer ellers netop potentialet til at begive sig ind i de hypoteser, som teknikkerne og metoderne bygger på.

Samlet set er bogen et omfattende indblik i bløddelslidelser i en medicinsk forståelsesramme, hvor fire eksperter præsenterer et fagligt overblik og giver talrige forslag, men ikke inviterer læseren til en indsigt i, eller diskussion af de ræsonnementer, som ligger bag anvisningerne.

Anmeldt af Jørgen Brandt, fysioterapeutskolen Holstebro

Lærebog i muskuloskeletal medicin (2003), Remvig Lars, Johannsen Finn Elkjær, Pedersen Kirsten C., Petersen Kirsten
Forlag: Munksgaard Danmark, 448 sider, illustreret, kr. 448 inkl. moms ISBN 87-628-0201-1

KTO OG SUNDHEDSKARTELLET

Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte, KTO, er forhandlingsfællesskab for 641.000 ansatte i 268 primærkommuner, 13 amter, Bornholms Regionskommune og København og Frederiksberg. KTO har 64 medlemsorganisationer og forhandler generelle løn- og ansættelsesvilkår på vegne af blandt andre: speciallæger, landmålere, halinspektører, pædagoger, skolelærere, fysioterapeuter og hjemmehjælpere. Det besluttende organ er forhandlingsudvalget, som består af repræsentanter fra 8 af medlemsorganisationerne. Formand for KTO er FOA-formand Dennis Kristensen.

Sundhedskartellet er forhandlings- og samarbejdsorganisation for knap 100.000 ansatte i sundheds- og socialsektoren. Kartellet består af 12 faglige organisation: Danske Fysioterapeuter, Dansk Sygeplejeråd, Ergoterapeutforeningen, Dansk Socialrådgiverforening, Danske Bioanalytikere, Dansk Tandplejeforening, Økonomaforeningen, Farmakonomforeningen, Den Almindelige Danske Jordemoderforening, Foreningen af Radiografer i Danmark, Danske Afspændingspædagoger og Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter. Det besluttende organ er forhandlingsudvalget, som udgøres af en formand fra hver medlemsorganisation. Formanden for Sundhedskartellet er Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow.

- sagt mener jeg, det er sidste udvej at forlade KTO. Men det er omvendt ikke en beslutning, der får mig til at ryste på hånden, hvis det ikke kan være anderledes,” siger Johnny Kuhr.

INGEN GARANTIER

Uanset om Sundhedskartellet vælger at blive eller forlade KTO, tør Johnny Kuhr ikke love fysioterapeuter lønfest ved næste overenskomstforhandling.

”Men hele øvelsen her går ud på at få etableret et forhandlingssystem, hvor medlemmerne oplever, at de via deres faglige organisation har indflydelse på overenskomsten og samtidig få mulighed for mere direkte at kunne stille arbejdsgiverne til ansvar. Jeg er ikke i tvivl om, at det i sidste ende vil give bedre resultater til gavn for vores medlemmer, i forhold til hvad der kan opnås med det nuværende system,” siger Johnny Kuhr. ■

Duer ikke - væk

(BAGGRUND) Næste gang skal det være anderledes. Sådan sagde forbundsformænd og arbejdsmarkedsforskere for halvandet år siden, da forligsskitzen blev vedtaget med et spinkelt ja. Nu er tiden kommet til at træffe en beslutning – og det er ikke let

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

En ting var alle enige om, da forligskvinde Mette Christensen havde læst resultatet op. Næste gang går den ikke, hvis der fremover skal være respekt for forhandlingssystemet og de aftaler, som der bliver indgået.

Med stort besvær havde forligskvinden fået strikket et mæglingforslag sammen, og med hiv og sving og de sammenkædningsregler, som er indbygget i forhandlingssystemet, blev fremtryllet et mikroskopisk ja. Det var dette spinkle afstemningsresultat, Mette Christensen kunne gøre rede for denne forårsmorgen, hvor der stod skrevet 30. april 2002 i kalenderen.

51,9 procent havde accepteret forslaget, mens 48,1 procent havde valgt at stemme nej. Og da kun lidt over 45 procent af de stemmeberettigede havde valgt at give deres mening til kende, stod forligskvinden reelt med et afstemningsresultat som under en fjerdedel af de godt 650.000 ansatte i amter og kommuner, som forslaget omhandlede, havde godkendt.

Selv om der ikke formelt kunne sættes spørgsmålstegn ved aftalens gyldighed, var der kommer alvorlige ridser i legitimiteten. Så mange, at den afgående chefforhandler på lønmodtagersiden, KTO-formand Poul Winckler måtte erkende, at valgdeltagelsen var "skuffende lav", og "at det godt kan være, at der skal ændres nogle ting i fremtiden", dog uden at droppe KTO-samarbejdet, som tilføjes lød.

Samme konklusion var såvel arbejdsmarkedsforskere, som avisernes lederskribenter og en række af de forbundsformænd, der havde lagt medlemmer til resultatet, nået frem til.

Ni en halv ud af ti skolelærere havde forkastet forslaget, mens tre ud af fire sygeplejersker havde

sagt nej. Og alligevel skulle de leve med aftalen, blandt andet fordi hovedparten af Wincklers social- og sundhedsassistenter og hjemmehjælpere havde stemt ja.

Det fik formanden for foreningen af speciallæger, Karsten Nielsen, til at forudsige det store forhandlingsfællesskabs snarlige død: "Jeg tror, at den her forhandling er den sidste i et stort KTO forhandlingsfællesskab," udtalte Karsten Nielsen til dagbladet Politiken og stillede samtidig diagnosen. Nemlig at et forhandlingsfællesskab, der hæmmer medlemmers interesse ikke har nogen fremtid.

Arbejdsmarkedsforsker Jesper Due var for så vidt enig. Det er svært at skræddersy et samlet resultat, som passer til såvel kommunale vejrmænd, som socialrådgivere og hjernekirurger. Der er alt for mange hensyn at tage til de enkelte fagforbund. Det, som passer alle, passer ingen. Jesper Dues forslag var, at der blev lavet en ny struktur med otte-ti overenskomster på hvert af hovedområderne. En for børn og unge, en for sygehuse, en for... osv.

Og det var lige vand på formand for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckows mølle. Hun overtog midlertidig posten som formand for KTO, efter at Poul Winckler trådte tilbage. "Faggrupper på samme arbejdspladser bør også forhandle sammen", lød meldingen fra Kruckow.

Siden har man diskuteret i KTO, hvordan det fremtidige forhandlingssystem skal skrues sammen. Connie Kruckow er i mellemtiden blevet afløst som KTO-formand af Dennis Kristensen fra FOA, og der har været mange forskellige forslag oppe at vende. Dog uden at de 64 organisationer i KTO har kunne blive enige.

Og mens 2002 er blevet til 2003, er tiden pludselig ved at rinde ud. Hvis man skal nå at forberede sig og meddele modparterne, hvordan spillereglerne skal være næste gang, skal der inden årsskiftet træffes en svær beslutning. Der står KTO nu her godt halvandet år efter, at der var bred enighed om at sige: Duer ikke, væk. ■



Dansk Selskab for Apopleksi

(TIDSSKRIFT) ■ Dansk Selskab for Apopleksi har næsten 300 medlemmer. Selskabet er tværfagligt baseret og har som mål at fremme forskning og formidle viden på området. Selskabet udgiver et nyhedsbrev, der er udkommet for anden gang. Dansk Selskab for Apopleksi blev stiftet i 2002 og har næsten 300 fagpersoner som medlemmer. Formålet med selskabet er at udbrede viden og fremme forskningen inden for området. Selskabet udgiver tidskriftet "Apopleksi", der udkommer to gange om året. "Apopleksi" fra dette efterår bringer blandt andet en artikel skrevet af Marit Kirkevold om subjektive erfaringer og psykosocial tilpasning efter apopleksi. Den danske sygeplejerske Ingrid Muus skriver om helbredsrelateret livskvalitet og apopleksi og professor, dr. med. Gudrun Boysen gennemgår den aktuelle viden inden for genoptræning. Yderligere oplysning kan fås på www.dsfa.dk

Kvalitativ fysioterapiforskning

(WWW) ■ På verdenskongressen i Barcelona 2003 blev der afholdt en workshop om at skabe netværk. Her blev det drøftet betydningen af at profilere kvalitativ forskning og sundhed generelt. Som en følge af diskussionerne er der blevet etableret et mødested på nettet, hvor fysioterapeuter, der er interesserede i forskning kan deltage i debatten om forskning og udveksle erfaringer. Det er endvidere tanken, at hjemmesiden skal formidle information om den kvalitative forskning. Hjemmesiden er oprettet og drives af den sundhedsvidenskabelige afdeling under University of East Anglia i England og kan benyttes af alle fysioterapeuter. Læs mere på www.uea.ac.uk/~pqri

Kursusudvalg for børnefysioterapeuter

(IDEER) ■ På det årlige møde for kredskontaktpersoner i fagforum for børnefysioterapeuter er det besluttet at nedsætte kursusudvalg for at få flere relevante og måske også lidt billigere kurser.

Udvalget vil meget gerne have ideer og input fra børnefysioterapeuter rundt om i landet.

Hvad mangler? Hvem kan bidrage med et spændende kursusindhold? Hvem arbejder på eller kender et godt sted at holde kursus – mod for eksempel at få gratis plads på kurset? Henvendelse til Susanne Erichsen, sue@greve.dk, Jytte Falmår, jyttef@yahoo.dk eller Vibeke Grandt vg@odense.dk

Klassifikation af lænderygbesvær

(PH.D) ■ Fysioterapeut Tom Petersen forsvarer den 5. december sin ph.d. med titlen "Uspecifik lænderygbesvær. Klassifikation og behandling". Afhandlingens emne er måling af effekt af McKenzie behandlingsmetoden og

udvikling af et diagnostisk klassifikationssystem til brug i primærsektoren. Fakultetsopponent er professor Jan Sture Skouen fra universitetet i Bergen. Forsvaret starter kl. 13.15 i Auditoriet, Kulturen i Lund, Adelgata. Læs resume af hans afhandling på www.fly.dk/afhandlinger/ph.d.

Penge til forskning

(PARKINSON) ■ Dansk Parkinsonforening har uddelt et forskningslegat på 100.000 kr. til fysioterapeut, ph.d. Nina Beyer fra Bispebjerg Hospital i København.

Forskningsmetoder på nettet

(FFY) ■ På Danske Fysioterapeuters nye forskningsportal ffy.dk kan man finde artikler, der beskriver emner relevante for forskning. I forbindelse med lanceringen af ffy.dk blev der publiceret en ny artikel om, hvilke krav man skal stille til test og målemetoder. Artiklen er skrevet af fysioterapeut og ph.d. Hans Lund og fysioterapeut og MPH Mette Aadahl.

Ph.d. afhandling

(FFY) ■ Fysioterapeut og ph.d. Henning Langberg har i en række undersøgelser vist, at det humane senevæv er langt mere levende end tidligere antaget. Således er det lykkedes at vise, at blodgennemstrømningen i den humane akillesene stiger under belastning og at dette resulterer i en øget metabolisme. Dette sikrer at senevævet er mere dynamisk og lettere adapterer end tidligere antaget. Læs resumé og Henning Langbergs ph.d. på ffy.dk/afhandlinger/ph.d.

Nyt led eller ledbrusk?

(DYSPLASI) ■ Gigtforeningen har bevilget 500.000 kroner til undersøgelser, der skal vise, om man kan stoppe udvikling af slidgigt i hofterne gennem en forebyggende operation, så man undgår at indoperere kunstige hofter. Projektet ledes af professor, dr.med. Kjeld Søballe, Ortopædkirurgisk ved Århus Amtssygehus. Projektet sigter på at hjælpe patienter med hoftedysplasi, der især rammer unge kvinder. Sygdommen giver næsten altid slidgigt i hoften, og den eneste behandling indtil nu er udskiftning af den syge hofte med en kunstig. Forskergruppen i Århus vil nu undersøge, om denne operation forebygger slidgigt ved at se på ændringer i ledbruskens tykkelse og forandringer i knoglevævets tæthed i op til 2 ½ år efter operationen. Hvis resultaterne viser sig positive, kan det få store konsekvenser for både patienter og sundhedsvæsen. Omkring halvdelen af de ca. 9000, der årligt får indopereret en ny hofte, får det som konsekvens af sygdommen hoftedysplasi.

Laser eller ultralyd?

(ELTERAPI) I et randomiseret, kontrolleret studie har man sammenlignet behandling med ultralyd og laser. Fysioterapeuten har bedt Christian Couppé om at referere og kommentere studiet

AF FYSIOTERAPEUT CHRISTIAN COUPPÉ

36 patienter med supraspinatus tendinose blev randomiseret til behandling i en af tre grupper: laserterapi, ultralyd eller ingen terapi. Alle tre grupper fik samme råd og vejledning. Målinger blev udført før og efter behandlinger for muskulær svaghed sekundært til smerter, smerte, disability samt ømhed. Behandlingen for de to eksperimentelle grupper bestod af ni terapeutiske doser over en treugers periode. Kontrolgruppen fik ingen behandlinger i tre uger. Graden af muskelsvaghed, smerte, funktionel disability og ømhed var den samme ved baseline. Sammenligninger efter behandling viste, at lasergruppen var mindre svag ($p < 0.01$) og havde færre smerter ($p < 0.01$) end ultralyds- og kontrolgruppen og havde mindre disability ($p < 0.05$) og ømhed ($p < 0.01$) efter behandling end kontrolgruppen.

Doseringen af laserterapi samt råd og vejledning anvendt i dette studie synes ifølge forfatteren at forbedre symptomer ved supraspinatus tendinose. Ultralyd forbedrede også symptomerne, men der var ingen signifikant forskel fra kontrolgruppen, der kun modtog råd. Resultaterne antyder ifølge forfatteren, at laserterapi bør være det fortrukne behandlingsvalg sammenlignet med ultralyd ved behandling af supraspinatus tendinose i denne fase.

KOMMENTAR

For otte år siden publicerede Liz Saunders (LS) et høj kvalitetstudie (9 ud af 10 point på Pedro-skalaen), hvor hun undersøgte laserterapi vs. placebo på en tilsvarende population. Dette studie viste, at laser havde signifikant og klinisk øget effekt. Denne gang har hun valgt i et komparativt studie at undersøge et interessant spørgsmål: hvilken modalitet er bedst: den populære ultralyd eller den mindre anvendte, lavenergi laser på supraspinatus tendinose?

Patienter blev henvist fra praktiserende læge. Randomiseringen blev foretaget ved at lægge forsøgspersonernes navne i en forseglet kuvert. Dette er der ikke gjort opmærksom på i artiklen, men

det er senere blevet bekræftet efter kontakt til Liz Saunders. Den primære effektparameter abduktionsstyrke (empty can), blev målt vha. håndholdt dynamometer, hvor gennemsnittet af tre målinger før og efter de tre ugers interventionsperiode blev anvendt. Fremgangen var på 38 og 8 Newton i hhv. laser og ultralydsgruppen. Kontrolgruppen fik en svækkelse på 6 Newton. 90 procent i lasergruppen fik en reduktion i smerte, men det kun var 58 og 50 procent i hhv. ultralyds- og kontrolgruppen. Ligeledes var der signifikant forbedringer i disability (baseret på Oswestry) og ømhed i lasergruppen (19 Newton), men ikke for ultralyd (6 Newton) og kontrolgruppen (-2,5 Newton). Ømhed blev målt med et trykalgometer.

En variansanalyse blev anvendt med Bonferroni korrektion for styrke- og ømhedsmålingerne, hvilket måske er lidt overforsigtigt, da kontrolgruppen reelt ikke er en kontrolgruppe, og man derfor kunne have foretaget almindelig parvis gruppesammenligning i analysen, hvorpå resultaterne ville have fremstået endnu stærkere. Alle målinger blev foretaget af en uafhængig observatør, som var blindet for, hvilken behandling patienterne modtog.

Efter mine, Jan Bjordals (Bjordan et al. 2001) og andres beregninger (Holst et al., 2002), er den anvendte ultralydsdosis (1.5 W/cm², pulset 1:4) i yderkanten eller snarere uden for det terapeutiske vindue (1-1.2 W/cm²), sådan som det nogenlunde foreligger på senelidelser herunder rotator cuff-lidelser. Dette kunne have medført inhibering af helingen og behandlingsresultatet.

Laserdoseringen (50 mW, 820 nm, 90 sek. (5000 Hz) per punkt. To punkter fik behandling: Det maksimalt ømme punkt svarende til insertionen af supraspinatus på tuberculum majus og et punkt neden for acromion. Dette tyder på, at doseringen har været inden for det terapeutiske vindue. Forsøgspersonen havde hånden på ryggen svarende til th12 på den afficerede ekstremitet for at få bedre tilgang til supraspinatus. Ultralydsgruppen modtog kun behandling svarende til første punkt.

Studiet er godt designet og bidrager med særdeles nyttige samt interessante informationer, som de fleste fysioterapeuter måske kan være lidt overraskede over. Arbejdet bidrager væsentligt til den store mængde af stærk dokumentation som foreligger på tendinit/tendinose. ■

Liz Saunders' undersøgelse af laserterapi versus ultralyd er et væsentligt bidrag til dokumentationen af behandling af tendinit og tendinose. Fysioterapeuten har bedt Christian Couppé om at referere og kommentere studiet.

Saunders L (2003). "Laser versus Ultrasound in the Treatment of Supraspinatus Tendinosis: Randomised controlled trial". *Physiotherapy*, 89, 6, 365-373.

Referencer

Bjordan J et al. *Clinical Electrotherapy*. Højskoleforlaget 2001.
Holst U et al. Effekten af ultralyd på tendinopati. BSc-projekt. Holstebro. 2002.

indgang

Ropox kommer mandag

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