

Nr. 22/december/2003
85. årgang



Kampvalg
Fem fysioterapeuter
stiller op til næstfor-
mandsvalget.
Side 56

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

■ Fagfest!

1 300 fysioterapeuter mødtes til
tre dages fagfestival i Odense.

Side 4



Artikler

Smerte



Fysioterapeut Louis Gifford om, hvordan tidligere smerteoplevelser har betydning for patienters smerteoplevelser. Psykolog

Søren Frølich om biologiske og psykologiske smertemekanismer.

20-24

Lænderyg

Fysioterapeut, ph.d. Tom Petersen om Ronald Donelsons oplæg og mangel på data om diskogene smerter og det problematiske ved randomiserede kliniske undersøgelser. Peter O'Sullivan om motorisk adfærd og lænderygbesvær.

26-33

Bækkenbunden



Ruth Jones om sammenhæng mellem inkontinens og lænderygproblemer. Fysioterapeut Stine Stensgaard om, hvordan

palpation af halebenet kan vise bækkenbunds-kontraktioner.

34-38

Træning



Professor Michael Kjær om træningens effekt. Fysioterapeut Kim Holmsted om evidens og motion på recept.

40-45

Sundhedsfremme

Professor Bjarne Bruun Jensen om dialogen som forudsætning for formidling. Sundhedschef Lars Iversen om Ribe-projektet. Fysioterapeut Søren Albertsen om sundhedsfremme via arbejdspladsen.

46-48

Hvor intet andet er angivet er billederne fra fagfestivalen taget af fotograf Niels Nyholm.

Kampvalg om næstformandspost

Fem fysioterapeuter bejler til posten som næstformand

56

Det faste

Fysnyt **28+45**

Debat **57**

Kalender **61**

Uddannelse **66**

Stillinger **70**



FORSIDE: **NIELS NYHOLM**

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

Når fag bliver til fest

Vi ser nu tilbage på en fagfestival, der for mange deltagere vil gå over i historien. Det var dengang, vi i Odense mødte gamle kolleger eller studiekammerater. Dengang vi fik den inspiration, der gav et skub til faglig fornyelse, eller et skub til projektet, der indtil da kun havde ligget i tænketanken, eller fik interessen for et nyt fagområde inden for fysioterapi. Arrangementet gav en fælles oplevelse af et stærkt fag i udvikling og har styrket den faglige identitet for deltagerne.

Det var også hele formålet med fagfestivalen. Med til at gøre fagfestivalen til en succes har været opbakning og støtte fra fagfora, faggrupper og fraktioner. Det er et eksempel på, hvad vi i foreningen kan opnå, når vi står sammen med faggrupperne om et arrangement og tager et fælles ansvar for indhold og kvalitet. De mange dygtige fysioterapeuter og gode faglige kræfter, vi har i faggrupperne, kom i spil, så vi alle kunne hente ny inspiration til det daglige arbejde.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter

Fagfestivalens tema var "Fra fag til profession", og som sådan tog festivalen afsæt i fysioterapifagets udvikling hen imod en selvstændig, autonom profession. Dermed var udgangspunktet for de fleste indlæg også praksisrelaterede og praksisrelevante. Samlet gav de 125 foredrag, workshops, projektfremleggelsler, debatfora og postere oplevelsen af et fag i en rivede udvikling og med en accelererende dokumentation inden for mange felter.

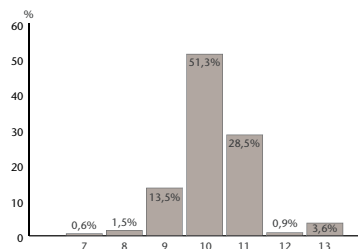
Alle de fysioterapeuter, der gerne ville have været med, kunne sammen med alle andre fysioterapeuter følge programmet og læse nyheder og uddrag af indlæg, som de blev holdt time for time på foreningens hjemmeside. Denne satsning på formidling og brug af det digitale medie er ikke tilfældig, men er en markering af de muligheder, foreningens hjemmesider rummer for information og nu efterfølgende også som mødested for fysioterapeuter, der søger faglige kontakter og inspiration. Det gælder såvel fysio.dk som forskningsportalen ffy.dk. Det er en vigtig faglig opgave for Danske Fysioterapeuter at være mødested, at skabe faglige kontakter og skabe netværk. Fysioterapeuter er fagligt kompetente i sig selv, men fagfestivalen viser også at organisering af fagligheden giver merværdi og et større udbytte for den enkelte.

Tilbage står spørgsmålet om, hvornår vi skal gentage festivalen. Det spørgsmål har hovedbestyrelsen ikke endnu taget stilling til. Men jeg tør godt love, at der vil blive en ny fagfestival. Jeg mener ikke, at der skal gå for lang tid. Både fordi udviklingen går stærkt, og det ikke varer så længe, inden der igen er nye resultater at fremlægge, og fordi vi skal give flere mulighed for at få denne faglige oplevelse.

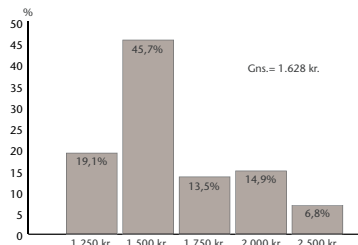


Flotte karakterer til fagfestival

Deltagernes karakterer til fagfestivalen.



Så meget mener deltagerne, en fagfestival på tre dage må koste næste gang.



Programmet var godt, det faglige niveau højt, og de fysiske rammer fine, dog måtte der godt være flere praktiske workshops. Sådan lyder bedømmelsen fra deltagerne på DF's fagfestival 20.-22. november i Odense.

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

Der blev rundhåndet delt ud af 10 og 11 taller, da de 1300 deltagere på Danske Fysioterapeuters fagfestival blev bedt om at give arrangementet karakter efter 13-skalaen. 10,2 lød karaktergennemsnittet, da alle besvarelser var talt sammen. Så kan man vel næsten ikke forlange mere.

"Det er rart at møde så mange kollegaer", "Det er oplivende at konstatere, at der er evidens på så mange områder" og "Sikke en mangfoldighed, der er inden for fysioterapifaget", lyder nogle af de spontane kommentarer fra deltagerne.

I den samlede evaluering, der bygger på 517 besvarelser, siger 98 ud af 100 deltagere, at programmet var godt eller meget godt, mens 9 ud af 10 bedømmer det faglige niveau som højt eller meget højt.

TÆT PAKKEDE WORKSHOPS

Der var også stor tilfredshed med de praktiske rammer og servicen, altså lige bortset fra, at visse lokaler var for små. Det betød, at mange gik forgæves til de praktiske workshops, og de, der var heldige at få plads, stod tæt pakket. Skal der sættes en finger på programmet er det, at der godt må

være lidt mindre teoretisk viden og mere praktisk udøvelse næste gang, som 4 ud af 10 deltagere skriver i evalueringen.

Til gengæld var der stor tilfredshed med antallet af udenlandske foredragsholdere, der kom fra Australien, USA, England, Sverige og Norge.

Man er også tilfreds med en fagfestival fra torsdag til lørdag. Der er ingen ønsker om, at en fremtidig fagfestival skal foregå i weekenden, ligesom der ikke er flertal for at afholde arrangementet på tre hverdage.

Til gengæld vil 4 ud af 10 godt selv kunne vælge, hvor mange dage de ønsker at deltage og ikke være tvunget til at betale for alle tre dage.

VILLIGE TIL AT BETALE MERE

Og det er åbenbart ikke kun et spørgsmål om at spare penge. For 8 ud af 10 er villige til at betale et højere deltagergebyr, end de 1250 kroner, der blev opkrævet denne gang. I gennemsnit er deltagerne villige til at lægge 1628 kroner for de tre dage.

Hvis der vel at mærke igen bliver en fagfestival?

Det synes alle, der skal være. Spørgsmålet er så, hvor tit et sådant arrangement bør finde sted.

Hvert tredje år, siger halvdelen af alle deltagere, mens 4 ud af 10 holder på hvert eller hvert andet år.

Hvad kan der så gøres bedre næste gang?

Gør foredragene lidt længere, arranger bus-transport mellem hotellerne og kongrescentret og sørg som sagt for flere workshops næste gang, lyder anbefalingerne. Det lyder umiddelbart som ønsker, der kan imødekommes.



Det meste af Fagfestvalen foregik for de flestes vedkommende i skarpt trav for at nå så mange oplæg og workshops som muligt. Indimellem lykkedes det dog enkelte at få en pause



Det var både en glad og rørt Hanne Albert, der fik overrakt Forskningsfondens Særlige Pris på 50.000 kroner.

"Jeg synes, jeg har fået fysioterapeuternes Nobelpris. De tre dage her har gjort mig enormt stolt af at være fysioterapeut. At forske som fysioterapeut kræver ikke overmenneskelighed, men systematik og udholdenhed. Salen her er fyldt med entusiastiske klinikere. Kom ud og forsk!", sagde hun blandt andet.

Foto: Yilmaz Polat



Fra fag til profession

Fysioterapifaget er godt på vej til at blive en selvstændig profession, men målet er ikke nået endnu, sagde Johnny Kuhr i sin tale på DF's fagfestival

AF FORMAND JOHNNY KUHR

Johnny Kuhr indledte fagfestivalens tre dage lange, tætpakkede program med en tale om fysioterapiens udvikling fra fag til profession. Johnny Kuhrs powerpoint præsentation kan downloades fra www.fysio.dk/fagfestival

Fysioterapi er som fag forholdsvis ungt, men den fysioterapeutiske behandling og intervention har en lang historie. Lige siden antikken har massage, manipulationsbehandling og sygegymnastik været kendte behandlingsformer. Hippokrates, lægevidenskabens fader, tog udgangspunkt i naturens og menneskets egne ressourcer, og det er stadig grundlaget for fysioterapien. Først skal hånden, så medicinen og til sidst kniven i brug. Det var Hippokrates' hovedtanker.

Farmakologien og teknologien har givet os store landvindinger i bekæmpelse og behandling af sygdom og menneskelig lidelse, men der er stadig og måske mere end nogen sinde brug for denne gamle sandhed: Først kommer hånden – den varme hånd, som dermed også forbinder den naturvidenskabelige tilgang med de øvrige samfundsvidenskabelige og humanistiske videnskaber.

FYSIOTERAPEUTEN SOM TEKNIKER

Tænker vi tilbage på århundredeskiftet, hvor fysioterapi tog sin begyndelse som fag i Danmark, blev faget præsenteret og defineret som en række behandlingsmetoder, og fysioterapeuten var tekniker – den der udførte metoderne.

At være tekniker indebar, at man udførte handlinger uden at foretage vurderinger og uden at begrunde sine handlinger. Som teknikere tog vi imod besked og ordrer fra lægen, efter at han havde foretaget en vurdering af patienten. Vi blev set som lægens håndlanger eller hjælper, og han gav besked om, hvilken behandling vi skulle iværksætte, og i hvor lang tid denne behandling skulle gives. Vores udgangspunkt som lægens håndlanger har i mange år på godt og ondt været styrende for fagets udvikling – og billedet er ikke helt skiftet endnu. Når det gælder sygebehandling arbejder vi stadig under henvisning fra lægerne.

Faget er på den ene side båret og bundet af traditioner og kultur, og på den anden side påvirket af den samfundsmæssige udvikling og den opsamlende viden. Vi har over tid erhvervet erfaring og indsigt via vores kliniske virke, og disse praksiserfaringer har indlejret sig i faget og har præget og defineret faget. På den anden side har skiftende rammebetingelser i form af love, regler, organisering af sundhedsarbejdet, uddannelsen, økonomiske forhold og arbejdsmarkedets beskaffenhed påvirket fagets udvikling.

HVAD ER EN PROFFESION

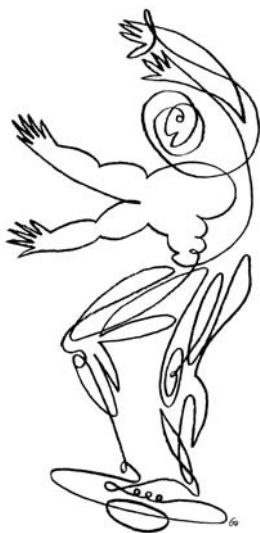
Udviklingen har betydet, at der er sket en stadig større grad af specialisering blandt alle sundhedsfaglige grupper, samtidig med at kravene til de faglige kompetencer er vokset. Det er sket i takt med at borgere og samfund stiller øgede krav til kvalitet til de sundhedsydelser, de har brug for og ønsker. Det har betydet, at professionsbegrebet er blevet sat på dagsordenen blandt de sundhedsfaglige grupper. Eller sagt på anden vis, er det ikke længere nok at være bundet sammen af et fag, hvis vi som fysioterapeuter skal imødekomme forventningerne fra det omgivende samfund. Vi skal arbejde for at blive – og blive anerkendt som – en profession.

Men hvad er så en profession? I dagligdags sprogbrug forstås en profession som en lønnet beskæftigelse. I sociologisk forstand defineres en profession derimod som en erhvervsgruppe, der har en særstatus i samfundet, eksempelvis som læger, advokater og præster.

Hvis man tager udgangspunkt i den sociologiske definition er det oplagt at spørge, hvad det er for faglige forudsætninger og lovreguleringer, der tilsammen giver de anerkendte professioner særstatus?

Og herefter lave en slags benchmarking af hvor fysioterapeuter ligger? Alt sammen for at få en grov pejling på, hvor langt der er igen, før vi kan sige, at vi er blevet en rigtig profession.

Jeg har valgt seks punkter fra en af de sociologiske beskrivelse af, hvad der kendetegner en profession:





Uddannelse

- Professionsbachelor
- Bachelor
- Sprog og litteratur
- Fagfærdigheder og viden
- Læreplaner
- Efter- og videreuddannelse
- Diplomuddannelse
- Master- og ph.d.
- Færdighedsbevis

- *Professionen har eneret på ydelser af en speciel slags. Eksempelvis er det kun læger, der må skære i mennesker. Selv om fysioterapeuter har bestemte kompetencer, har vi ikke eneret på at give fysioterapi.*

Professionens medlemmer er autoriserede. Her kan vi til fulde leve op til kravet.

Inden for professionens rammer er der udstrakt faglig selvstændighed og selvbestemmelse – også kaldet autonomi. Når der gælder sygebehandling, er vi underlagt lægens henvisninger – ellers har vi stor autonomi.

Den faglige praksis bygger på en videnskabelig basis. Her er vi på vej, men kan ikke fuldt leve op til kravet.

Professionens medlemmer anerkendes som autoriteter på deres felt. Det oplever vi i langt de fleste sammenhænge.

Professionen har etiske regler for fagudøvelsen. Sådanne regler har vi.

VI ER GODT PÅ VEJ

Når regnebrættet gøres op, lyder resultatet, at vi klart opfylder tre af de seks punkter, er godt på vej på de resterende tre felter. Spørgsmålet er så, hvornår vi er kommet helt i mål?

Det er umuligt at give et meget håndfast svar på. For det første er professionsbegrebet under ændring, så det er langt fra sikkert, at ovenstående definition i fremtiden vil være den rigtige at bruge. For det andet findes der ikke en central instans, som kan give en godkendelse.

Men man kan også vælge at besvare spørgsmålet på anden vis ved at bringe begrebet professionel i spil. Som professionel skal man kunne kombinere faglig viden, metoder, færdigheder, etik og idealer – og ud fra dette kunne handle selvstændigt og kompetent sammen med andre i et praksisfællesskab.

Begrebet professionel skal rumme en garanti for, at handlingerne udført i praksis ikke er tilfældige eller blot et resultat af ubevidst tradition, vane og teknisk kunnen. Handlingerne skal være bevidst valgte som resultat af professionel refleksion. Vi må derfor fokusere på, hvordan vi kommer frem til at kunne efterleve disse krav.

Jeg vil bruge en model (fig 1) til at pege på tre områder, som på hver sin måde bidrager til udvikling af såvel vores fag som vores profession. De tre områder har forskelligt fokus og forskellige perspektiver – og de fysioterapeuter, der beskæftiger sig med disse områder, har forskellige roller.

FIGUR 1



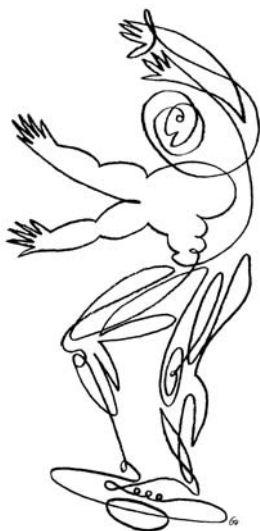
LIVSLANG LÆRING OG UDDANNELSE

Vores samfund er i dag præget af stor kompleksitet og foranderlighed. Ny viden genereres i så stort et omfang og med så stor en hastighed, at man kan tale om en videns-eksplosion. Der stilles krav om, at vi som professionelle hele tiden opdateres, lærer nyt og revurderer gammel viden og erfaring. At vi med andre ord indstiller os på livslang læring.

Uddannelse udgør én del af denne læring. Vores grunduddannelse har lige fået et løft med uddannelsesreformen for de mellemlange, videregående uddannelser. De kommende fysioterapeuter har status som professionsbachelorer – et niveau som sidestiller os med bachelorer fra universiteterne. Indholdet i den nye uddannelse, som samtidig er blevet forlænget med et halvt år, så den nu varer 3½ år, retter sig mod at kvalificere fysioterapeuter til at kunne arbejde professionelt. Derfor er målene i ministeriets bekendtgørelse også, at man skal kunne reflektere over sin egen fagudøvelse, kunne søge ny viden og forholde sig kritisk til denne nye viden. Dels som en kvalitetssikring af faget og af ydelsen, dels for at kunne bidrage til udvikling af faget.

Grunduddannelsen skal også kvalificere de studerende til senere at kunne videreudanne sig. Det betyder konkret, at der nu er større fokus på videnskabsteori og metode og på det at studere og at lære at lære – endnu et af tidens mantraer!

Også på efter- og videreuddannelsesområdet har vi fået nye muligheder. Der er etableret fire sundhedsfaglige diplomuddannelser samt en række andre relevante diplomuddannelser – for eksempel diplom i ledelse og den sociale diplomuddannelse. Der mangler stadig en diplomuddannelse i klinisk fysioterapi, men jeg håber det kun er et spørgsmål om kort tid.



Master- og kandidatuddannelser er i langt højere udstrækning også blevet tilgængelige og relevante for os. Og I har ikke været sene til at gribe chancen. Faktisk er der allerede omkring 170 fysioterapeuter, der har taget en master- eller kandidatgrad.

Vi mangler dog endnu at få etableret en monofaglig masteruddannelse. Det arbejder vi i Danske Fysioterapeuter målrettet på at få etableret i tilknytning til det sundhedsvidenskabelige fakultet på Syddansk Universitet.

Men formel uddannelse er kun én kilde til læring. Traditionelt er arbejde og læring begreber, der tilhører to forskellige verdener. Sådan er det ikke længere. I dag bliver der både forsket i og arbejdet med arbejdspladslæring. Det gælder også inden for fysioterapi. Mange af jer arbejder systematisk med kompetenceudvikling, og en del har udarbejdet klare strategier for kompetenceudviklingen. Det giver helt nye udviklingsmuligheder at integrere såvel formelle som uformelle læreprocesser i det daglige arbejde.

Forudsætningen er dog, at man på arbejdspladserne har modet, åbenheden og motivationen til at sætte sig selv i spil. At man som terapeut er villig til at stille op til supervision og fælles refleksion og tør forholde sig kritisk til egen fagudøvelse. Det er på den ene side meget givende, men også krævende. Men det er en af de udfordringer, der følger med kravet om livslang læring.

I Danske Fysioterapeuter forsøger vi at inspirere til denne udvikling af det fysioterapeutiske arbejdsfelt. Vi udgiver faglige pjecer og vejledninger, afholder kurser og temadage og har i de seneste overenskomster fået indført begrebet advancementstilling på det offentlige område og skabt større råderum for kvalitetsudvikling i praksissektoren.

VIDENSKAB OG FORSKNING

Og så fra læring og uddannelse til videnskab og forskning i fysioterapi – den anden side i trekanten.

Fysioterapeuter videreuddanner sig også på ph.d. niveau, og knytter dermed forskningskompetence til professionen. Det har foreløbig resulteret i 8-10 færdige ph.d.er, ligesom en række ph.d. studerende er på vej. Det er nødvendigt for at skabe egen forskningstradition og for at udvikle eget vidensfelt. Vi er godt i gang, men vi er stadig bagefter de andre nordiske lande. Så der er grund til at tilskynde flere fysioterapeuter til at gå denne vej.

Begrebet videnskab er til debat. Teoriperspektiv, forståelse og indhold ændres hele tiden. I videnska-

bernes traditionelle hierarki har naturvidenskaben førsterang, mens humaniora og samfundsvidenskab er blevet betragtet som opkomlinge, der har svært ved at leve op til de etablerede videnskabelige krav. Tiden må siges at være løbet fra denne holdning.

De forskellige videnskabelige tilgange må ansues som forskellige teoretiske perspektiver, der skal anlægges med hver deres relevanskriterier. Afhængig af, hvilke teoretiske briller vi har på, bliver vi seende og blinde på bestemte måder. Det betyder så også, at vi som fysioterapeuter skal kende til de muligheder og begrænsninger, de enkelte perspektiver repræsenterer. Og at den videnskabelige sandhed om vores fag er begrænset af de briller, vi har på.

Det stærke krav om, at vi skal evidensbasere vores handlinger er på den ene side med til at sætte gang i forskning og udvikling, mens det på den anden side aktualiserer behovet for at vi forholder os til de barrierer, der ligger i det snævre evidensbegreb, der i dag råder.

Den konkrete fagudøvelse må gøres til genstand for undersøgelse, og dokumentation af faget må ske på måder, som både varetager og synliggør fagudøvelsens særpræg. Derfor ønsker jeg mig netop institutter for fysioterapi på universiteterne, så vi selv kan få mere indflydelse på, hvordan der forskes i fysioterapi.

Den nye vidensform, der udvikles hos de fagprofessionelle grupper er mere åben og orienteret mod helheder og det er med til at gøre opgaven vanskeligere. Viden må deles, for at helhedsløsninger kan nås.

Såvel den aktuelle sundhedspolitik som uddannelsespolitikken er med til at understøtte et andet af tidens mantraer – nemlig vidensdeling. De nye Centre for Videregående Uddannelser skal fungere som videnscentre og dermed dynamoer for udviklingen i de respektive områder. Grunduddannelsen skal være forskningstilknyttet. Det betyder, at der er etableret samarbejdsaftaler med universiteterne og der vil være mulighed for at etablere samarbejde med universitetshospitalerne og sektorforskningsinstitutterne.

Så her tegner sig billedet af et kreativt landskab med mange og gode muligheder for at skabe fornyelse og ny viden. En af de store barrierer er økonomien. Både uddannelsesreformens økonomiske ramme og den aktuelle finanslov kan give grå hår i hovedet i denne sammenhæng.

Og så til bundlinjen i det hele, eller trekantens fundament: praksis.



► PRAKSISUDVIKLING

Den fysioterapeutiske praksis er kernen i professionen. Det er i praksis vi henter vores legitimitet og eksistensberettigelse. Når det gælder debatten om hvordan teori og praksis skal vægtes i forhold til hinanden, vil jeg gerne slå fast, at ingen af disse har forrang for den anden. Teori og praksis skal ikke opfattes som hinandens modsætninger, men ses og forstås som to forskellige fænomener, der konstant udfordrer hinanden og spiller sammen. Det er to forskellige måder at fokusere på, to supplerende størrelser. Men praksis var der først og har sat rammerne for teorien og har genereret de videnskabelige hypoteser.

Det særlige ved praksis er, at praksis stiller krav om, at terapeuten evner at anskue verden ud fra netop den konkrete situation, der tages udgangspunkt i. Teori bestemmer valg af perspektiv – og vi har brug for teori som kan indfange sammenhænge mellem fænomener og ikke bare kaste lys på enkeltfænomener.

Teori kan aldrig erstatte praksis – det er patientens problemer og reaktioner, der hele tiden styrer det, vi foretager os – og denne tilpasning kan kun læres gennem praksis. Det handler om udvikling af en af vore fornemmeste kompetencer, nemlig det kliniske skøn og den terapeutiske kunnen.

I en tid med øgede krav til teori og dokumentation af faget, er det en stor udfordring at holde fast i fagets praktiske karakter. Ikke alt er målbart, men meget kan beskrives, hvis det gives ord – og hvis vi skaber et sprog, der kan rumme og indfange det ikke umiddelbart målbare. Måske er vores fysioterapeutiske fagsprog i virkeligheden mangelfuldt?

Det medicinske sprog, som vi er opvokset med, er i tiltagende grad blevet et spørgsmål om præcision og nøjagtighed. Det er godt og brugbart, når det handler om entydige definitioner og målelige størrelser og tal. Men sproget er begrænset og mekanisk og dårligt til at rumme de såkaldte bløde værdier. Vi har derfor brug for flere tilgange – også på det sproglige plan.

Det skulle gerne blive en hjælp til at få arbejdet med at systematisere og genrealisere disse beskrivelser, at vores specialistordning nu begynder at træde i kraft. De nye specialister kan få en god position i forhold til at opsamle og udvikle den dokumentation, vi allerede har gang i.

For udvikling af praksis er samspillet med de to andre sider i trekanten, uddannelse og forskning, helt essentielt.

Der skal være dialog og refleksion såvel indadtil – mellem uddannelse, forskning og praksis – som

udadtil. Vi eksisterer i kraft af vores patienter og kun i samspil med de øvrige sundhedsprofessioner. Det er en del af den professionelle forpligtelse, og jeg ved fra flere undersøgelser, at det også er dér, i samspillet om opgaveløsningen, at fysioterapeuter oplever at fagligheden rigtigt kommer i spil.

KILDEN TIL UDVIKLING

Som professionelle skal vi både kunne sige til og fra – vi skal ikke klare alt.

I begrænsningen ligger også styrken i den faglige kompetence og viden. I anerkendelse af andre fagkompetencer ligger også vished om sin egen. Jeg mener, at det er med den holdning vi skal møde udfordringen. Vores fagkultur skal af og til have et skud for boven – vi skal være selvstændige og selvsikre, men ikke kendes på, at vi er selvtilstrækkelige. Kilden til udvikling ligger nemlig også i berøringsfeltet med de andre faggrupper.

En ny professionsrolle er under udvikling. En tiltagende del af vores terapeutiske arbejde vil komme til at foregå i teams på tværs af funktions- og organisationsskel. I den nye rolle integreres værdier om helhed, effektivitet og vidensdeling i det professionelle arbejde. Vi må som professionelle begynde at diskutere og offentliggøre, hvad det er, vi arbejder med. Viden udvikler sig fra at være ekspertviden til at være en delt ekspertviden, og samarbejdsformer bevæger sig mod at blive mere åbne og med blødere faggrænser.

Vidensprotektionisme skaber ikke vækst. Vi skal være gavmilde med vores faglighed. Det vil skabe respekt og synlighed for de terapeutiske færdigheder. Det er tegn på professionelt overskud og ansvar for helheden.

Med et hastigt voksende evidensbaseret grundlag for fysioterapi er der grund til at være optimistisk. Trods farmakologiske landvindinger og genteknologiske fremskridt, vil der stadig være brug for den varme hånd, når mennesker skal på benene igen efter sygdom eller ulykke.

Vi skal styrke feltet omkring fysisk aktivitet og udfoldelse, arbejde med kropsforståelse og have fokus på bevægelse – her har vi "fremtidens lægemiddel". Forskning og dokumentation skal intensiveres, vi skal indhente efterslæbet og alle fysioterapeuter skal være med til at kvalitetssikre og udvikle faget fra hver sit sted.

Som en selvstændig profession med vores egen kompetence i fagfeltet, er målet, at vi har autonomi inden for vores felt, og at vi formår kontinuerligt at udvikle og drage omsorg for det fysioterapeutiske viden- og praksisfelt. ■



Selvom workshopperne, arrangeret af faggrupperne, konkurrede med internationale stjerner på den fysioterapeutiske himmel, var de et kæmpe trækplaster, hvor flere af tilhørerne måtte tage plads i vindueskarmene, hvis de overhovedet var så heldige at blive lukket ind.



Pæne piger & pengespild

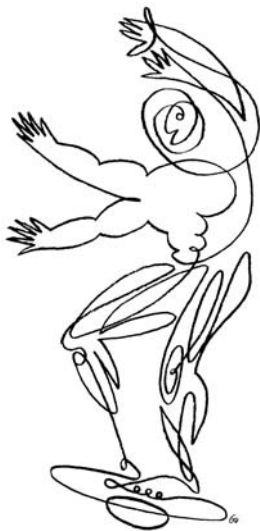
Er fysioterapeuter pæne piger, der er bange for at tage ledelsesopgaver? Og er det spild af penge at masseproducere ph.d'ere, hvis de nyuddannede akademikere efterfølgende vender tilbage til deres gamle arbejdsopgaver? Det var nogle af de spørgsmål, der blev rejst, da fysioterapifaget var til paneldebat på fagfestivalen

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

Morten Løkkegaard, studievært på DR-nyheder, havde fået opgaven at holde styr på de seks indbudte kombattanter, der på 50 minutter skulle debattere fremtidens fysioterapi. Et omfattende emne at få vendt på kort tid. Megen debat blev det da heller ikke til, men derimod en række udsagn og tanker fra paneldeltagerne, der måske alligevel gav stof til eftertanke for de 1.300 tilhørere.

Eksempelvis stillede fysioterapeut ph.d. Henning Langberg spørgsmålsteget ved det fornuftige i at masseproducere ph.d'ere, "hvis de efter tre år alligevel vender tilbage til deres gamle job. Jeg ser hellere, at man satser på at oprette et videnscenter, der kan tygge alt relevante forskning igennem, så det er let at gå til for klinikerne", sagde Langberg. Og dermed var bolden givet op til en debat om, hvor mange fysioterapeuter med akademiske videreuddannelser der er brug for.

Denne bold blev ikke returneret - derimod ville andre godt byde ind på forslaget om at oprette videnscentre. Eksempelvis læge og ledelseskonsulent Kjeld Fredens, der klart bakkede op bag "et center, der ikke skal forske, men koncentrere sig om at oversætte den mængde af forskning, der findes, så almindelige folk kan forstå, hvad der bliver skrevet".



De 1.300 tilhørere kunne efter paneldebatten trække vejret et øjeblik, inden de gik til "get-together-party" og for manges vedkommende fortsatte til aftenens generalforsamlinger i de forskellige fraktioner og faggrupper.

STÅR IKKE FORREST I KØEN

Sundhedsøkonom Jakob Kjellbergs anbefaling lød, at fysioterapeuter i fremtiden i større omfang får dokumenteret effekten af deres fag: "Selv om den offentlige økonomi er stram, er der ingen tvivl om, at der fremover vil blive brugt flere penge i sundhedsvæsenet. Spørgsmålet er imidlertid, om det er fysioterapeuter der står forrest i køen, når disse penge skal deles ud. Hvis fysioterapeuter skal have en større del af kagen, skal de satse på tre ting: Dokumentation, dokumentation og dokumentation".

FRI OS FRA GURUERNE

Meget i samme boldgade var professor Claus Manniche, der satte lighedstegn mellem fysioterapeuters indflydelse og anerkendelse, og hvor godt dokumenteret deres behandling er. Manniche efterlyste kliniske retningslinier. "Det er et rigtig godt ord, der kan sælge varen. Til gengæld vil det være dejligt at blive fri for de gurufille tendenser, der trives, hvor den ene eller anden behandlingsform på skift bliver ophøjet", sagde Manniche.

Han gjorde samtidig opmærksom på, at der er et stort råderum for fysioterapeuter, der ønsker

at forske i ryglidelser og rehabilitering. "Stort set ingen læger gider efterhånden at give sig i kast med disse usexede områder".

Fysioterapeut Kirsten Williams var enig med Manniche i, at det gælder om at dokumentere faget, ikke mindst overfor lægerne. "Jeg blev rigtig vred forleden dag, da jeg hørte en overlæge udtale, at der mangler evidens for effekten af fysioterapi. Alle os, der lige har været til verdenskongres i Barcelona og har rendt rundt med telefonbogtykke abstractbøger over den nyeste forskning, ved, at det ikke passer. Der er masser af dokumentation. Men overlægen havde også ret. Der mangler kliniske retningslinier for, at vi kan blive synlige over for lægerne og vores patienter", sagde Kirsten Williams og udpegede det til en af de væsentligste opgaver at få gjort noget ved i den nærmeste fremtid.

DE PÆNE PIGER

Fysioterapeut Susanne Petersen-Testrup mente, at fysioterapeuter i fremtiden ikke alene skal pleje den faglige side, men også tænke ledelse. For ellers løber de andre sundhedsfaglige grupper med ledelsesopgaverne, og dermed den indflydelse, det giver. Samtidig gav Susanne Petersen-Testrup et bud på, hvorfor mange fysioterapeuter er tilbageholdende: Der er stadig et lille stykke igen, inden de ledelsesfaglige forudsætninger er helt på plads. "Men vi er godt på vej", som hun sagde.

Det fik Kjeld Fredens til at replicere: "Fysioterapeuter er nogle alt for pæne piger. Sygeplejersker og læger tager rask væk ledelsesopgaver, selv om de har færre erfaringer eller er mindre kvalificerede. Så byd ind på opgaverne", lød opfordringen fra Kjeld Fredens.

KEBO CARE

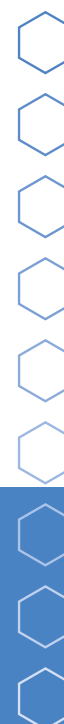
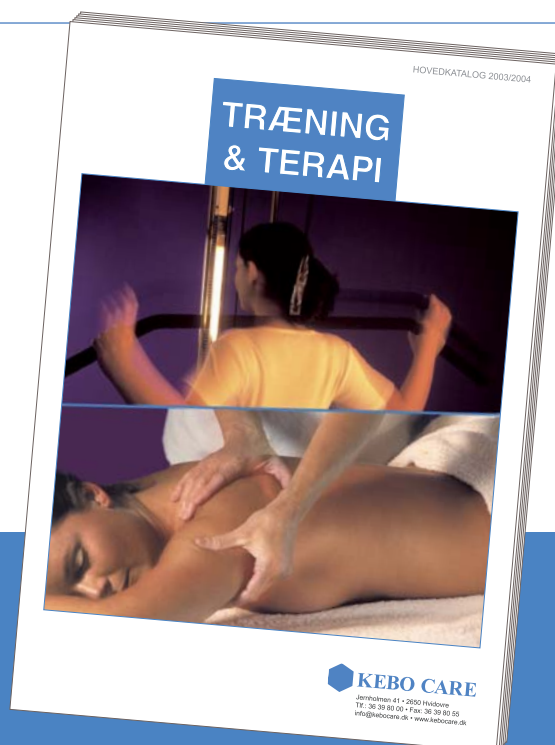
Nyt hovedkatalog spækket med udstyr til træning og terapi!

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



KEBO CARE

www.kebocare.dk



concept-i.dk

*"I er en faggruppe,
der har taget begrebet
livslang lærling til jer",
sagde Marie Dognahy*



Hver anden fysioterapeut er master om 10 år

Fysioterapeuter videreuddanner sig som aldrig før. Ikke alene i Danmark, men i hele Europa. Om 10 år er hver anden fysioterapeut master, forudsagde den britiske professor, Marie Dognahy

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

Generalforsamling i Pensionskassen

FOR ERGOTERAPEUTER OG FYSIOTERAPEUTER

Generalforsamling i Pensionskassen for Ergoterapeuter og Fysioterapeuter finder sted fredag den 23. april 2004, kl. 10.30 i PKA, Tuborg Boulevard 3, 2900 Hellerup.

Ifølge pensionskassens vedtægter har enhver delegeret ret til at kræve et bestemt emne optaget på generalforsamlingens dagsorden. Hvis øvrige medlemmer af pensionskassen ønsker emner behandlet på generalforsamlingen, må de kontakte de delegerede i deres kreds.

Forslag til emner til generalforsamlingens dagsorden skal fremsættes af en delegeret skriftligt senest 1. februar 2004 og sendes til Pensionskassen for Ergoterapeuter og Fysioterapeuter, Tuborg Boulevard 3, 2900 Hellerup.

Den egentlige indkaldelse med dagsorden til generalforsamlingen vil blive offentliggjort i Fysioterapeuten nr. 7/04.

Fysioterapeut og professor Marie Dognahy, der er leder af sundhedsuddannelsen på Queen Margaret universitetet i Edinburgh, har kigget i krystalkuglen. Og fremtiden ser lys ud, når det gælder fysioterapeuters vilje til at efter- og videreuddanne sig:

"Om 10 år vil hver anden fysioterapeut i EU have en masteruddannelse, og hver fjerde vil have eller være i gang med at tage en ph.d. Det tør jeg godt forudsige", sagde Marie Dognahy fra fagfestivalens talerstol.

Den britiske professor har i en årrække beskæftiget sig med uddannelsessystemerne i Europa, ikke mindst hvordan man sikrer ensartede og høje kvalitetsstandarder. Marie Dognahy har med andre ord en godt kendskab til niveauet i de enkelte europæiske lande. Og her ligger Danmark i den gode ende:

"Jeg har fået oplyst, at der er omkring 170 danske fysioterapeuter, der har en masteruddannelse og 8-10 med en ph.d. Det er flot", sagde Marie Dognahy, der benyttede lejligheden til at komplimentere, at 1300 fysioterapeuter har meldt sig til fagfestivalen: "Det tyder på, at I er en faggruppe, der har taget begrebet livslang lærling til jer. Det kan I glæde jer over. For efter- og videreuddannelse vil blive endnu vigtigere fremover", sagde Marie Dognahy. ■

Fokus på krav og udfordringer

Overfysioterapeut Dorrit Holten Pind talte til deltagerne i Danske Fysioterapeuters Fagfestival om de krav og udfordringer, faget og faggruppen står over for

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

"Forandringer er et grundvilkår, og livet fra undfangelsen én lang forandringsproces", sagde Dorrit Holten Pind blandt andet i sit indlæg på Fagfestivalen.

Hun talte om de udfordringer og krav om forandringsparathed, som rammer ansatte i sundhedssektoren, og leverede - med et citat fra sundhedsministeren - en hel remse: "Vi skal øge produktiviteten, prioritere, rationalisere, bevise vores værd, øge specialiseringen og reducere barriererne mellem faggrupperne".

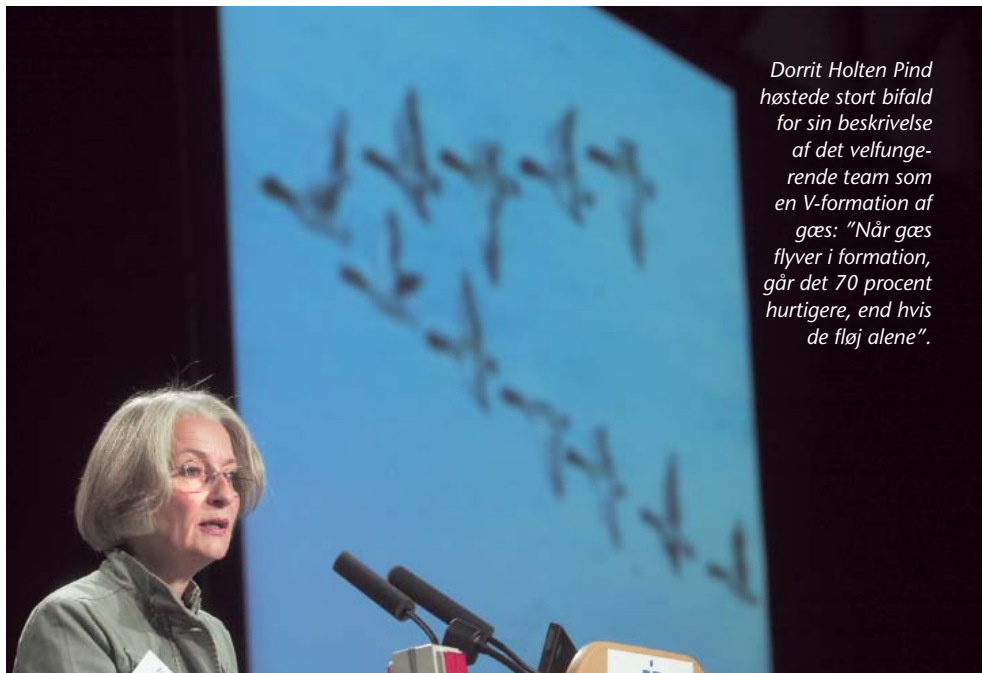
Oveni lagde Dorrit Holten Pind så de mange krav fra brugerne, der som borgere i vidensamfundet forventer mere og mere. Alt i alt et regnestykke, der giver krav om læring og kompetenceudvikling.

Dorrit Holten Pind roste det systematiske kompetenceløft, der er i gang på arbejdspladserne, men hun advarede samtidig imod faren ved at lade kravene føre til personlig stemping, stress og nederlag.

KVALIFICERE ELLER DEKVALIFICERE

Dorrit Holten Pind talte desuden om teamsamarbejdet, som hun så som en styrke, men med indbyggede farer.

"Hvis fysioterapeuten får opgaver, der ikke kombineres med kernefagligheden, bliver vi aflastere for andre fag. En videreudvikling af samarbejdet i teams på tværs af fag kan ende med, at alle i teamet løser alle opgaver lige godt. Og så skal vi til at overveje, om det er en kvalificering eller en dequalificering".



Dorrit Holten Pind høstede stort bifald for sin beskrivelse af det velfungerende team som en V-formation af gæs: "Når gæs flyver i formation, går det 70 procent hurtigere, end hvis de fløj alene".

Hvis fysioterapien skal opretholde sin position i teamet, handler det om faglighed, men også om image, sagde Dorrit Holten Pind.

"Vi vil gerne ses af andre som værende nødvendige, vi vil anerkendes, og vi vil være attraktive både for vores samarbejdspartnere og brugere. Men hvad er det så vi hører, når andre fortæller om os", spurgte Dorrit Holten Pind og gav selv svaret: "Fysioterapeuter er energiske, dygtige, sportslige, grundige, lidt frelst og fagstolte grænsende til egocentriske".

"Vi skal finde ud af, hvad det er, vil gerne vil være kendt for. Hvad er den gode historie om os og betydningen af vores arbejde. Det handler om image, retorik og design. Vi skal se på formens betydning, når nu indholdet er i orden", sagde Dorrit Holten Pind og pegede på det øgede fokus på træning som en oplagt anledning til profilering af faget. ■

Dorrit Holten Pinds præsentation kan downloades fra www.fysio.dk/fagfestival



Kjeld Fredens' billede af fysioterapiens fremtid var hentet hos søens folk: "I sejler mod fremtiden på et træskib, der ikke er færdigbygget. I har fået forbud mod at lægge til, så hvis I vil bygge eller reparere noget, sker det, mens I sejler", sagde han.

Om at give og tage

Et af budskaberne på Fagfestivalen var, at fysioterapeuterne i neurorehabiliteringen har givet mere til de tværfaglige team, end de har fået. Et andet budskab var, at det er på tide at tage selv

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Fysioterapeut Karen Hastrup, nybagt specialist i neurofysioterapi, talte ved Fagfestivalen om profilen på dansk neurofysioterapi, som hun især mener er kendetegnet ved en øget selvstændiggørelse.

"Professionen står på egne ben i højere grad end tidligere. Kerneindsatsen er udviklet, og vi har styrket vores identitet i de tværfaglige team gennem formidling af utrolig meget viden til teamet. Men jeg oplever en tværfaglig mætning. Det er som om, vi har givet mere, end vi har fået", sagde Karen Hastrup blandt andet i sit indlæg om profilen på dansk neurofysioterapi.

I KAN SAGTENS ALENE

Dagen før var ledelseskonsulent Kjeld Fredens på podiet. Han skulle tale om fysioterapiens fremtid, og selvom han gjorde meget ud af at fortælle, at han ikke kan spå, var det alligevel som om, han med sit indlæg trak en rød tråd til Karens Hastrups indlæg.

Kjeld Fredens har tidligere har været ansat som udviklingschef på Vejlefjord Center for genoptræning af hjerneskadede og har der beskæftiget sig meget med tværfaglighed i neurorehabiliteringen.

"Det er mig en gåde, hvorfor fysioterapeuterne ikke for længe siden har sat sig på hele hjerneskaderehabiliteringen. I kan sagtens gøre det alene", sagde Kjeld Fredens med tilføjelsen: "Men I er så dumme!".

Johnny Kuhr benyttede Fagfestivalen som anledningen til at hylde Danmarks tre første specialister i fysioterapi, Karen Hastrup, Merete Husum og Henning Langberg.



Fysioterapeuten hev efterfølgende fat i ham for at få uddybet budskabet.

"Jeg mente, at fysioterapeuterne burde stå som den centrale faggruppe i rehabiliteringen. Der vil være brug for et samarbejde med andre faggrupper, men fysioterapeuterne kunne fylde langt mere i landskabet", forklarer Kjeld Fredens og fortsætter:

"Det er på verdensplan i stigende grad blevet den foretrukne fremgangsmåde at arbejde med mange forskellige og samtidige teknikker. Revalideringsprogrammerne er en kombination af fysisk træning, praktisk arbejde, kognitive metoder, kommunikationstræning, social træning, psykoterapi og andre tiltag, afhængig af den enkelte elevs behov".

"Man har hidtil lavet en arbejdsdeling, hvor nogle tager sig af den fysiske træning og andre - psykologer - af den kognitive. Min pointe er, at fysioterapeuterne skal medinddrage den kognitive træning i de fysiske aktiviteter; det er to sider af samme sag. Begrundelsen er den, at kognition er sansemotorisk koordination. Der findes ingen sansemotorisk koordination uafhængig af kognition", siger Kjeld Fredens.

"I stedet for at arbejde med rene kognitive processer som opmærksomhed, hukommelse og tænkning, så begynder man med den konkrete, kropslige situation. Det er på denne kropslige funktion, man kan bygge de øvrige kognitive funktioner: Sproget kommer lettere, når man bruger hænderne samtidig, hukommelsen styrkes af, at det, der skal huskes, allerede eksisterer i bevægelsen".

MAN SKAL KUNNE SPILLE SPILLET

I det hele taget er fysioterapiens fremtid præget af faggruppens evne til at ville selv, at gøre selv og at tage selv.

"Fremtiden er ikke længere noget, man spår om, men noget, man spiller om. Hvis I vil have en fremtid, skal I kunne spille spillet", sagde Kjeld Fredens i sit oplæg.

I hans version af spillet er dagsordenen ikke noget, man sætter selv, den spiller man også om. Og spillerne er mange. Fra patienter til andre faggrupper, over politikere, medier og det øvrige samfund.

Kjeld Fredens rådede dem, der vil spille og have en chance for at vinde, til først og fremmest at være innovative.

"I dag kan man ikke sikre sin fremtid ved bare at blive ved med at gøre det, man gør godt - det er jo bare mere af det samme. Man skal finde ud af, hvor der er mulighed for at tænke nyt og komme videre".

"Hvor innovative er I?", spurgte Kjeld Fredens og tilføjede: "Innovationen styres ikke af generaler ved et skrivebord. Innovationen ligger hos frontsoldaterne. Det er ikke rart at være i fronten - hvis du går i sort, er du død - men det er der, mulighederne er".

Ifølge Kjeld Fredens er det en forudsætning for at kunne skabe innovation, at både praktisk, analytisk og kreativ intelligens er til stede i organisationen. Det handler om at få øje på de nye ideer og gøre noget, før andre gør det, sagde han og nævnte det øgede fokus på træning som eksempel.

"Her skal fysioterapeuter byde ind. I skal selv finde ud af, hvem I vil samarbejde med, men I skal heller ikke være bange for at sige 'skal vi ikke tage det selv?'. Og hvis I vil tage det selv, skal I bare finde ud af, hvem I *kunne* være sammen med, og så gøre det bedre end dem - så får I det".

Karen Hastrup er fysioterapeut, faglig ressourceperson i neurorehabilitering og tværfaglig praksisvejleder. Specialist i neurofysioterapi. Hendes præsentation fra oplægget "Neurofysioterapi i Danmark - hvad skaber profilen?" kan downloades fra www.fysio.dk/fagfestival.

Kjeld Fredens er ledelseskonsulent og tidligere udviklings- og forskningschef ved Vejle fjord Center. Vismænd i Kompetencerådet. Har været læge og hjerneforsker ved Århus Universitet, seminarirektor ved Skive Seminarium og redaktør af tidsskriftet Kognition og pædagogik.

fakta

At få 1300 deltagere
indskrevet i god ro og
orden er en opgave,
der kræver overblik.



Selvom faget var i fo-
kus, spillede også det
sociale en meget væ-
sentlig rolle.





Fagfestivalen havde deltagere i alle aldre – både ny- og ufødte.



Hjernen husker smelterne

Tidligere smerteerfaringer har betydning for patienternes smerteoplevelser. Rådgivning om aktivitetsbegrænsning bør undgås og patienterne skal støttes i at bruge deres krop

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

Det sidste nummer af fagbladet bragte et oversat kapitel fra Louis Giffords bog Pain Management. I kapitlet gør han rede for de multifaktorielle faktorer, der har indflydelse på smerte og smerteopfattelsen. Han opfordrer fysioterapeuter til at tage udgangspunkt i en bio-psykosocial forståelse i smertebehandling.

Louis Giffords oplæg på fagfestivalen tog samme udgangspunkt. Han fremlagde sit syn på smerte, coping af smerte og smertebehandling.

Han startede med at beklage, at fysioterapeuter stadig har en begrænset viden inden for smerteområdet og opfordrede alle til at dykke ned i den nyeste smerteforskning.

Fysioterapeuten fik lejlighed til at stille Louis Gifford nogle spørgsmål efter fagfestivalen.

EN MELODI DER IKKE HOLDER OP

Det handler ifølge Louis Gifford om at undgå, at smelterne lagres permanent i hjernen og dermed skaber en kronificering. "Smelter kan være som en melodi, man hører i radioen, og som man mod sin vilje bliver ved med at høre", sagde Louis Gifford i sit indlæg om smertemekanismer.

På mange måder reagerer mennesker på kroniske smelter på samme måde som ved ekstrem udmattelse. Louis Gifford tog udgangspunkt i den kropslige fokusering, der opstår for eksempel i forbindelse med et maratonløb, hvor øget følsomhed og somatisering er typisk. Verden indsnævres til kun at dreje sig om at fortsætte løbet og overvinde smerten, så man kan gennemføre. Der spares på al unødvendig bevægelse, og selv et smil er der ikke overskud til. Den samme reaktion observeres ifølge Louis Gifford også hos kroniske smertepatienter, hvor der ses en

ændring i bevægemønstre, nedsat fysisk aktivitet, øget træthed, nedsat sexlyst, madlede, social tilbagetrækning og aggressiv adfærd.

Hvis man kender disse reaktionsmønstre, kan man finde frem til, hvilke muligheder man har for fremme helingsprocessen og dermed smertedæmpe patienten. Kost, hvile, fysisk aktivitet i form af lavintensitets træning, afslapning, kognitiv træning og inddragelse af familien og netværket er alle nødvendige tiltag i smertebehandlingen.

BØRNS VILDE LEGE FOREBYGGER SMERTER

Louis Gifford mener, at børns leg er med til at hærde dem og dermed forebygge, at senere smelter kronificeres. "En af mine hovedpointer i mit indlæg var, at smelternes karakter og individuelle faktorer gør, at det er nødvendigt med en multifaktoriel tilgang til smelterne. En af de faktorer, der kunne være årsag til kronificering kunne være manglen på tidlige erfaringer med coping af kropslig smerte", forklarer Louis Gifford.

De tidlige smerteerfaringer, børn får under vild fysisk leg, og omgivelsernes reaktion på børnenes smerte er med til at modne dem og vil sandsynligvis have betydning for, hvordan de senere reagerer på smertepåvirkninger. Louis Gifford kalder det en social læringsproces, der er afgørende for, hvordan vi forstår smelterne og meningen med dem. Vi lærer ifølge Louis Gifford tidligt, hvordan vi kommunikerer, at vi har ondt, hvorvidt vi skal gå til læge eller ej, om vi skal have behandling, og hvordan vi skal reagere på behandlingen (Main, Parker, 2000).

"De fleste undersøgelser fokuserer på den negative effekt af tidligere smerteoplevelser. Al respekt for det. Men jeg tror også, at man kan komme styrket ud af tidligere smerteerfaringer", siger Louis Gifford. Immunsystemet er et godt eksempel, mener han. Helt små børn putter alt i munden, hvis de får lov til det. Det er med til at udfordre og dermed udvikle deres immunsystem. Levede vi et totalt sterilt miljø som børn, ville vi blive meget sårbare som voksne.

Louis Gifford er i gang med at søge viden om tidligere erfaringers betydning for smertereaktioner. En af hans teorier er, at vestens livsstil, hvor børn

Rådgivning er en vigtig del af smertebehandlingen. Patienternes smerteadfærd er præget af de smerteoplevelser, de har haft som børn, og fysioterapeuten skal medinddrage disse tidlige erfaringer i deres behandling.

Louis Gifford holdt to oplæg om smelter på fagfestivalen.

Læs abstract på www.fysio.dk/fagfestival.



Louis Gifford mener, at børns vilde leg kan modne dem, så de bedre kan tackle smerter senere i livet. Fysioterapeuten fik lejlighed at interviewe Louis Gifford i forbindelse med fagfestivalen.



pakkes ind i vat, er med til at gøre os ekstra sårbare over for smerter.

UNDGÅ BEGRÆNSNINGER

Hvordan ser et ben ud, efter det har været gipset i en måned? spurgte Louis Gifford i forbindelse med sit oplæg. Butler et al har undersøgt resultatet af fire ugers immobilisering på ankelleddet. De fandt forandringer i temperaturen (enten varmere eller koldere), bevægelsesindskrænkninger, forandringer i følesansen, prikken og stikken i benet, unormal svedreaktion. Forandringerne holdt i 4-5 uger efter at gipsen var fjernet.

"Immobilisering ødelægger det sensoriske system, og forandringerne påvirker også andre væv", siger Louis Gifford. Han mener derfor, det er vigtigt, at fysioterapeuter gør patienterne trygge ved bevægelse og ikke udstikker forbud om for eksempel at bukke sig eller vride ryggen.

"Vi ved fra forskningen, at frygten for visse bevægelser og fysisk aktivitet i almindelighed kommer fra den rådgivning, patienterne har fået hos blandt andet fysioterapeuten. Et af mine mål med mit oplæg på fagfestivalen har derfor været at få fysio-

terapeuter til at tænke over konsekvensen af deres rådgivning", siger Louis Gifford.

Kroniske smertepatienter har ofte en helt forkert opfattelse af deres smerter, og hvad de smertefulde væv kan holde til. "Vi må som fysioterapeuter tænke os om og ændre vores måde at kommunikere på – og det betyder også, at udfordre det vi har lært", siger Louis Gifford.

SMERTEN SKAL KONTROLLERES

For at undgå kronificering skal patientens smerter dæmpes så hurtig som muligt. "Fysioterapeuten skal bruge alt, der har effekt og ikke have en favoritteknik, der bruges til alle patienter med samme problemstilling", siger Louis Gifford. I uddraget fra bogen *Topical Issues in Pain 2*, der blev bragt i *Fysioterapeuten* 21, opfordrer Gifford fysioterapeuter til at tage ved lære af andre faggruppers metoder. I uddraget anbefaler Gifford blandt andet at se nærmere på alternative behandles måde at forstå smerte og behandling af smerte på.

Også i sit indlæg på fagfestivalen var Louis Gifford inde på, at fysioterapeuter skal forlade det traditionelle fokus på det beskadigede og smertefulde ►

Smerte web

Louis Gifford har publiceret en artikel på den engelske hjemmeside "The Physiotherapy Pain Association". Artiklen drejer sig om patienters angst for bevægelse og fysioterapeuters rolle i den sammenhæng. Artiklen "Therapist and patient fear of bending: Does the McKenzie approach - need a shift?" kan downloades fra <http://www.ppaonline.uk/co.uk/mckenzie.html>

I "The Back Book" kommer Mark Roland blandt andet ind på rådgivningens betydning for effekt af rygbehandling. ISBN 011 3223129
Bogen kan bestilles på www.amazon.co.uk

- væv og i stedet medinddrage holdninger, følelser og smerteadfærd i sin behandling.

En af redskaberne i den tidlige rehabilitering er smertedæmpning, og ifølge Gifford er det ligegyldigt, hvordan smerterne dæmpes. "Det er et problem, at vi endnu ikke har tilstrækkelig evidens, når det handler om individuel smertekontrol. Der mangler generelt forskning om anvendelsen af forskellige teknikker, medicin, kirurgi som led i en smertebehandling (Nachemson et Jonsson, 2000).

Fysioterapeuter er forskellige, ligesom deres patienter er det. En behandling givet af en fysioterapeut kan vise sig at være ineffektiv, men samme behandling kan vise sig at have effekt på nøjagtig den samme patient, hvis den anvendes af en anden fysioterapeut", siger Louis Gifford.

BARE DET VIRKER

Hvis fysioterapeuter anerkender de psykosociale mekanismer og accepterer, hvilken indvirkning en given behandling har på smerteprocessen, kan det efter Giffords mening være i orden at bruge en hvilken som helst metode – bare det virker.

"Jeg vil gerne understrege, at det, der helt sikkert ikke virker, er kun at angribe smertebehandlingen på én måde. Hvis man kun benytter akupunktur til en patient og ikke andet, så er det efter min mening forkert. Så mangler man helt at få gjort noget ved patientens smerteadfærd og hans forståelse for smerten og betydningen af at være fysisk aktiv. Fysioterapeuters behandling skal rette sig mod de områder i smerterehabiliteringen, som vi ved, har betydning, og som har vist sig at have mest evidens. Det vil sige psykosociale metoder, rehabilitering med henblik på aktivitet og funktion og smertehåndtering. Og ikke behandling der er præget af passive behandlingsmetoder".

FORANDRING FRA GRUNDUDDANNELSEN

Grunduddannelsen spiller en vigtig rolle i udbredelsen af en ny forståelse for smerter og smertebehandling. "De fleste studerende er meget modtagelige for ny viden og endnu ikke fastlåste i deres valg af behandlingsmetoder. Forandringen skal komme fra dem, men det kræver, at underviserne har den fornødne viden. I England, hvor jeg primært underviser, er der kun sjældent undervisere fra grunduddannelsen med på kurserne. Andre kolleger, som underviser inden for det biopsykosociale felt har samme oplevelse, og det er beklageligt", siger Louis Gifford.

Der er også meget viden at hente hos de fysioterapeuter, der arbejder på smerteklinikkerne, hvor

man bruger kognitive adfærdsregulerende teknikker. Louis Gifford anbefaler i den forbindelse fysioterapeuter at læse "biblen" inden for smerte "Pain management" skrevet af Main Spanswick.

"Fysioterapeuter er praktikere. Vi lærer bedst ved at se andre behandle rigtige patienter. De fysioterapeuter, der er dygtige på feltet, skal overtales til at afholde kurser. Besøg på smerteklinikker og engagement i smertehåndteringsprogrammer kan også være med til at give fysioterapeuter den nødvendige viden om smerterehabiliteringen", siger Louis Gifford.

"Forandringer tager tid, men de er mulige. Den seneste forskning inden for smerte viser, at praksis er ved at ændre sig på baggrund af den nye viden". ■

REFERENCER

Evans D, (2003). Placebo. The belief effect. Harper Collins, London

Gifford L S (2001). Perspectives on the biopsychosocial model part 1: Some issues that need to be accepted? In Touch, The Journal of the Organisation of Chartered Physiotherapists in Private Practice Autumn issue No 97: 3-9

Gifford L S (2002). Perspectives on the biopsychosocial model part 2: The shopping basket approach. In Touch, The Journal of the Organisation of Chartered Physiotherapists in Private Practice Spring issue No 99: 11-22

Gifford L S (2003). Perspectives on the biopsychosocial model part 3: Patient example - using the shopping basket approach and graded exposure. In Touch, The Journal of the Organisation of Chartered Physiotherapists in Private Practice Spring issue No 102: 3-15

Gifford L S, Thacker M, Jones M (2004). Physiotherapy and Pain. In: McMahon S, Koltzenburg M (eds) Wall and Melzack's Textbook of Pain, 5th Edn Churchill Livingstone, Edinburgh In press

Main C J, Parker H (2000). Social and cultural influences on pain and disability. In: Main C J, Spanswick C C (eds) Pain Management an interdisciplinary approach Churchill Livingstone, Edinburgh 43-61

Nachemson A L, Jonsson E (eds) (2000). Neck and Back Pain. The scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Sagan C (1997). The Demon-Haunted World. Science as a candle in the dark. Headline, London

Er depression skyld i smerter hos den kroniske smertepatient eller fører kroniske smerter til depression?

Psykolog Søren Frølich gennemgik de psykosociale faktorer, der har betydning for smerteoplevelsen.

Foto: Vibeke Pilmark



Biologiske og psykologiske smertemekanismer

Patologien bag hovedpine og smerteopfattelse og coping var temaet for to oplæg på fagfestivalen

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

Smerteårsager og -behandling var emnet for en række af fredagens indlæg på fagfestivalen. Læge Rigmor Jensen fra Dansk Hovedpinecenter på Glostrup Amtssygehus præsenterede i sit oplæg de patologiske faktorer for myofasciel hovedpine. "De uspecifikke, diffuse smerter er karakteristiske for myofasciel hovedpine", sagde Rigmor Jensen. Hovedpinen ledsages ofte af smerter i skuldre, nakke og arme. Patienterne angiver smerterne som strammende, pressende smerter, der udløses under aktivitet og forsvinder i hvile.

De myofascielle smerter ses i forbindelse med for eksempel hovedpine, low back pain, lokale smertetilstande, kæbeledsproblemer og fibromyalgi.

Man anslår, at mellem 14 og 28 procent af befolkningen har myofascielle smerter i enten skulder, ryg og nakke. Op mod 74 procent af befolkningen har i det sidste år haft episodisk spændingshovedpine, mens man mener, at tre procent lider af kronisk spændingshovedpine.

Selvom således 150.000 danskere lider af kronisk hovedpine, er der ifølge Rigmor Jensen ikke forsket særligt meget i denne sygdom. Hun karakteriserede smerterne ved kroniske hovedpine således:

- Bilaterale
- Pressende, trykkende
- Milde/moderate
- Ingen forværring
- Kun et ledsagesymptom i modsætning til f.eks. migræne
- Større end eller 15 dage med hovedpine pr. måned.

HVAD SKER DER?

Rigmor Jensen har undersøgt, hvilken indflydelse de forskellige signalstoffer har på smerteopfattelsen. Det har vist sig, at man ikke kan identificere et enkelt signalstof, der alene påvirker smerterne. Det er en kombination af alle signalstoffer, der har effekt på smerterne.

Man har desuden set ved forsøg, hvor man har induceret smerterne med tryk, set, at kronisk hovedpinepatienter, reagerer voldsommere på smerter end en tilsvarende kontrolgruppe. Flere undersøgelser har således påvist en central sensibilisering hos kroniske smertepatienter.

Indtil videre har man ikke kunne registrere iskæmi eller ændret metabolisk flow i den smertefulde muskulatur hos de kronisk smertepatienter. Det taler for, at de myofascielle smerter er inducerede af centrale mekanismer.

KATASTROFETANKER FORVÆRRER SMERTE

Psykologiske faktorer har stor betydning for smerter, og den måde de opfattes på. Sundhedspsykolog, cand. psyk. Søren Frølich har gennem sit

Overlæge Rigmor Jensen og psykolog Søren Frølich gennemgik i deres oplæg de faktorer, der har betydning for smerter. Rigmor Jensen tog primært udgangspunkt i biologiske faktorer og Søren Frølich de psykosociale faktorer.

indgang

- arbejde med kroniske smertepatienter oplevet, at mange af patienterne udvikler depressioner som følge af kroniske smerter.

"Katastrofetanker forværrer angsten og dermed smerterne", siger Søren Frølich. "Vi ved i dag, at smerte er fysiologisk betinget, men vi ved også at den påvirkes af psykologiske forhold". Selve smerteoplevelsen foregår i det enkelte menneskes bevidsthed, og den er påvirket af forskellige konkurrerende forhold.

"Smerteoplevelsen er en sensorisk og emotionel følelse af ubehag og lidelse. Hvis den ikke var emotionelt betinget, ville den bare være en fornemmelse". Derfor vil smertepatienter ifølge Søren Frølich kunne nedsætte smerter ved at arbejde med de emotionelle sider.

Tryghed, følelsen af kontrol og at have handlemuligheder er med til at formindske smerteoplevelsen. Behandlingen af kroniske smerter fører mange skuffelser med sig og patienten kan let komme til at føle, at smerterne kommer til at fylde hele hans

liv. Det har desuden vist sig, at der er en tæt sammenhæng mellem depression og smerter.

"40 procent af smertepatienterne har en lettere depression, og man kan med rette spørge, hvad der er hønen og ægget?", siger Søren Frølich.

KRONIFICERINGSFAKTORER

Den psykologisk smertebehandling har som mål at begrænse smerternes negative indflydelse på patienternes livskvalitet samt lære dem nogle effektive copingstrategier. Et vigtigt element i smertebehandlingen er at få hævet patienternes aktivitetsniveau og få styrket deres sociale liv. For at kunne påvirke smerteoplevelsen, er det ifølge Søren Frølich vigtigt at forstå, hvilke faktorer, der fører til kronificering:

Biologiske faktorer

- Dispositioner
- Tidligere patogenetiske traumer
- Somatisk komorbiditet

Psykologiske faktorer

- Personlighedstræk
- Livshistorie
- Holdninger
- Psykisk komorbiditet

Samfundsniveau

- Familie og socialt netværk
- Arbejdsforhold
- Økonomi herunder uafklarede pensionssager.

Behandlingssystemet

- Praktiserende læge
- Specialister
- Sygehus
- Hjemmepleje

Der er oprettet smerteskoler flere steder i landet. Skolerne kan benyttes af de kroniske smertepatienter, efter deres medicinske behandling er blevet stabiliseret. Søren Frølich har i forbindelse med sit abstrakt til fagfestivalen omtalt Sternbachs 12 råd til smertepatienter fra bogen Mastering Pain. Ballantine Books, 1987. Læs abstrakt på www.fysio.dk/fagfestival

På Søren Frølich hjemmeside kan man læse mere om kroniske smerter, smerter og sexualitet, ny litteratur mv.: <http://home6.inet.tele.dk/frolich/>

LLLT - Low Level Laser Therapy

Laserlys til smerter og ophealing



– effektiv til sår, led og muskler, samt akupunktur

Easy-leasing af vores laserudstyr med 6 måneders prøvetid!

Laser seminar afholdes løbende i Jylland og på Sjælland.

Dato for seminar kan ses på:

www.easy-laser.dk



For yderligere information ring tlf.: 7571 1090



Easy-Laser

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

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

LASERTERAPI = evidensbaseret fysioterapi

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: 16. december 2003 kl. 17.30-21.00

Aalborg: 3. februar 2004 kl. 17.30-21.00

Holstebro: 4. februar 2004 kl. 17.30-21.00

Odense: 5. februar 2004 kl. 17.30-21.00

Holbæk: 24. februar 2004 kl. 17.30-21.00

København: 9. marts 2004 kl. 17.30-21.00

EVIDENS

Den Norske Sundhedsstyrelse godkender laserterapi som effektiv og berettiget. Godkendelsen er baseret på en række af viden 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.

Se mere på www.andi.dk

ANDI ELECTROMEDICAL har udviklet og produceret laserterapiudstyr siden 1982.

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

**Afprøv
POWER LASER
gratis i 3 uger**

Data om diskogene smerter mangler

Dysken imellem hvirvlerne er smertekilden hos størstedelen af patienter med lænderygsmerter

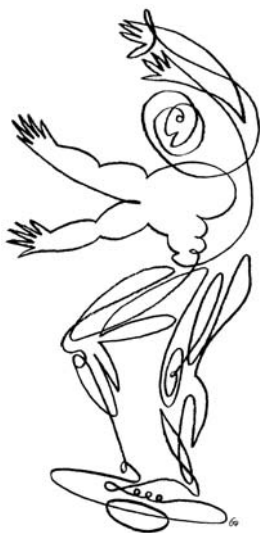
AF FYSIOTERAPEUT OG PH.D. TOM PETERSEN

Diskogene smerter var emnet for fredagens foredrag af Ronald Donelson, læge og McKenzie-ekspert, USA.

Dr. Donelson fremlagde de eksisterende data fra en række videnskabelige undersøgelser, som han mener understøtter hypoteserne om, at dysken er den hyppigst forekommende smertekilde, at dyskens bløde kerne flytter sig bagud ved foroverbøjning og fremad ved bagoverbøjning, og at tilstanden kan bedres hurtigt ved mekanisk diagnose og terapi (McKenzie-metoden).

Hovedbudskaberne var:

- Undersøgelsen af Kuslich et al. (Orthop.Clin. North.Am.1986,211-218) viste, at dyskens bindevævsring og en irriteret nerverod var de anatomiske strukturer, som var hovedansvarlige for lænderygsmerter.
- Adskillige kadaver-undersøgelser har vist, at dyskens bløde kerne flytter sig bagud ved foroverbøjning, hvilket må formodes at provokere en allerede smertefuld disk. Omvendt flytter den bløde kerne sig fremad ved bagoverbøjning, og kan derved lette smerten.



- En undersøgelse af Kopp et al. (Clin Orthop., 1986,211-218) viste, at ud af 67 patienter med akut diskusprolaps, var 97 procent i stand til at opnå normal bagoverbøjning i ryggen i løbet af 3 dage, og 35 patienter kunne behandles uden operation med McKenzie-metoden.
- Hverken naturlig heling eller almindelige svingninger i symptomerne kan logisk forklare de øjeblikkelige ændringer i smerten, som er dokumenteret ved undersøgelse og behandling med McKenzie-metoden.
- Donelsons egen undersøgelse i Spine (1997,1115-1122) viste, at diskogene smerter (diagnosticeret med diskografi) kunne findes hos 74 procent af de patienter, hvis smerter kunne centraliseres, hos 69 procent af patienter, hvis smerter kunne periferiliseres, og hos kun 13 procent af de patienter, som ikke kunne ændres ved McKenzie-undersøgelsen.

FORFATTERENS KOMMENTAR

De data, som afgørende kan understøtte Donelsons standpunkt mangler stadig, nemlig en undersøgelse der viser, at lænderygpacienter med positiv diskografi før behandling, som bliver symptomfri under McKenzie-behandling, derefter har negativ diskografi.

Læs Donelsons abstracts "Is There More Evidence For Discogenic Pain Than We Realize?" og "The Significance of Identifying Sub-groups with Low Back Pain" på www.fysio.dk/fagfestival



Ronald Donelson, læge og McKenzie-ekspert, USA, holdt foredrag om underinddeling af den store uhomogene gruppe af patienter med uspecifik lænderygbesvær

AF FYSIOTERAPEUT, PH.D. TOM PETERSEN

Donelson startede med at angribe det typiske design af randomiserede kliniske undersøgelser (RCT) inden for lænderygområdet. Disse undersøgelser inkluderer en uhomogen gruppe af uspecifik lænderygbesvær, som består af en række forskellige anatomiske eller fysiologiske årsager til symptomerne. Derved bidrager de ikke til at finde den bedste behandling til den enkelte patient, og det bliver meget vanskeligt for klinikerne at bruge resultaterne fra forskningen i daglig praksis.

Yderligere er resultatet, at RCT'erne ofte viser ingen eller minimal forskel imellem de testede behandlinger. Han illustrerede sit standpunkt med eksemplet smerter i brystkassen. Hvis man randomiserede patienter med uspecifikke brystsmerter til behandling med nitroglycerin, syrehæmmere eller ingenting, ville der sandsynligvis ikke være nogen statistisk signifikant forskel i effekt. Hvis man derimod identificerede en undergruppe med symptomer i brystet stammende fra hjertet, ville behandling med nitroglycerin være klart bedre end de øvrige. Hvis man omvendt havde udskilt

en undergruppe med symptomer fra fordøjelsessystemet, ville behandling med syrehæmmere være tydelig bedst.

ADTO-MODELLEN

Donelson anbefaler ADTO-modellen (Assessment, Diagnosis, Treatment, Outcome), som har bevirket succes for medicinsk videnskab igennem tiderne.

Donelsons bud på en underinddeling af uspecifik lænderygbesvær efter ADTO-modellen var ikke overraskende baseret på McKenzie-metoden til mekanisk diagnostik og terapi. Han gennemgik en række undersøgelser af svingende kvalitet, som kan understøtte 1) pålideligheden af undersøgelsesmetoden, 2) prognostisk værdi af fundene retningspræference og centralisering til at forudsige effekt af fysioterapeutisk behandling, og 3) hans egen undersøgelse fra 1997, som antyder, at der er sammenhæng imellem en smertefuld diskus og centralisering/periferisering af symptomerne.

Hvad angår behandling, hvor målet for patienten er at reducere og kontrollere smerte og funktionsbesvær, henviste Donelson til 2 RCT'er: Larsen et al., *Spine*, 2002, 2742-2257 og en undersøgelse af Long et al. på vej til publikation. Begge viste, at undersøgelse og behandling efter McKenzie-metoden var mere effektiv end kontrol-behandlingen.

Efter Donelsons mening er der nu overbevisende argumenter for, at der kan findes pålidelige og gyldige undergrupper af lænderygpatienter, som



Artiklens forfatter, fysioterapeut, ph.d. Tom Petersen.

Spændingshovedpine



■ *Samspillet mellem oralfysiologi og fysioterapi v. specialtandlæge Per Styhlg og fysioterapeut Inger Kiær:*

Hovedpine er en af de mest resourcekrævende tilstande både for den enkelte og for samfundet. Ved et godt tværfagligt samarbejde kan der opnås gode resultater. Som ved al anden behandling kræves en hel holdningsundersøgelse, idet der er afhængighed mellem kæbeledenes stilling og funktion og columnas krumninger. Således vil enhver cervical sidebøjning som kompensation for scoliose længere distalt i columna medføre en deviation af underkæben

væk fra den forkortede side med øget spænding i nakkemusklerne som resultat. Ligeledes er der afhængighed i sagittalplanet. Ved behandling med forskellige manuelle behandlinger, afspænding, udspænding og holdningskorrigerende øvelser sammen med den bidfunktionsrettede korrektion hos specialtandlægen opnåede oplægsholderne gode resultater med tilfredshed hos patienterne.

Behandling af spasticitet

■ *Behandling af erhvervet spasticitet med Botulinum Toxin, v. overlæge Jens Just Christensen, klinisk neurofysiolog.*

Først og fremmest er det vigtigt før en behandling med Botulinum Toxin at definere formålet med behandlingen. Behandlingerne udføres altid af en klinisk fysiolog, og han "lytter" sig frem til den involverede muskel via EMG elektroder, og finder således det rette sted at injicere. Der indtræder en nedsættelse af tonus efter nogen tid. Helst lige efter injektionen eller så hurtigt som muligt efter bør fysioterapi sættes ind, og helst pågå i 3-4 timer! Taping kan eventuelt anvendes. Der skal gå mindst tre måneder mellem injektioner med Botulinum Toxin.

Af pensioneret fysioterapeut Birte Carstensen (billedet tv.).

► bliver inddelt efter patientens symptom-respons på mekanisk undersøgelse efter McKenzie-metoden.

FORFATTERENS KOMMENTARER

RCT-designet er det stærkeste på markedet, når formålet med undersøgelsen er at teste effekt af en behandling. En RCT vil altid være udført på grupper af patienter, og man kan derfor ikke forlange, at resultaterne kan give behandleren svar på hvilken behandling, som er den mest effektive til den enkelte patient. Det højeste, man kan forvente af en RCT, er, at den giver patienten svar på spørgsmålet: Hvordan er det gået patienter, som på afgørende faktorer ligner mig? Derudover er jeg helt enig i Donelsons standpunkt, at inddeling i subgrupper er helt nødvendig i fremtidens RCT'er inden for lænderygforskningen, for at gøre designet mindre problematisk.

Donelsons tilgang til underinddeling og behandling af lænderygpatienter er et bidrag til videreudvikling af bio-delen i den biopsykosociale model, som Louis Gifford advokerede for i sine foredrag på fagfestivalen. Efter min mening er vort specielle bidrag til behandlerteamet at starte med bio-delen for at finde den anatomiske/fysiologiske kilde til patientens symptomer. Dernæst at udvikle metoder til at påvirke den og til at lære patienten selv at tackle den. Dette skal ske i samspil med de øvrige påvirkninger af psykosocial art, som påvirker smerteadfærden hos patienten. Udfordringen for rygforskningen i dette årti bliver at afklare, hvorledes disse faktorer påvirker hinanden i det biopsykosociale kompleks.

Desværre svækkes Donelsons bidrag af, at han ikke er tilstrækkelig kritisk over for de videnskabelige undersøgelser, som han refererer til. I sin gennemgang medtager han ikke undersøgelser, som viser at McKenzie-metoden ikke er bedre end anden behandling til lænderygpatienter, og han adskiller ikke undersøgelser, som præsenterer data til støtte for disken som smertekilde, fra undersøgelser som blot nævner disken i diskussionen af andre resultater.

Eksisterende data tyder på, at symptom-respons på mekanisk undersøgelse efter McKenzie-metoden kan vise sig at være nyttig information i en klinisk relevant underinddeling af patienter med uspecifik lænderygbesvær. Men det er alt for tidligt at konkludere på disse data. ■

Hjælp dine dagdrømme på vej



...med en PKA⁺ pension

klip

Fysioterapeuten

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

Navn: CPR-nr.:

Adresse:

Postnr./by: Telefon:

Hvis tilbud til ægtefælle/samlever ønskes:

Personens navn:

CPR-nr.:

(sæt kryds) ☐

PKA⁺KAPITALPENSION

☐

PKA⁺RATEPENSION

Jeg ønsker at indbetale:

kroner om måneden

Sendes til: PKA, Tuborg Boulevard 3, 2900 Hellerup

PKA⁺
...mere pension

Den motoriske adfærdsændring

Resumé af Peter B. O'Sullivan's foredrag på fagfestivalen "Motor control disorders of the lumbo-pelvic region as an underlying basis of chronic low back pain"

AF FYSIOTERAPEUT MARTIN B. JOSEFSEN

En ændret motorisk adfærd kan føre til kronificering af lænderygbesvær. Peter O'Sullivan anbefaler at tage en kognitiv og adfærdsmæssig tilgang til behandlingen af kroniske lænderygpatienter.

"Control impairment disorders" og ændret motorisk adfærd er sandsynligvis vedligeholdende faktorer for en subgruppe af kroniske lænderygpatienter. Specifik stabilitetstræning med adfærdsmæssige og kognitive elementer er bud på behandlingen af patienter med kronisk lænderygbesvær.

Stabilitet i og omkring et led afhænger af tilstrækkelig ledkompression og dermed muskelkraft over leddet.

Risikofaktorer for kronisk lænderygbesvær kan hænge sammen med tre typer adfærd:

- lavt aktivitetsniveau og højt aktivitetsniveau (ekstremerne)
- avoidance behaviour (hvis man undgår aktivitet under/efter episoder med rygbesvær).

Angående klassifikation af lænderygpatienter beskrev Peter O'Sullivan på fin vis, hvordan vi i dag anvender forskellige klassifikationsmodeller:

- pato-anatomisk model (forklaringer ud fra skadede og smertende strukturer)
- model med udgangspunkt i tegn og symptomer (patientens kliniske tegn og symptomer)
- psyko-sociale modeller.

Stadigvæk står vi i det dilemma, at vi sandsynligvis kigger på dele af den store "elefant", som vi endnu ikke har et helt billede af. Dette resulterer ligeledes i et behandlingsdilemma på rygområdet.

NORMALISERING AF BEVÆGEMØNSTRE

Det er i studier påvist, at rygsmerter resulterer i ændret motorisk kontrol. Der er mange forklaringsmodeller bag mekanismerne. Som udgangspunkt nævnte Peter O'Sullivan, at movement impairment og motorisk dysfunktion er sekundært til/et resultat af smerten.

Peter O'Sullivan's foredrag på fagfestivalen blev illustreret med kliniske eksempler, og tilhørerne fik lejlighed til at stille spørgsmål. Blandt andet var bækkenbundens rolle og samarbejde med m. transversus abdominis til drøftelse.



Peter O'Sullivan redegjorde for, hvordan motor control impairment (mekanisk, motorisk og adfærdsmæssigt) kan vedligeholde kronisk lænderygbesvær. Behandlingsmæssigt har det den betydning, at normalisering af bevægemønstre med et kognitivt/adfærdsterapeutisk element kan være med til at løse problemet.

Betegnelsen "Control (stability) impairment disorder" blev anvendt som samlet udtryk for fænomenerne end-range stress, instabilitet, vævs- og smerteprovokerende bevægelser.

Peter O'Sullivan havde disse praktiske bud på behandling:

- kognitiv/adfærdsmæssig tilgang
- motorisk kontrol (spinal kontrol)

har betydning



- undgå at provokere smerten (idet smerte kan vedligeholde neuromuskulære ændringer).

Han refererede et foreløbigt studie, hvor det kunne observeres, at patienter, hvis smerter forværredes i fleksion, ofte havde tendens til en maladaptiv holdning og motorisk adfærd. De sad ofte i fleksion ved end-range og havde dermed opbygget en adfærdsmæssig vedligeholdende faktor.

Han gennemgik desuden en række af de senere studier angående lænderygbesvær og motorisk kontrol / instabilitet. Herunder at:

- Personer med LBP (low back pain) har sværere ved at finde tilbage til deres neutralstilling.

- Der kan ofte observeres atrofi og fedtinfiltration af multifidus på det skadede spinale niveau (MRI).
- EMG målinger har påvist, at der er ændret timing og rekruttering af de lokale stabiliserende muskler (Hodges et al).
- LBP patienter har svært ved at aktivere bækkenbunden ved samtidig øgning af det intraabdominale tryk.
- LBP patienter har øget aktivitet i globale muskler ved forsøg på aktivering af de lokale stabilisatorer.

BEHOV FOR KLASSIFIKATIONSMODELLER

Peter O'Sullivan refererede endvidere et af sine senere studier, som viste, at patienter med SI-leds smerter og positiv ASLR (aktivt strakt benløft) havde ændret motorisk kontrol, øget IAP (intraabdominalt tryk) og ændret åndedrætsmønster. Dette "normaliseredes" ved manuel SI-ledskompression (stabilisering).

Som elementer i "Control (stability) impairment disorders" indgår således:

- nedsat evne til fornemmelse for og kontrol af Neutral-Zonen
- ændret muskel timing og aktivering
- nedsat funktion af lokale stabiliserende muskler.

Peter O'Sullivan nævnte nogle af de foreløbige interventionsstudier på området. Herunder også et interventionsstudie rettet mod de tidligere nævnte patienter med SI-leds smerter og positiv ASLR samt ændret motorisk kontrol. Efter en interventionsperiode med specifik stabilitetstræning havde patienterne "normaliseret" deres motoriske kontrol og var smertefrie – også ved ASLR testen.

I sammenfatningen blev behovet for klassifikationsmodeller til subgrupper af LBP patienter fremhævet – også til klassificering af lumbo-pelvin instabilitet.

Man kunne i Peter O'Sullivans fremlæggelser fornemme sammenfaldene med Louis Giffords budskaber om at mindske en eventuel opstået frygt for bevægelse og arbejde med den ændrede motoriske adfærd hos patienter. Både Peter O'Sullivan og Louis Gifford fremhævede de kognitive og adfærdsmæssige elementer som vigtige i undersøgelsen og behandlingen af rygpatienter. ■

Resumé af Peter B. O'Sullivans foredrag på fagfestivalen, "Motor control and the stability of the lumbo-pelvic region"

Stabilisering af lænderyggen

AF FYSIOTERAPEUT MARTIN B. JOSEFSEN

Peter O'Sullivan gennemgik flere studier om det stabiliserende system. Studierne viser blandt andet, at der skal sættes på at træne både den lokale og den globale muskulatur og at holdning og bevægeadfærd kan have en vedligeholdende rolle for rygproblemerne.

Ud over ændringer i den lumbo-pelvine motoriske kontrol spiller også adfærden hos kroniske lænderygpatienter en stor rolle som vedligeholdende faktor. God motorisk kontrol og dermed en succesfuld rehabilitering kan måske nås gennem adfærdsændring kombineret med en specifik rehabilitering af det motoriske system.

Mængden af forskning i lumbo-pelvin stabilitet og instabilitet har været stigende inden for de seneste 5-10 år. Forskningen har i starten primært omhandlet biomekaniske eksperimentelle studier og har efterhånden udvidet sig til også at omfatte kliniske studier. Set i relation til rygbesvær er begrebet instabilitet interessant, idet en subgruppe af rygpatienter sandsynligvis tilhører denne gruppe. I praksis er begrebet interessant i forhold til såvel diagnostik, klassificering og behandling.

NEUTRAL-ZONEN

Foredraget blev indledt med referencer til bl.a. Panjabis studier af rygsøjlels stabiliserende system med præsentation af det aktive system, det passive system og det neurologiske kontrolsystem. Studier har bl.a. påvist, at columna uden det aktive system er yderst skrøbeligt og ude af stand til at modstå skader på de passive strukturer. Endvidere har Panjabi introduceret begrebet "Neutral-Zonen" (NZ), som er et udtryk for et bevægesegments neutralstilling, hvor de passive strukturer er sat mindst muligt på stræk i alle retninger (størst løshed).



Også omkring NZ er columna udsat for mikrotraumer, hvis ikke det lokale stabiliserende system er sufficient.

God lumbopelvin stabilitet er afhængig af et nøje afstemt og timet samspil mellem de lokale stabiliserende muskler (m. multifidus, transversus abdominis og delvist psoas major, obliquus internus og bækenbunden) og de globale/primært mobiliserende muskler (som erector spinae, rectus abdominis og quadratus lumborum, især laterale fascikler).

Især de lokale stabiliserende muskler har tiltrukket sig opmærksomhed, idet de spiller en vigtig rolle i segmental stabiliseringsevne.

Stabilitetstræningen skal efter Peter O'Sullivan gerne afspejle, at der stilles forskellige krav til rekrutteringen af musklerne under forskellige belastningskrav.

Peter O'Sullivan beskrev forskellige motoriske strategier ved forskellige krav til det stabiliserende system:

- Lav belastning – rekrutterer primært de lokale muskler.
- Høj belastning – rekrutterer både de lokale og globale muskler samt skaber et højt intraabdominalt tryk (IAP).

Som konsekvens af disse rekrutteringsmønstre er det aktuelt i stabilitetstræningen at tage hensyn til begge belastningstyper og ikke kun rette træningen mod det lokale system, som i sig selv har været genstand for stor opmærksomhed de senere år.

NATURLIG REFLEKS

I et af Peter O'Sullivans egne studier blev muskelaktiviteten i mm. multifidi og m. transversus abdominus målt i forskellige stående og siddende stillinger. En hypotese var, at "korrekt" eller ideel stilling ville medføre en naturlig aktivering af de stabiliserende muskler, mens f.eks. slump-stilling ville medføre mindsket aktivitet i de lokale stabiliserende muskler.

Det blev bekræftet via overflade EMG-måling, at der ved slump-stillingen kunne observeres:

- nedsat aktivitet i de lokale stabiliserende muskler
- øget aktivitet i erector spinae – især den thorakale del.

Omvendt var der øget muskelaktivitet i det lokale system ved naturlige neutralstillinger.

Heraf kan det afledes, at der er tale om en form for naturlig refleks i det neuromuskulære system, og det kan tænkes, at holdning og bevægeadfærd kan være bagvedliggende og måske vedligeholdende faktorer hos kroniske lænderygpatienter. Vaner, psyko-soziale forhold og motorisk "adfærd" får dermed større betydning i en samlet rehabilitering end specifik optræning af stabiliserende muskler alene.

Peter O'Sullivan beskrev endvidere forskellige risici for skader/smerter:

- Low load risici – herunder ukontrollerede belastninger omkring Neutral-Zonen, som kan medføre gentagne mikrotraumer på de passive strukturer i columna (shear/rotation).
- High load risici – her indgår de mere traumatiske end-range overbelastninger (strain).

EKSTREME EKSEMPLER

Foredraget blev præsenteret på en meget funktionel facon og illustreret med kliniske eksempler, hvoraf nogle af eksemplerne nok hørte til den mere ekstreme ende af skalaen. Publikum kiggede lidt overrasket på en unge mands særdeles nedsatte og ukontrollerede evne til i stående at rette sig op fra foroverbøjet stilling. Senere kunne Peter O'Sullivan vise, at manden efter tre ugers træning havde forbedret sin motorik væsentligt.

Der blev ved afslutningen stillet et relevant spørgsmål. Det er i et dansk/norsk studie observeret (UL-scanning), at bækkenbunden nogle gange ser ud til at sænke sig ved ko-aktivering med transversus abdominis. Hvis det er et udtryk for nedsat bækkenbundsaktivitet, kunne man modargumentere for den måde, vi i dag ofte prøver at træne med ko-aktivering af transversus og bækkenbund.

Til dette svarede Peter O'Sullivan, at han var bekendt med de observationer, og at man kunne vælge at se det fra en anden og nok mere sandsynlig synsvinkel. Den tilsyneladende "sænkning" af bækkenbunden, som nogle gange kan observeres på ultralydsscanning, kan endvidere være tegn på at IAP øges, og derved får bækkenbunden til at "flade ud" – det er med andre ord ikke nødvendigvis udtryk for, at det ikke samtidigt er aktivt. Set i et samlet motorisk og funktionelt perspektiv behøver det dermed ikke være udtryk for mindsket kontrol over bækkenbunden, når man ko-aktiverer de stabiliserende muskler og måske øger det intraabdominale tryk. Dog kræver undersøgelsen og funktionel træning, at man altid er opmærksom på, om bækkenbunden styrke- og kontrolmæssigt set er sufficient. ■

Der er ofte en sammenhæng mellem den måde, en person bevæger sig på i hverdagen og de problemer, vedkommende har i ryg og bækkenbund. Den engelske fysioterapeut Ruth Jones gennemgik den aktuelle viden om bækkenbunden og dens konsekvens for rehabiliteringen.



Inkontinens og rygproblemer kan hænge sammen

indgang Den dybe stabiliserende muskulatur, ryggens og bækkenets led, ledbånd og sener, mellemgulvet og bækkenbunden er dele af en helhed og er derfor indbyrdes afhængige. Ruth Jones inddrager viden fra rygforskningen i sin behandling af kvinder med bækkenbundsproblemer.

Bækkenbunden er en del af et større system, der omfatter led, trunkusmuskulatur, sener og ledbånd. Behandling af inkontinens bør tage hensyn til denne sammenhæng

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

"Det er vigtigt, at alle, der har patienter med rygproblemer, også husker at undersøge bækkenbunden", sagde fysioterapeut Ruth Jones fra England. I sit oplæg og også i den efterfølgende workshop på fagfestivalen understregede hun betydningen af at se bækkenbunden som en del af den cylinder, der udgøres af diafragma, trunkus muskulatur, led i lænd og bækken og ligamenter og sener.

En koordineret kontraktion af muskulaturen øger det intraabdominale tryk og har en stabiliserende funktion på ryggen. Paul Hodges og Simon

Gandevia har endvidere vist, at trykket i urethra stiger før det intraabdominale tryk i forbindelse med et host. Bækkenbunden har således både en stabiliserende rolle og en rolle i forebyggelsen af inkontinens.

Ruth Jones er kliniker og har for at evidensbasere sin praksis mest muligt, søgt at finde sammenhænge i den allerede eksisterende forskning inden for træning og rehabilitering af bækkenbunden. I rehabiliteringen af patienter med inkontinensproblem inddrager hun viden om muskel- og stabilitetstræning, muskelrekruttering, dysfunktioner i ryg og bækken og bevægelsesvaner.

"Jeg har arbejdet en del med rygpatienter og har i den forbindelse konstateret, at flere af dem også har haft bækkenbundsproblemer", siger Ruth Jones. Hun har fundet flere studier, der kan bekræfte denne sammenhæng mellem lænderygproblemer, smerter og problemer med sacroiliacaledene og inkontinens (Sullivan, 2000, 2001).

STYRKE ER IKKE NOK

”Det er vigtigt, at fysioterapeuter palperer bækkenbunden hos de kvinder, der kommer med inkontinensproblemer”, sagde Ruth Jones. For at kunne diagnosticere, hvorfor en kvinde er inkontinent, har man brug for alle de informationer, man kan få. Det drejer sig for eksempel om rekruttering, timing, styrke og udholdenhed. Fysioterapeuten skal også vide, om højre og venstre side arbejder synkront. Fysioterapeuter bør i højere grad benytte ultralydsskanning i deres diagnosticering, mener Ruth Jones. Med ultralydsskanningen er det lettere at se, om bækkenbundskontraktionen er asymmetrisk.

”Det er selvfølgelig vigtigt, at bækkenbunden er stærk, men styrke er ikke nok, hvis inkontinens skal forebygges”. Ruth Jones sammenlignede urinrøret med en haveslange. ”Hvis vandet skal stoppes, er det vigtigt at træde på slangen på det rigtige tidspunkt. Sådan er det også med bækkenbunden, knibet skal times på det rigtige tidspunkt med den rette kraft for at hindre lækage”. Kvinderne skal lære at prækontrahere bækkenbunden. Indlæringen skal foregå med funktionelle øvelser, hvor der lægges vægt på at kontraktionen kommer på det rette tidspunkt og med den rette kraft”, forklarer Ruth Jones.

TRANSVERSUS ABDOMINIS ROLLE

Ruth Jones har ofte oplevet, at patienter har kompenseret problemer med sacroiliacaleddene ved at spænde i bækkenbunden. Instabilitet i for eksempel et af SI-leddene kan betyde, at den ene side af bækkenbunden skal arbejde ekstra hårdt.

Hvis kvinderne har svært ved at fornemme bækkenbunden, beder Ruth Jones dem om at kontrahere m. transversus abdominis. ”Når jeg samtidig beder kvinderne om at huske at trække vejret normalt, kan de fleste mærke en kontraktion i bækkenbunden”, sagde Ruth Jones.

Fysioterapeuten fik i forbindelse med fagfestivalen lejlighed til at præsentere Ruth Jones for Ulla Dues synspunkter vedrørende kokontraktion af bækkenbunden i forbindelse med kontraktion i de dybeste bugmuskler. I et interview i Fysioterapeuten nr. 4, 2003 gav Ulla Due udtryk for betænkelighed ved, at fysioterapeuter valgte at nøjes med at træne bækkenbunden ved at aktivere de dybe stabilisatorer ved at suge maven ind, uden at tjekke om kvinderne rent faktisk fik fat i bækkenbunden i den sammenhæng. Hun mente ikke, at denne muskelsynergi

nødvendigtvis virker i forbindelse med patologiske tilstande.

Ruth Jones har selv gode erfaringer med at få kvinderne til at kontrahere den dybe abdominalmuskulatur for at aktivere bækkenbunden, men understreger, at hun altid kontrollerer knibet med en vaginal palpation. ”Hvis jeg af en eller anden grund er forhindret i at palpere kvindens bækkenbund, lægger jeg en hånd på m. transversus abdominis. Hvis kvinden laver en Valsalva manøvre og presser bækkenbunden nedefter, vil det ikke være muligt for mig at mærke en kontraktion i m. transversus abdominis”, siger Ruth Jones.

Er patienten stadig i tvivl om, hvorvidt hun har aktiveret de rigtige muskler, får Ruth Jones hende til at trække vejret, samtidig med hun suger maven ind og beder hende om at lægge mærke til, om bækkenbundens spændes automatisk.

”Peter O’ Sullivan har sammen med Judith Thompson sammenholdt ultralydsskanning af m. transversus abdominis med resultaterne fra en vaginal palpation. Hvis de bad patienten om at spænde bækkenbunden og samtidig så en fortykkelse af m. transversus abdominis under skanningen, var der i undersøgelsen 95 procent sandsynlighed for, at der var foretaget en korrekt bækkenbundscontraktion. Dette svarer meget godt til, hvad jeg selv har erfaret i min praksis”, siger Ruth Jones.

Det er således hendes erfaring, at man også hos de svageste patienter kan regne med en kokontraktion af bækkenbunden ved at bruge m. transversus abdominis.

TJEK HVERDAGSBEVÆGELSERNE

Den måde, vi bevæger os på i hverdagen, kan have betydning for både udvikling af rygproblemer og inkontinens. ”Vi skal som fysioterapeuter se på hele bevægesystemet, når vi har med inkontinens og rygproblemer at gøre”, siger Ruth Jones.

Den måde patienten sidder, går, ligger, løber og dyrker sport på, har ifølge Ruth Jones betydning for udvikling af en given patologi.

Ruth Jones har oprettet hjemmesiden www.backdetective.com

Her kan man finde flere informationer om træning og rehabilitering af lænderyggen og yderligere oplysninger om sammenhængen mellem bækkenbund og den dybe stabiliserende muskulatur. ■

Artikel om bækkenbund

Ruth Jones’ artikel ”Pelvic floor rehabilitation”, der tidligere har været publiceret i Urology News, vol 5, no 5, July/August 2001, kan downloades som pdf-fil på www.fysio.dk/fagfestival

Læs endvidere hendes abstract samme sted.

fakta

Bækkenbunden vipper halebenet

Palpation af halebenets bevægelse giver et billede af bækkenbundscontraktionen. Metoden kan anvendes i forbindelse med træning, hvor vaginal palpation ikke er mulig

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

Fysioterapeut cand. scient. san. Stine Stensgaard har undersøgt, om halebenets bevægelser kan anvendes til vurdering af bækkenbundscontraktioner. Hun har sammenlignet coccygeal palpation uden på tøjet med vaginal palpation og palpation af perineum.

Læs Stine Stensgaards abstract fra fagfestivalen på www.fysio.dk/fagfestival

Når der undervises i bækkenbundsøvelser på Pilateshold, i aftenskolen og til efterfødselsgymnastik er det nærmest umuligt for underviseren at tjekke, om kvinderne kniber rigtigt. Det kan også være grænseoverskridende for mange selv at skulle lægge en hånd i skridtet og palpere perineum, også selv om det er uden på tøjet. Et nyt studie har vist, at halebenet vipper, når der knibes i bækkenbunden, og halebensvippet kan med fordel benyttes til at vurdere knibeevnen i forbindelse med træning.

Det var i forbindelse med undervisningen i bækkenbundsøvelser på en barselsgang, at fysioterapeut Stine Stensgaard første gang blev opmærksom på, at os coccygis bevæger sig, når man kontraherer bækkenbunden, og at hun kunne bruge den viden til at registrere aktivitet i bækkenbunden hos kvinderne.

"Jeg var frustreret over, at jeg ikke havde mulighed for at teste, om kvinderne kneb korrekt. Ikke engang en palpation uden på perineum kunne lade sig gøre på barselsgangen, hvor alle kvinderne havde ble på lige efter fødslen". Sådan indledte fysioterapeut og cand. scient. san. Stine Stensgaard præsentationen af sit projekt: "Kan halebenets bevægelser anvendes til vurdering af bækkenbundscontraktioner?"

Fysioterapeuten talte med Stine Stensgaard efter hendes præsentation.

UNDERSØGELSEN

Der foreligger efterhånden god evidens for, at træning af bækkenbunden har effekt som forebyggelse af inkontinens både før og efter fødslen. Mere end 3-400.000 danskere er inkontinente, og en stor del af dem lider af stressinkontinens. Det er almindeligt at benytte bækkenbundstræning til behandling og forebyggelse af inkontinens. En del fysioterapeuter har lært at palpere bækkenbunden og har mulighed for at kontrollere om bækkenbundsøvelserne

udføres korrekt. Forebyggende træning vil dog i mange tilfælde foregå på hold på aftenskoler, i de praktiserendes klinikker eller på sygehuse. Her er det enten ikke praktisk muligt at palpere deltagernes bækkenbund, eller måske har underviseren slet ikke lært at palpere.

Stine Stensgaard har i sit studie undersøgt, om halebensvippet kan anvendes til at vurdere om en person udfører en korrekt bækkenbundscontraktion. "Jeg turde først gå i gang med projektet efter at have fundet et MRI-studie, der viste, at halebenet vipper i gennemsnit en centimeter ved contraction af bækkenbunds-muskulaturen (1).

Halvtreds fysioterapeut- og ergoterapeutstuderende deltog i projektet. Seks fysioterapeuter og en afspændingspædagog stod for test af bækkenbunden. Palpation af perineum, vip af os coccygis blev i undersøgelsen holdt op imod vaginal palpation som golden standard.

GOD TEST

De inkluderede blev blindet og fik ikke undervejs oplyst resultatet af deres knib. De seks fysioterapeuter blev fordelt, så der var to til at teste bækkenbunden ved vaginal palpation, to til palpation af perineum og to fysioterapeuter og en afspændingspædagog skulle foretage den coccygeale palpation. De registrerede kvindernes knib som enten: ingen, svagt eller godt. Kvinderne blev testet i randomiseret rækkefølge.

Fysioterapeuterne og den ene afspændingspædagog øvede sig inden undersøgelsen, så deres palpation af perineum og os coccygis blev ens. St. Marks perineometer (se foto) blev anvendt som supplement til palpation af perineum.

Undersøgelsen viste, at der var god reproducerbarhed ved vaginal palpation, mens den var acceptabel ved coccygeal og perineal palpation. Ved sammenligning med vaginal palpation viste det sig, at hverken perineal eller coccygeal palpation fejldiagnosticerede "dårlige knibere" til "gode knibere", men det viste sig, at nogle af kvinderne med gode knibeevne blev klassificeret til at være dårlige knibere. Stine Stensgaard mener ikke, at sidstnævnte udgør det store problem – for som hun sagde ved sin præsentation, "så får de bare lov til at træne lidt mere – og det er ingen skade til".

At man er god til at løfte bækkenbunden betyder ikke nødvendigvis, at man er god til at knibe. Derfor kan St. Marks perineometer ikke anbefales til at teste knibefunktionen, forklarer Stine Stensgaard.



OGSÅ TEST AF MÆND

Stine Stensgaard antager, at palpation af halebenet også egner sig til at teste mænds bækkenbundscontraktion.

"Mænd kan også blive inkontinente blandt andet som følge af prostataoperationer, og det vil derfor være relevant at undersøge om coccygeal palpation er velegnet til dem", sagde Stine Stensgaard.

Hun mener i øvrigt, at der er behov for at undersøge, hvor mange mænd der lider af stressinkontinens. "Vi ved, der er mange idrætsaktive kvinder, der er inkontinente, og selv om kvinders bækkenbund er mere sårbar end mænds, ville det være mærkeligt, om de samme belastninger i idrætten ikke påvirkede mandens bækkenbund".

PALPATION AF HALEBENET

Inden man begynder at klassificere kvindernes knib som gode og mindre gode med palpation af halebenet, anbefaler Stine Stensgaard, at fysioterapeuter allierer sig med en kollega, der har lært vaginal palpation. På den måde får man mulighed for at mærke, hvor meget halebenet vipper i forbindelse med et godt knib. Fysioterapeuten registrerer med

fingrene uden på tøjet en fremad, opad-bevægelse af halebenet som tegn på aktivering af bækkenbunden. Samtidig placeres to fingre på hver balle, så hun kan mærke, om der sker en uønsket kompensatorisk bevægelse i ballerne.

"For de fysioterapeuter, der testede i projektet, fungerede den coccygeal palpation godt. Med den får man et hurtigt billede af kvaliteten af knibet", siger Stine Stensgaard. Hun understreger dog, at hendes studie er et grundstudie, og at det kan være udgangspunkt for yderligere studier.

"Palpation af halebensvippet er en god screeningsmetode for alle de fysioterapeuter og undervisere, der ikke har mulighed for at praktisere en vaginal palpation. Men det skal understreges, at det ikke er et alternativ til vaginal palpation. Ved diagnosticeret inkontinens og svækkelse skal kvinderne også undersøges med vaginal palpation".

"I nogle tilfælde bevæger halebenet sig ikke, det kan for eksempel være, fordi det tidligere har været brækket. Alligevel vil man i de fleste tilfælde kunne mærke et træk i det væv, der omgiver halebenet, som tegn på at bækkenbunden aktiveres", siger Stine Stensgaard.



Man kan vurdere et knib ved at registrere halebenets bevægelse som tegn på aktivering af bækkenbunden. Stine Stensgaard formoder, at palpation af halebenet også kan benyttes til vurdering af mændenes bækkenbundscontraktion.



► ET LØFT ER IKKE ALTID ET KNIB

I undersøgelsen anvendte Stine Stensgaard St. Marks perineometer, der placeres over perineum uden på tøjet. Perineometeret registrerer løft af bækkenbunden målt i cm. "Undersøgelsen viste, at det ikke entydigt var de samme, der var gode til at løfte og knibe. Det er bevægelsen fremad, der kan skabe et knæk på urinrøret og dermed lukke af", forklarer Stine Stensgaard (2).

Dette fund er med til at understøtte valget af palpation af os coccygis i stedet for perineum, mener Stine Stensgaard. Perineometer er oprindeligt konstrueret til at måle nedsynkning af perineum og viste sig i undersøgelsen at være meget lidt reproducerbart. Stine Stensgaard kan derfor ikke anbefale brug af perineometeret ved test af knibefunktionen.

SELVUNDERSØGELSE

Stine Stensgaard mener, at en undersøgelse af halebensvippet er relevant i alle de tilfælde, hvor vaginal palpation ikke er praktisk mulig, fagligt relevant eller hvor de fysiske omgivelser forhindrer det. Således vil undervisere på Pilateshold, bækkenbundshold på aftenskolen og fødselsforberedelses- og efterfødsels-

hold med fordel kunne anvende denne palpation til at understøtte deres verbale instruktion.

"Når min hånd ligger på halebenet, kan kvinderne kan selv tydeligt mærke, om knibet trækker i halebenet, og det er en ekstra motivation i træningen".

Stine Stensgaard har også testet palpationen på ældre inkontinente kvinder, der brugte ble. "Disse kvinder, deltog i et inkontinenskursus, hvor vaginal palpation ikke indgik. Coccygeal palpation fungerede derimod godt. En hånd på korsbenet, udenpå tøjet, kan de fleste godt acceptere".

De fleste kvinder kan selv lære at palpere halebens bevægelse. For eksempel kan de kvinder, der ikke vil benytte vaginal selvpalpation, selv kontrollere deres knibeøvelser med halebensvippet.

Stine Stensgaard er blevet grebet af emnet og har planer om at fortsætte inden for området, eventuelt i forbindelse med et ph.d. studie. Hun er i fuld gang med ansøgninger og projektbeskrivelse sammen med gynobst fysioterapeuterne på Odense Universitets Hospital.

"Da jeg som relativ nyuddannet startede på dette projekt, var jeg ikke klar over, at bækkenbunden skulle komme til at fylde så meget i mit arbejde som fysioterapeut. Men jeg måtte finde ud af, om man kan benytte coccygeal palpation til screening af kvinder".

Hun mener desuden, at der er basis for flere projekter for eksempel bachelorprojekter. "Jeg har masser af ideer. Hvis der er studerende, der finder det spændende, kan de bare sende en mail", siger Stine Stensgaard. Hermed er opfordringen givet videre.

For yderligere oplysning:

stine_stensgaard@hotmail.com

REFERENCER

- 1) Bo K, Lilleas F, Talseth T, Hedland H. Dynamic MRI of the pelvic floor muscles in an upright sitting position. *Neurourol Urodyn* 2001; 20(2):167-174.
- 2) Miller JM, Perucchini D, Carchidi LT, DeLancey JO, Ashton-Miller J. Pelvic floor muscle contraction during a cough and decreased vesical neck mobility. *Obstet Gynecol* 2001; 97(2):255-260.
- 3) Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165(2): 322-327.



Professionel TENS/FES

ELPHA II 3000

BIOFINA a/s

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



Jeanette Præstegaard lykønskes for sit oplæg om etik i fysioterapi. Et oplæg, der efterfølgende blev belønnet med Tilhørernes Pris.

De etiske retningslinjer er for overordnede og uanvendelige

Der er et stort behov for guidelines for, hvad god fysioterapi er, men DF's etiske retningslinjer dur ikke, mener fysioterapeut Jeanette Præstegaard, der modtog Tilhørernes Pris på fagfestivalen for sit foredrag om etik i fysioterapi

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

"Fagfestivalen har fået titlen "Fra fag til profession", og Johnny Kuhr konkluderede blandt andet i sin velkomst, at en af forudsætningerne for at kunne tale om en profession er, at der er formuleret et sæt etiske retningslinjer. Men min erfaring er, at fysioterapeuterne ikke kender DF's etiske retningslinjer, og at dem, der kender dem, mener de er overordnede, distancerende og uanvendelige".

Jeanette Præstegaards dom over de etiske retningslinjer, som de er beskrevet i DF's håndbog, var hård. De etiske retningslinjer trænger til en grundig revision, og guidelines for god fysio-

rapi skal udformes på baggrund af en beskrivelse af praksis, mente hun.

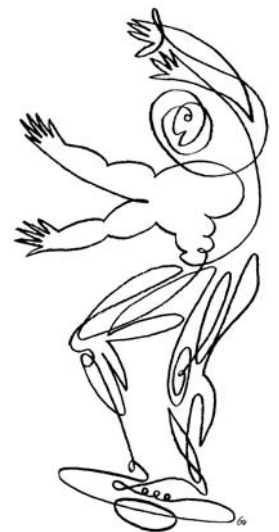
"De dilemmaer idrætsfysioterapeuten, børnetrapeuten, den palliative terapeut og så videre står i, skal beskrives, så vi kan få viden om, hvor ofte de forekommer, og så vi kan formulere både generelle og lokale, nære og vedkommende guidelines".

Jeanette Præstegaard sidder i DF's etiske udvalg, og ifølge hende er udvalgets væsentligste opgave at stimulere til en debat om etikken i fysioterapi.

"Her er faglig supervision et ideelt redskab. Faglig supervision skal indføres som en fast, obligatorisk del af fysioterapien. Det er på tide, at fysioterapeutens behov for opmærksomhed og diskussion legitimeres", sagde Jeanette Præstegaard og modtog umiddelbare klapsalver fra den fyldte sal.

At klapsalverne var alvorligt ment, fik Jeanette Præstegaard efterfølgende et kontant bevis for, idet hun efter en afstemning rendte med "Tilhørernes Pris" på 5.000 kroner, finansieret af Forskningsfonden.

Se abstract på www.fysio.dk/fagfestival



En koncert af begivenheder

Hvor meget træning kan man tåle, og hvilken træning virker? Professor, dr. med. Michael Kjær gennemgik den foreliggende viden om træningens effekt på kondition, muskler, brusk, bindevæv og knogler

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

Vævsforandringerne, der kommer som følge af træning og inaktivitet, er en koncert af begivenheder, sagde dr. med. Michael Kjær i forbindelse med sit oplæg på fagfestivalen. Han havde fået den vanskelige opgave at samle op på den eksisterende viden om træning. På knap en

time gennemgik han vævsforandringerne i muskler, bindevæv og knoglevæv, der kommer efter træning og inaktivitet. Han tog specielt udgangspunkt i træning af den aerobe kapacitet, muskelstyrke og -udholdenhed.

Inden for træning er det vigtigt at være opmærksom på, at der er store individuelle forskelle på, hvor store fremgang man kan forvente hos den enkelte patient eller idrætsudøver. Når det drejer sig om motionister og patienter, ser man for eksempel i forbindelse med konditionstræning, at træning med den samme relative belastning hos nogle mennesker medfører en fremgang på 10 procent og hos andre 30 procent. "Det handler ikke kun om compliance, men også at der ikke er det samme træningspotentiale hos alle", sagde Michael Kjær.

MUSKLER OG BINDEVÆV

Når man styrketræner stimuleres både muskel- og bindevævet, og de to væv påvirker hinanden indbyrdes. Således vil en vækst af muskelvævet kunne generere vækst i bindevævet og viceversa. I starten af en træningsperiode kan man forvente en muskelstyrkeforbedring på ½-1 procent. Det er især den neurale komponent, der er ansvarlig for forbedringen i starten, selvom der også sker en vis hypertrofi af muskulaturen.

Styrketræning er vigtig især for ældre og patienter, der efter en sygdomsperiode er blevet svage i musklerne. Styrketræning vil ifølge Michael Kjær øge deres funktionelle fitness.

Selv om der i de senere år har været fokus på styrketræning, er der også grund til at træne med lavere belastninger. En forbedring af muskeludholdenheden vil øge mængden af oxidative enzymer, der har betydning for insulinfølsomheden. Desuden vil muskeludholdenhedstræning forbedre evnen til at nedbryde fedt i blodbanen og dermed bidrage til forebyggelse af hjerte-karsygdomme.

I modsætning til tidligere antagelser, viser det sig, at bindevæv responderer relativt hurtigt på træning. En enkeltstående træningsseance har således vist sig at øge omsætningen i senevævet og dermed muligheden for nydannelse af vævet. En



øget træningsmængde vil sætte skub i processen, hvor et øget turn-over over er tegn på omstilling i vævet.

TRÆNING AF SPECIELT SENEVÆV

Michael Kjær kom ind på den seneste viden om træning og belastning af senevæv. Ph.d., fysioterapeut Henning Langberg har undersøgt, hvordan hård træning påvirker akillesenen. Allerede en enkeltstående træningsseance stimulerede omsætningen i senen, ligesom det har vist sig, at ugers træning resulterer i øget nydannelse af senevæv (Langberg 1999, 2001).

Efterfølgende er det lykkedes at vise, at 12 ugers ekscentrisk træning af kroniske irriterede akillesener, resulterede i såvel en reduktion i de belastningsrelaterede smerter som i en stigning i nydannelsen af senevæv. Om denne nydannelse er forbundet med en heling i senen, er imidlertid for tidligt at spå om.

FOR LIDT OG FOR MEGET TRÆNING SKADER BRUSKEN

Med immobilisering følger en nedbrydelse af bruskvævet, der delvis kan genopbygges under moderat aktivitet. Ved store belastninger på vævet vil man se den samme nedbrydning af brusk som ved immobiliseringen. Udover belastningens størrelse mener Michael Kjær også man skal være opmærksom på den måde, man belaster ledene og dermed brusk på. En undersøgelse af kvindelige fodboldspillere viste, at der var artroseforandringer hos 30 procent af de kvinder, der havde fået en korsbåndsruptur 12 år tidligere (Ross et al, 2000). 21 år efter en menisklæsion havde halvdelen af de kvindelige fodboldspillere udviklet artrose (Ross et al, 2001). Myklebust fandt i 2003, at 12 år efter en korsbåndslæsion havde halvdelen af kvinderne udviklet slidgigt, også selv om de ved en operation i forbindelse med traumat havde fået indopereret et nyt korsbånd (Myklebust, 2003).

KNOGLEVÆVET REAGERER LANGSOMT

Træning påvirker også knoglevæv, men vævet reagerer langsomt. Det er vigtigt at starte i ungdomsårene, hvis man skal påvirke knoglemineralindholdet signifikant og fortsat træning vil betyde større tilvækst af knoglemasse.

Træningen er specifik og vil påvirke knoglerne i det belastede område. Kun få studier har undersøgt, hvor meget der skal til. Der er ifølge Michael Kjær kun få gode træningsstudier af postmenopausale kvinder.

I et studie fra 2001 fulgte man 35 kvinder i to

år. De blev randomiseret til to træningsgrupper og en kontrolgruppe. Begge træningsgrupper gik hver dag en tur og dyrkede gymnastik. Den ene gruppe trænede tre gange om ugen det første år og nedsatte træningsmængden til to gange ugentligt det andet år. Den anden gruppe trænede tre gange ugentligt det første år og holdt helt op med træning det andet år. Kontrolgruppen gjorde som de plejede. Alle tre grupper fik calcium og d-vitamin.

Kontrolmåling af BMD efter første år viste, at træningen havde positiv effekt på knoglemineralindholdet. Den gruppe, der fortsatte med at træne men nu kun to gange om ugen kunne vedligeholde både knoglemasse, muskelstyrke og kondition (Iwamoto et al. J Orthop Sci 2001).

ELITEN FÅR OVERBELASTNINGSSKADER

Det er ifølge Michael Kjær næsten kun voksne idrætsudøvere, væddeløbsheste og heste, der får overbelastningsskader i senerne. Michael Kjær har beregnet, hvor mange gange en idrætsudøver inden for forskellige idrætsgrene belaster kroppen og især bindevævet. En distanceløber, der løber 100 km om ugen, har 38.000 landinger og afsæt om ugen, elitesvømmerne, der svømmer to til tre timer om dagen, tager 43.000 svømmetag og roerne er let op på 30.000 rotag om ugen. "Det er intet under, at de bliver overbelastede", sagde Michael Kjær.

"Det er derfor vigtigt at tage hensyn til de restitutionstider, der foreligger for de enkelte væv", sagde Michael Kjær. Restitutionstiderne skal ikke kun respekteres af hensyn til forebyggelse af overbelastningsskader, men fordi det vil have indflydelse på idrætsudøverens præstationer. Ved muskelstyrketræning ses en nedgang i styrken på 10-50 procent efter højintensitetstræning, og det kan tage op til 14 dage før man er restitueret.

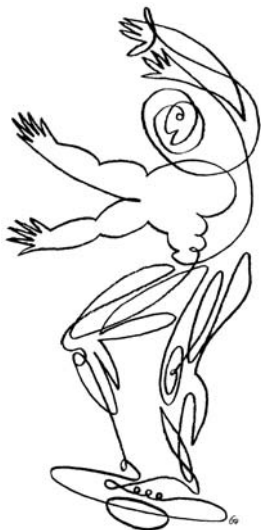
Hos maratonløbere, der har løbet en dobbeltmaraton, har man set en nedgang på 5-10 procent af hjertets ydeevne og her var restitutionstiden en til to dage. Efter hård fysisk aktivitet nedsættes den neuromuskulære præstation med 10-20 procent og det kan vare op til et døgn, før man er restitueret.

IMMOBILISERING

Ved immobilisering sker der et fald i iltoptagelsen, som primært skyldes et fald i blodplasmavolumen. Også den ortostatiske tolerance påvirkes negativt ved sengeleje, og derfor er det vigtigt at aktivere patienterne hurtigst muligt (Conventino et al, Med. Sci. Sports Ex 29:191,1997).

Ved langvarig sengeleje mistes 0,5-0,8 procent ►

Dr. med. Michael Kjær gennemgik de forandringer, der kommer i vævene som følge af træning. Kurver, tabeller og oversigter fra de undersøgelser, der refereres i artikel fremgår af dr.med. Michael Kjærs overheads fra hans præsentation på Fagfestivalen. Overheads kan downloades fra www.fysio.dk/fagfestival



► knoglemasse om ugen. Hos rygmarvsskadede, der ikke kan aktivere muskulaturen, kan man se fald i knoglemasse på 1,5-2 procent knoglemasse om ugen. Immobiliseringen påvirker også muskulaturen, hvor det især er UE, der rammes (leBlanc et al, Int. J Sports Med 18:283,1997). Let aktivering af musklerne enten aktivt eller med el-stimulation har en positiv effekt på knoglemassen og muskelstyrken.

STYRKETRÆNING OG FUNKTION

Allerede i 1992 viste Buchner et al, at der skal en vis minimumskraft til for at bevare eller forbedre funktionsevnen. Nedsat kraft viste sig at medføre en 2-3 gange forøget risiko for nedsat funktion, forringet balance og faldrisiko.

Flere studier har vist en positiv effekt af styrketræning af en række patientgrupper og ældres funktionsformåen. Således har man vist, at en øgning i muskelstyrken har effekt på ældres balance, ganghastigheden og distance (Kryger, 1999, Beyer, 2003).

Et endnu ikke publiceret studie fra Bispebjerg Hospital på patienter, der har fået hoftealloplastik, har vist, at patienterne op til 12 uger efter operationen stadig mistede muskelmasse ikke kun i det opererede ben, men også i det raske ben. En intensiv styrketræning øgede muskelmassen og ganghastigheden (Suetta).

Patienter med KOL fik i et træningsstudie tilbudt styrketræning. De opnåede forbedringer ikke kun på gang på trapper og anden ADL, men deres forbedringer havde også en mindre men positiv effekt på deres lungefunktion. (Kongsgaard, 2003).

En gruppe mennesker med rygmarvsskade (tetraplegikere) fik elstimulation på deres paretiske underarm. De fik stimuleret ekstension over håndleddet, og der blev trænet med henholdsvis en "belastning" på 50 procent af MVC og maksimal MVC. Resultatet viste, at starter man på et lavt udgangsniveau, vil en øgning i muskelstyrken også have en positiv effekt på muskeludholdenheden (Hartkopp et al, Muscle Nerve, 2003). ■

Mini Grosser®
STÆRK STABIL SIKKER

STÅ-LET- LÆNESTOL >>>

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



MINI CROSSER "T-MODELLEN"

Den nye T-MODEL forener unikke brugsegenskaber med et smukt design. 3- eller 4-hjulet.

Specielt udviklet til helårsbrug i det danske klima.

MC-SCOOP >>>

En nem og skånsom måde at befordre personer på. Lad "Scoop" gøre arbejdet!

MINI CROSSER "JAZZY"

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



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

MINI CROSSER A/S

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

ISO 9001 kvalitetsgodkendt!



Hans Bonde: "Vore kroppe er formet til et aktivt liv gennem de tusinder af år, hvor vi levede som jægere og samlere med stærke, daglige krav til fysisk aktivitet".

Fysioterapeuter på recept

Fysioterapeuten har bedt projektfysioterapeut Kim Holmsted referere udvalgte indlæg fra fagfestivalen med relation til emnet Motion på recept

TEKST PROJEKTFYSIOTERAPEUT KIM HOLMSTED, HVID-OVRE HOSPITAL PSYKIATRISKE AFD

Et af tidens meget diskuterede emner i sundhedssektoren er motion på recept. Det skyldes, at effekten af fysisk aktivitet nu er så veldokumenteret, at en implementering af fysisk træning ved en lang række livsstilssygdomme er påkrævet. Bogen "Håndbog om fysisk aktivitet" af Bengt Saltin og Bente Klarlund Pedersen, har givet anledning til en relevant og meget interessant diskussion om, hvem der skal implementere denne viden i praksis.

På den netop overståede fagfestival blev der sat fokus på fysioterapeuters fremtidige rolle i udforskning af motions betydning og på implementering af motion som led i patientbehandling.

"Hvilken evidens er der for fysisk aktivitet"?

Konklusionen fra professor, overlæge, dr. med. Bente Klarlund Pedersens var klar: der er betydelig dokumentation for, at fysisk aktivitet forebygger en

lang række somatiske lidelser som åreforkalkning, diabetes og hypertension. Ligeledes er der i den senere tid samlet viden om betydningen af fysisk aktivitet som led i forebyggelsen af en række sygdomme.

"I den medicinske verden er der tradition for at ordinere den behandling, der videnskabeligt har vist sig mest effektiv med de færreste bivirkninger eller risici. Der er nu evidens for, at fysisk træning i nogle tilfælde er mere effektiv eller lige så effektiv som medicinsk behandling", sagde hun blandt andet.

En halv times fysisk aktivitet om dagen vil ændre den meget kedelige profeti, der forudsiger, at 70 procent af alle sygdomme i den vestlige verden i år 2020 vil være livsstilssygdomme.

Bente Klarlund sluttede sit foredrag af med en lektion i genernes "sløve" evolutionære udvikling, og henviste til individets ansvar for at give kroppen mulighed for en optimal udnyttelse af genernes og kroppens potentiale.

Historiker, professor. Dr. Phil. Hans Bonde fra Institut for Idræt var i sit foredrag inde på det samme: "Vore kroppe lever i det 21. århundrede, kroppe hvis genetiske udrustning er formet til et

Abstracts fra omtalte oplæg af Hans Lund, Hans Bonde, Flemming Dela, Ann-Dorthe Zwisler, Bente Klarlund og Henning Langberg kan downloades fra www.fysio.dk/fagfestival

Samme sted findes præsentationerne til Hans Lunds og Hans Bondes oplæg. Bente Klarlund Pedersens præsentation kan downloades fra www.dasfas.dk

indgang

- aktivt liv gennem de tusinde af år, hvor vi levede som jægere og samlere med stærke, daglige krav til fysisk aktivitet".

Flemming Dela, dr. med. professorvikar på Medicinsk Fysiologisk Institut på Københavns Universitet, stillede spørgsmålet "kan man løbe fra det metaboliske syndrom?" Konklusionen var kort og klar: Ja, det kan man. Interessant var det, at Flemming Dela, som har modtaget Ydes Hæderspris for sin forskning i betydningen af motion for type 2-diabetes, havde medtaget resultater fra et bachelorprojekt fra Næstved fysioterapeutskole.

FORSKNING OG FYSIOTERAPI

Selvom der generelt er mangel på fysioterapeuter, der forsker, viste den faglige festival, at en masse engagerede fysioterapeuter har betydelig andel i den forskning, der findes om effekten af fysisk aktivitet.

Fysioterapi Nina Beyers arbejde med sarkopeni og styrketræning er for kort tid siden blevet beskrevet i Fysioterapeuten og kommer forhåbentligt til at få stor betydning for fremtidig behandling af ældre. Thomas Hvass Villadsen, som desværre ikke var med på festivalen, har bidraget med et kapitel til en ny bog om Hjerterehabilitering, skrevet af læge Ann-Dorthe Zwisler.

Ann-Dorthe Zwisler måtte i hans fravær selv besvare spørgsmålet: Hvilken plads har fysisk træning i behandlingen af hjertepatienter?

"Der findes i dag god dokumentation for, at fysisk træning forbedrer overlevelsen blandt patienter med iskæmiske hjertesygdomme", lød hendes vurdering.

En anden fysioterapeut, der befinder sig helt ude ved fronten, er projektfysioterapeut Morten Quist. Morten Quist har siden 2001 været ansvarlig for den fysiske træning til kræftpatienter på projektet "Krop og kræft", der er et tværfagligt forskningsprojekt med tilknytning af sociolog, sygeplejerske, psykolog og fysioterapeut. Morten Quist er regnet blandt dem, der internationalt og nationalt ved allermost om effekten af fysisk træning på kræftpatienter.

Fysioterapeut Stig Møller kunne berette at "Fysisk træning forbedrer hæmodialysepatienters fysiske funktion og aerobe kapacitet".

Til sidst skal nævnes Henning Langberg, fysio-

terapeut, ph.d. seniorforsker, Idrætsmedicinsk forskningsenhed, hvis viden om senevævs adaptation til belastning er lige så imponerende, som hans titel er lang. I overensstemmelse med sandheden bør det bemærkes, at undertegnede ikke overværede alle indlæg omhandlende evidensen af fysisk træning. Overstående er imponerende og måske kun toppen af vores isbjerg?

KLASSIFIKATION

Det næste skridt er nu at implementere vores viden i praksis, hvilket blandt andet betyder, at vi er nødt til at finde en fælles terminologi. Hvad er for eksempel forskellen mellem fysisk træning, fysisk aktivitet, motion eller terapeutisk træning?

Det var nogle af spørgsmålene bag fysioterapeut, ph.d., Parker Instituttet, Hans Lunds foredrag. Han havde selv følgende forslag til en klassifikation

- Fysisk Aktivitet: Fysisk aktivitet på arbejde, ved transport eller hjemme.
 - Motion/Idræts aktivitet: Systematisk gentaget fysisk aktivitet - dvs. fysisk aktivitet er formålet. Terapeutisk træning: Systematisk gentaget fysisk aktivitet, hvor formålet er behandling eller forebyggelse af sygdom.
- Ifølge Bente Klarlund Pedersen kan man heldigvis ikke undgå at forebygge en lang række somatiske lidelser, uanset om man dyrker fysisk aktivitet, motion eller terapeutisk træning. Som fysioterapeuter bør vi diskutere, hvilket af ovenstående områder der mest naturligt ligger inden for det fysioterapeutiske behandlingstilbud. Hans Lund argumenterede for, at fysioterapeuters primære opgave må være den terapeutiske træning, hvis hovedformål er forebyggelse eller behandling af sygdom.
- Ifølge Hans Lund kan den terapeutiske træning tilrettelægges individuelt efter patientens behov og diagnose med varierende fokusområde:
- Styrke/konditionsfremmende træning: Til patienter med f. eks hypertension, diabetes, hjertekarsygdomme etc.
 - Træning af motoriske færdigheder: Til patienter med rygproblemer med knæ-OA eller lignende.
 - Smertereducerende træning: Til patienter med reumatiske lidelser og claudicatio intermittens.

IMPLEMENTERING I HVERDAGEN

Som Bente Klarlund Pedersen meget rammende siger: "Der er tale om, at der er akkumuleret viden i en sådant omfang, at fysisk aktivitet skal implementeres".

Spørgsmålet er så: Hvordan vi gør det? Ifølge



Hans Lund havde et forslag til definition af forskellen mellem fysisk træning, fysisk aktivitet, motion og terapeutisk træning.



Bente Klarlund: "Der er nu evidens for, at fysisk træning i nogle tilfælde er mere effektiv eller lige så effektiv som medicinsk behandling".

fysioterapeut Lotte Paarup bør implementering af terapeutisk træning i behandlingen af patienter ske på baggrund af relevant træningsfysiologi. Paarup mener ikke, at fysioterapeuter på deres grunduddannelse erhverver sig den nødvendige viden. Der er behov for yderligere uddannelse og kurser på området - et synspunkt, jeg er tilbøjelig til give Paarup ret i.

Lotte Paarup mener, at fysioterapeuter er de bedst kvalificerede til at varetage den terapeutiske træning, men advarer imod, at vi glemmer de idrætsuddannede fra universitetet. De har, ifølge Paarup, en stor teoretisk viden på området som vi med fordel kan profitere af.

Lotte Paarup opstiller tre betingelser, der efter hendes mening er nødvendige for at den fysiske træning kan implementeres:

- Det skal give mening for patienten.
- Den terapeutiske træning skal være funktionel og direkte kunne overføres til patientens hverdag. Det er vigtigt, at patienterne får en oplevelse af, at det virker.
- Der skal komme resultater ud af det. I praksis skal det virke for patienten. Det betyder, at vi skal bruge det rigtige system til den rigtige patient.
- Det skal være sjovt. Vi ved det jo godt alle sammen, men Hans Bonde siger det bedst: "Alt i alt må målet være, at mennesket begynder at dyrke rigtig meget lystbetonet motion med det flow, den aktivitet giver og derigennem få mulighed for at spise meget og god mad med det flow, dét giver. Vi skal kort sagt ind i en positiv svingningsbevægelse mellem motion og mad, hvor lysten driver værket".

DE BEDST EGNEDE

Evidensen for den terapeutiske træning findes inden for en lang række diagnoser. Diagnoser som fysioterapeuter traditionelt behandler, og hvor vi derfor er bekendt med patologien. Der findes en stor gruppe fysioterapeuter, der har en ledende rolle i forbindelse med den nye forskning, og som er med til at udarbejde nye retningslinier for området. Det er derfor undertegnede mening, at fysioterapeuter i fremtiden skal have en fremtrædende rolle i behandlingen af livsstilsrelaterede sygdomme med terapeutisk træning.

Kort sagt: Vi er ikke længere "de måske egnede", vi er de bedst egnede. ■

Castillo Morales

■ Syv børnefysioterapeuter fra Vestsjællands amt er ved at tage et grundkursus i Castillo Morales konceptet. Fysioterapeut Ann Dorthe Toft Petersen fremlagde, hvordan man bruger konceptet i det børnefysioterapeutiske arbejde. Ann Dorthe Toft Petersen arbejder med Orofacial Reguleringsterapi, som den udføres efter Castillo Morales koncept. Det integrerer både Bobath og sanseintegration og er på den måde et godt bidrag i behandlingstilbuddene til personer med enten congenit eller acquisit hjerneskade. Der arbejdes i tværfaglige teams bestående af tandlæger, talepædagoger, ergoterapeuter og fysioterapeuter i Vestsjællands Amt, og målet er at opnå større grad af selvstændighed og livskvalitet for den hjerneskadede. Konceptet består især i at integrere de forskellige funktioner i det orofaciale område i træningsforløbet. Læs abstract på www.fysio.dk/fagfestival

Af pensioneret fysioterapeut Birte Carstensen

Constrained induced movement therapy

■ Den svenske fysioterapeut Bodil Carle Smedley fra Hjerneskadeenheden, centralsygehuset i Kristiansstad fortalte i sit oplæg, hvordan man omsætter videnskabelige teorier til praksis. Hun kom ind på, hvordan man tiltemper CI til mennesker med forskellige typer af funktionsnedsættelser, og hvordan man håndterer spasticitet. Abstract fra Bodil Carle Smedleys oplæg og hendes powerpoint præsentation kan downloades fra www.fysio.dk/fagfestival

Bækkenbunden hos unge og ældre

■ Den norske fysioterapeut, ph.d. og professor i fysioterapi Kari Bø holdt to oplæg om bækkenbunden. I det ene oplæg gennemgik hun forhold vedrørende bækkenbundstræning til ældre kvinder og i det andet kom hun ind på dysfunktioner i bækkenbundsmuskulaturen hos idrætsaktive kvinder. Kari Bøs powerpoint præsentationer fra hendes oplæg kan downloades fra www.fysio.dk/fagfestival

Download foredrag fra fysio.dk

■ Flere af oplægsholderne har sendt deres powerpoint præsentationer til fysio.dk, hvor de kan downloades. Ved redaktionens slutning var der 19 præsentationer på fysio.dk, og flere er på vej.

Din egen sundheds smed

Man kan ikke ved påbud få den enkelte dansker til at tabe sig eller holde op med at ryge. Det svarer til at bede en svagt stillet familie om ikke længere at være fattig, sagde professor Bjarne Bruun Jensen på fagfestivalen

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

"Forebyggelse og sundhedsfremme er gennemsyret af en række ideologier. Det er helt i orden, så længe der ikke er tale om skjulte ideologier. Vi bør i stedet lægge dem frem og begrunde dem. Det er svenskerne og nordmændene meget bedre til", sagde professor ved Danmarks Pædagogiske Universitet, Bjarne Bruun Jensen, da han indledte sit foredrag om dialogen som forudsætning for forandring.

Der er dog også ideologier, som ifølge Bjarne Bruun Jensen gør mere skade end gavn.

Eksempelvis den fremherskende ideologi om, at man er sin egen sundheds smed.

"Vi løser ingenting ved at gøre folk med store problemer ansvarlig for deres egen sundhed. Tværtimod gør vi skade ved at gøre det til en individuel problemstilling frem for at tage udgangspunkt i det fællesskab og den sammenhæng, som sundhedsproblemet udspringer af", sagde Bjarne Bruun Jensen.

UNDGÅ AT VÆRE FATTIG

Som eksempel henviste han til de mange gode råd og påbud, som befolkningen med jævne mellemrum overalt i den vestlige verden bliver mødt med fra officielt hold.

Han illustrerede det ved en lille øvelse, som en kollega fra Storbritannien havde foretaget: Hvis man klikker ind på britiske sundhedsstyrelses hjemmeside, bliver man mødt af 10 gode råd i stil med: lad være med at ryge, hold dig slank, dyrk motion osv. Forestillede man sig, at man havde opstillet lignende leveregler på det britiske socialministeriums hjemmeside, ville de lyde i stil med: Lad være med at være fattig, hvis du er fattig, så undgå at være fattig for længe, sørg for, at du ikke bliver født af fattige forældre osv.

"Når man stiller det op på den måde, er det ikke svært at se det problematiske i at følge ideologien om, at vi alle er vores egen sundheds smed", som Bjarne Bruun Jensen udtrykte det.

For vi indgår alle i sociale, økonomiske og kulturelle sammenhænge og er produkter af vores opvækst og det liv, vi lever. Derfor bør det også være denne kollektive sammenhæng, fysioterapeuter og andre sundhedsfaglige professioner, der beskæftiger sig med forebyggelse og sundhedsfremme, bør tage udgangspunkt i.

Det betyder ikke, at den enkelte ikke har et medansvar for sin sundhed, men derimod at man ikke kan løsrive det ansvar fra sammenhængen.

Derfor er der store perspektiver i at bedrive sundhedsfremme og forebyggelse på arbejdspladser, i boligkvarterer eller andre forpligtende fællesskaber, samtidig med at man ikke glemmer det enkelte menneske: "I bør både arbejde individuelt og kollektivt orienteret", lød rådet fra Bjarne Bruun Jensen.

INVOLVERING OG PERSPEKTIV

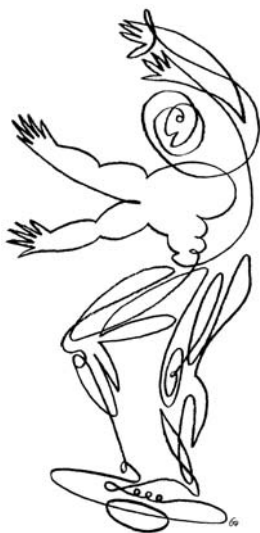
For at det skal lykkes at få danskerne til at droppe smøgerne, spise sundt og begynde at motionere er der to væsentlige forudsætninger, som skal opfyldes: Deltagerne skal involveres, og der skal være et handlingsorienteret perspektiv.

"Et af de store problemer i forhold til deltagerperspektivet er, at vi mener noget forskelligt, selv om vi taler om det, som om vi mente det samme", pointerede Bjarne Bruun Jensen og opfordrede tilhørerne til mere præcist at definere, hvad de mener med at deltagerne skal involveres, før de går i gang med et projekt – og ikke mindst hvilken rolle de selv har påtænkt at spille. Eksempelvis den tilbage-lærte konsulentrolle, der betragter processen fra sidelinien, den aktivt involverede, der er med til at generere ideer, eller en rolle et sted der imellem.

Og så advarede Bjarne Bruun Jensen mod på forhånd at opgive de hårdest belastede befolkningsgrupper: "Jeg køber ikke den, at de svage, marginaliserede grupper ikke evner at påtage sig et ejerskab til en sådan proces. Men det forudsætter, at der er tale om et tilbud om ægte deltagelse, og at det handlingsorienterede perspektiv er klart og accepteret."

EN FALSK MODSÆTNING

Bjarne Bruun Jensen sluttede af med endnu en advarsel. I dag er det almindeligt at adskille forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelse er den autoritative, ofte myndighedsbårne information, der tager sigte på at advare, vejlede og give påbud. Der er ofte tale om top-down information.



Sundhedsfremme har derimod et demokratisk perspektiv, hvor man medinddrager borgerne eller grupper af borgere i en proces, hvor de selv tager ansvaret for deres handlinger. Dermed er forebyggelse baseret på risikotænkning, mens sundhedsfremme tager udgangspunkt i mulighederne.

”Der er tale om en falsk modsætning. Forebyggelse og sundhedsfremme er ikke hinandens modsætninger. Det handler ikke om at vælge det ene eller anden perspektiv, men at kunne benytte begge to. I som fysioterapeuter risikerer at komme i

klemme, hvis I fortsat accepterer dem som to modstillede paradigmer”, sagde Bjarne Bruun Jensen.

For selv om det er kirurgen, der fører kniven, når operationen skal udføres, har patienten og hendes familie stadig et ansvar for at hun forbereder sig til indgrebet, og efterfølgende bliver rask.

”Man kan sagtens forbinde forebyggelse og sundhedsfremme. Jeres opgave kunne være mere præcist at finde ud af, hvordan disse to begreber kan spille sammen på jeres område”, lød opfordringen fra Bjarne Bruun Jensen. ■

Her ligger Nobelprisen

Det er ingen kunst at forbedre konditionen hos en patient med recept på motion. Det interessante er, om konditionsforbedringen er der endnu, når patienten har forladt er træningsforløbet og motionerer på egen hånd

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Sociolog dr. med. Lars Iversen, talte på fagfestivalen om motion og træning i praktisk sundhedsfremme. Som afdelingschef for Sundhed i Ribe amt har Lars Iversen været med til at tage landets første initiativ til motion på recept.

Indtil videre har der været i alt 185 patienter igennem et tre måneders forløb på en af de fire klinikker for fysioterapi, der medvirker i projektet. En statusrapport foreligger ikke endnu, men de foreløbige resultater er positive, og projektet udvides i løbet af 2004 til flere klinikker.

Som dokumentation for projektets resultater fremviste Lars Iversen blandt andet pulskurver, der viste en markant fremgang i konditionen hos de inkluderede patienter. Især én af kurverne var Lars Iversen ekstra glad for - nemlig en kurve, der viste ikke bare konditionen ved træningsforløbets afslutning, men også viste kurven efter, at patienten havde motioneret på egen hånd i tre måneder.

”Det er her, Nobelprisen ligger”, sagde Lars Iversen. ”Det er ikke nogen kunst at forbedre konditionen hos en patient, der træner to gange om ugen hos fysioterapeuten. Patienten skal opnå tiltro til, at motion gør en forskel for helbredet

og opleve, at han/hun faktisk kan motionere så meget, at det hjælper. Den egentlige målsætning er, at patienten bliver ved med at være fysisk aktiv mindst 30 minutter hver dag efter træningsperiodens afslutning. Det første patienten jo sådan set skal have at vide hos fysioterapeuten, er, at det slet ikke er dér, patienten skal være”.

Ifølge Lars Iversen er en afgørende forudsætning kulturen i lokalmiljøet. I Ribe Amt er der 300 idrætsforeninger med tilsammen 80.000 medlemmer, og projektets succes står og falder i høj grad med idrætsforeningernes velvilje, sagde Lars Iversen, der med et lån fra terminologien fra arbejdsmarkedet talte om ”det rummelige idrætsliv”.

”Vi kan se, hvordan der i idrætsforeningerne efterhånden popper tilbud op særligt rettet mod denne målgruppe. De trækker så i vidt omfang deres pårørende med, og der er dermed mange flere, der får glæde af tilbuddet, end den gruppe, der får recepten”. ■



"Hvis virksomheden mener, der er behov for, at medarbejderne får massage, er det et godt sted at starte", sagde Søren Albertsen fra BST Århus.

1. Den enkeltes ansvar for eget liv
2. Det gensidige ansvar i fællesskaber - f.eks. arbejdspladsen
3. Det offentlige ansvar for gode rammer

Helheden kan komme efterhånden

Sundhedsfremme via arbejdspladsen skal være præget af helhedstænkning. Men hvis det umiddelbare behov er massage på arbejdspladsen, er det et godt sted at starte

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

"Hvad har du gjort i den sidste uge for at fremme din egen sundhed?" Spørgsmålet blev stillet direkte til en af tilhørerne, da Søren Albertsen, projektkoordinator i BST Århus, holdt workshop på fagfestivalen om sundhedsfremme via arbejdspladsen.

Det spørgsmål stiller Søren Albertsen også, når han taler om sundhedsfremme på virksomhederne, og svarene er ofte, at man har cyklet, løbet eller spist sund mad.

Fysioterapeuter er dog ikke så lette at lokke i en fælde, og den første, der blev spurgt, svarede derfor ikke kun, at han havde løbet tre gange, men også at han havde hentet sine børn fra børnehaven to gange. Og den næste, Søren Albertsen pegede på, talte hverken om gulerødder eller løbeture, men svarede blot, at hun havde drukket rødvin og grinet med kollegerne aftenen før.

Fysioterapeuter ved nemlig godt, hvad sund-

hedsfremme handler om og kan tænke i helheder, og et af Søren Albertsens budskaber var derfor også, at det behøver man ikke at gøre hele tiden.

MASSAGE ER OK I BEGYNDELSEN

"Man skal starte der, hvor virksomheden er, og ledelsen behøver ikke nødvendigvis have et fuldt overblik over, hvad de vil nå med sundhedsfremmeindsatsen fra starten. Hvis virksomheden mener, der er behov for at medarbejderne får massage, er det et godt sted at starte", sagde Søren Albertsen, men understregede, at massagen ikke skal blive ved med at stå alene.

"Kost, motion, arbejdsmiljø, socialt netværk og så videre og så videre er dele af den helhed, der udgør et sundt liv. Og som fysioterapeut, der arbejder med sundhedsfremme, skal vi have i baghovedet, at der er andre ting i verden end det fysioterapeutiske. Vi skal være helhedsorienterede, og vi skal tage udgangspunkt i det enkelte menneskes motivation. Spørge, hvor han selv ønsker at komme hen, og hvor langt han vil gå for at nå det, ellers skaber vi ikke sammenhæng", sagde Søren Albertsen og mindede om, at kun ved at behandle folk forskelligt kan man behandle dem ens. ■

Arbejdstilsyn, Bedrifts-sundhedstjenester, private klinikker og virksomheder har øget deres fokus på sundhed via arbejdspladsen.

Abstract fra Søren Albertsens oplæg "Sundhedsfremme via arbejdspladsen" kan læses på www.fysio.dk/fagfestival.

indgang

Projekt måleredskaber

Ganske mange fysioterapeuter havde fundet vej til fremlæggelsen af status for DF's "Projekt måleredskaber" på fagfestivalen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

DF's "Projekt måleredskaber" har til formål at give fysioterapeuter adgang til videnskabelig kvalitetsvurdering af måleredskaber inden for fysioterapi. Projektets fundament er de mere end 100 måleredskaber, Danske Fysioterapeuter indsamlede gennem en spørgeskemaundersøgelse til 400 fysioterapeutiske arbejdspladser i 2002.

"Alt fra hjemmestrikkede test til store, forkromede, validerede test", som fysioterapeut cand. scient. san. Thomas Maribo forklarer. Han er manden, der er ansat til i projektperioden at vurdere de måleredskaber, der er udvalgt af en ekspertgruppe som de vigtigste.

Thomas Maribo fremlagde status på projektet på fagfestivalen og indledte sit oplæg med et spørgsmål: "Hvorfor skal fysioterapeuter have adgang til validerede måleredskaber"? Det skal de, sagde han, fordi måleredskaber skal buges til at dokumentere fysioterapien i praksis.

"Patienter, vi selv og beslutningstagerne har glæde af måleredskaberne. Patienterne fordi det er en vigtig motivationsfaktor - og man for eksempel heller ikke går på slankekur uden at have en vægt. Og beslutningstagerne fordi det giver dem et grundlag at vurdere effekten af vores behandlinger på, når der skal prioriteres. For vores eget vedkommende understøtter måleredskaber undersøgelsen og hjælper, når vi skal vurdere kvaliteten af eget arbejde og giver grundlag for at justere behandlingen".

Thomas Maribo understregede, at måleredskaber bør vælges med samme omhu, som behandlingen. "Man kan ikke bruge samme balancetest til elitesportsmanden som til hemiplegikeren, men heller ikke til fru Hansen og fru Jensen, hvis deres diagnoser og funktion er vidt forskellige".

Thomas Maribo vurderer måleredskaberne på baggrund af en manual udarbejdet af fysioterapeut, ph.d. Nina Beyer og fysioterapeut, dr. med. Peter Magnusson. Indtil videre er Barthels Indeks,

Functional Quality of Movement (FQM), Functional Recovery Score (FRS), Timed Up & Go (TUG) vurderet, og er sammen med vurderingerne tilgængelige på www.fysio.dk. Ambitionen er at kunne lægge et nyt måleredskab på hver måned gennem det næste halve år.

Thomas Maribo håber, at projektet vil munde ud i et overblik over eksisterende måleredskaber, så behovet hos den enkelte fysioterapeut for selv at strikke et sammen, daler.

"At lave et måleredskab, der fungerer, er en lang og sej proces. Første gang man opfinder hjulet, er der en risiko for, at det ikke bliver helt rundt", som han sagde. ■

Følg med i Projekt
Måleredskaber på
www.fysio.dk

Gå ind under udvikling/forskning





I pauserne var det udstillingshallen, der trak. Her var maden, det var her, man kunne møde faggrupper og fraktioner samt DF's sekretariat og et slaraffenland af udstyr til fysioterapien. Det var også hallen, der var rammen om posterudstillingen, hvor posteren "Armholdstræning for apopleksipatienter på Amtssygehuset i Herlev" vandt prisen for bedste poster (se fysio.dk/fag-festival).



En af de omkringfarende tjenere lod sig drage af muligheden for at teste balancen.



Pippi Langstrømpe i stedet for Pinocchio

Tidligere skulle den fysioterapeutiske leder være god til sit fag og ellers følge instrukser ovenfra. I dag forventes det, at lederen forholder sig til hele "virksomheden". Der er ikke mere brug for marionetdukken Pinocchio, men derimod handlekraftige ledere med evner som Pippi Langstrømpe

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

Abstracts fra Dorte Pedersens og Kurt Klaudi Klausens indlæg kan downloades på www.fysio.dk/fagfestival

Engang var det meget lettere at være leder på en sygehusafdeling eller for en fysioterapi.

Dengang blev det forventet, at man var fagligt dygtig og kunne administrere efter de retningslinier, der blev udstukket ovenfra. Dengang er faktisk ikke meget mere end 20 år siden. Så kom Schlüter-regeringen til i begyndelsen af 80'erne og begyndte at reformere de eksisterende spilleregler og måder at tænke ledelse på.

Siden har den offentlige sektor gennemløbet tre forskellige udviklingstrin, der alle har forandret betingelserne for at være leder, eksempelvis af en fysioterapi:

"Hvis I synes, at der er sket store ændringer indtil nu, kan I godt indstille jer på, at det, I allerede har set, er det rene barnemad i forhold til, hvad der er i vente", sagde cand. scient. adm. Dorte Pedersen til omkring 100 ledere og en håndfuld tilidsrepræsentanter, der havde valgt at høre hendes foredrag på Danske Fysioterapeuters fagfestival.

LEDERENS FADERVOR

Offentlig ledelse mod 2010 var emnet, som Dorte Pedersen fra Handelshøjskolen i København var blevet bedt om at forelæse over. Men inden blikket blev fremtidsrettet, skulle der i kort form samles op på de seneste 20 år. Det er fortællingen om hierarkier, der er erstattet af netværk, regler der er skiftet ud med rammer, og perioden hvor alle ledere har skullet tilegne sig læresætningen: "Du må lære at prioritere i knappe ressourcer".

Sat på tidslinje startede det i midten af 1980'erne, hvor der var fokus styring af udgifterne, siden fulgte kravet om dokumentation af effekten, og i dag gælder det om at være konkurrencedygtig. Lederen skal anskue arbejdspladsen som en virksomhed,

der er i skarp konkurrence med andre virksomheder om at udbyde den bedste service.

Man er i dag ikke bare leder af en fysioterapi på et sygehus, men skal kunne forholde sig til sygehuset som virksomhed og amtet som koncern.

"De bestående hierarkier og sektorer bliver voldsomt udfordret af virksomhedstankegangen og stiller en række krav til lederen. Lederen er ikke længere kun faglig leder og administrator, men også en del af den politiske beslutningskæde. Administration, drift og politik smelter så at sige sammen", forklarede Dorte Pedersen og trak en anden udviklingstendens frem.

Nemlig den opløsning der sker af den offentlige sektor. Nogle dele af sektoren privatiseres, andre bliver til selvejende institutioner, mens de tilbageværende dele betragtes som virksomheder.

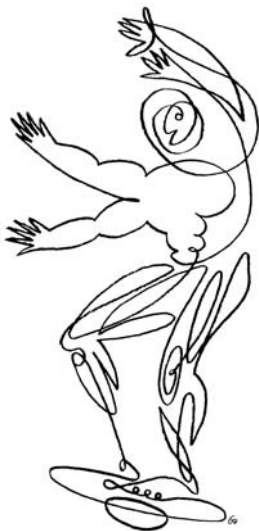
VÆRDIBASERET LEDELSE

"Dermed bliver det nødvendigt at finde et nyt middel, der kan binde den offentlige sektor sammen. For lederen hedder værktøjet værdibaseret ledelse", sagde Dorte Pedersen.

Her er det, at Pippi Langstrømpes egenskaber kommer ind. For den moderne leder skal ikke bare kunne skabe visioner for de ansatte, men skal også kunne skabe rum for, at medarbejderne kan lede sig selv. Eksempelvis ved at forfægte deres interesse i resten af koncernen. Til denne opgave har man blandt andet brug for mod, engagement og kreativitet. Egenskaber som ikke er kendetegnende for den gamle lederrolle.

"Lederen går med andre ord fra at være Pinocchio til at være Pippi Langstrømpe", som Dorte Pedersen formulerer det.

Ud over at skabe rammerne for, at medarbejderne kan udvikle og lede sig selv, skal lederen også have indgående kendskab til sit personale: "Det er ikke nok at være faglige kompetent, men lederen skal også have personlige kompetencer og være i stand til at bedømme hver enkelt medarbejder og vurdere, hvordan de passer ind i organisationen. Det kan være stærkt angstprovokerende at skulle give den slags bedømmelser, eksempelvis når der skal uddeles ny løn. Det udfordrer samtidig den traditionelle tankegang i fagbevægelsen og hos tilidsrepræsentanterne. Her har man været vant til at



beskytte medlemmerne ved jura, regler og kollektive aftaler”, sagde Dorte Pedersen.

Betyder det så at den fysioterapeutiske leder skal være mindre forankret i faget? ”Nej”, lød svaret fra Dorte Pedersen. ”Selv om man går fra monofaglig ledelse til virksomhedsledelse, skal lederen hele tiden være i stand til at flytte faget. Og det forudsætter, at man er hamrende dygtig til sit fag”.

DET PERSONLIGE EJERSKAB

Professor Kurt Klaudi Klausen fra Institut for offentlig organisationsteori ved Syddansk Universitet fortsatte, hvor Dorte Pedersen slap. Nemlig ved at tage fat på, hvad det er for personlige egenskaber lederen skal have for at matche de krav, der stilles i den offentlige sektor.

”Meget kort fortalt skal lederen have evnen, viljen og modet. Evnen til at være leder, viljen til at påtage sig opgaven og ville noget med lederrollen ved at opstille visioner og omsætte dem via mål og strategier. Og så skal man turde træde i karakter, også når de ubehagelige situationer opstår”, sagde Kurt Klaudi Klausen.

Lederen er med andre ord ikke længere den fremmeste blandt kollegaerne eller en slags tillidsmand i forklædning. Lederen er kort og godt leder, og det rejser så spørgsmålet om, hvad ledelse er?

MENING OG DAGSORDNER

I klassisk forstand har ledelse været defineret som en gruppe mennesker, der arbejder sammen med henblik på at opfylde udvalgte mål. Men Kurt Klaudi Klausen opererer med en anden og mere kompleks definition som lyder: ”Ledelse drejer sig om at fortolke virkeligheden, der finder sted i kommunikativ proces med henblik på at skabe mening, spejle samtiden og sætte dagsordener”.

Dermed også sagt, at lederen ikke kan lede uden at have opbakning fra dem, man skal lede. Ikke mindst fra alle de uformelle ledere på arbejdspladsen: ”I kender dem godt, for I har selv været uformelle ledere, før I blev ledere”, som Kurt Klaudi Klausen påpegede over for forsamlingen.

Og så er det vigtigt at få afstemt de mange forskellige roller, man har som leder, med de forventninger andre har. ”Hvis medarbejderne eksempelvis forventer, at man er meget til stede, men at de mange administrative, organisatoriske og udviklingsmæssige opgaver betyder, at man er meget ude at huset, kan medarbejderne blive skuffede”, sagde Kurt Klaudi Klausen.

Han pegede på et forhold, som specielt fuldtidsledere kan opleve. Nemlig at deres loyalitet og identitet flytter sig, og at det kan give personlige

skismaer. ”Fra at være faglig leder, bliver man så at sige firmaets mand eller kvinde”.

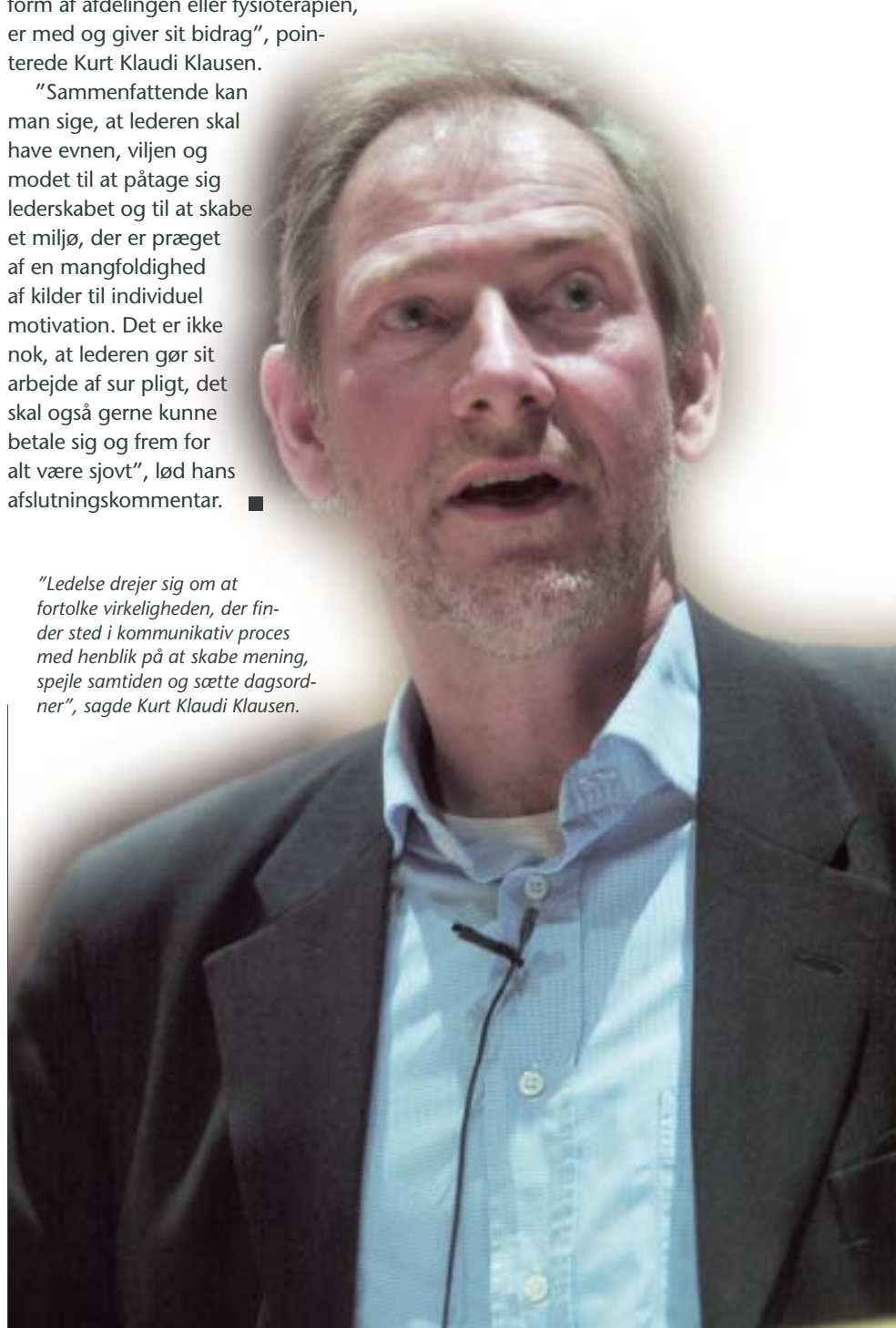
OPAD OG TIL SIDEN

Men fuldtidsleder eller ej, kommer alle ledere til at forholde sig til en stadig mere komplekse opgaver i stadig mere komplekse organisationer. Eksempelvis indgår lederen i fællesskaber på tværs af afdelingerne i sygehuset og bidrager til de beslutninger, der træffes på topniveau.

”Derfor har lederen også en forpligtelse til at lede til siden og opad. Ingen kan træffe beslutninger i øverste led, hvis ikke de små fællesskaber, for jer i form af afdelingen eller fysioterapien, er med og giver sit bidrag”, pointerede Kurt Klaudi Klausen.

”Sammenfattende kan man sige, at lederen skal have evnen, viljen og modet til at påtage sig lederskabet og til at skabe et miljø, der er præget af en mangfoldighed af kilder til individuel motivation. Det er ikke nok, at lederen gør sit arbejde af sur pligt, det skal også gerne kunne betale sig og frem for alt være sjovt”, lød hans afslutningskommentar. ■

”Ledelse drejer sig om at fortolke virkeligheden, der finder sted i kommunikativ proces med henblik på at skabe mening, spejle samtiden og sætte dagsordener”, sagde Kurt Klaudi Klausen.



Børnefysioterapiens fremtid

Hvad skal der til for at få forældrene til at vælge os, lød et af spørgsmålene på fagfestivalens debattmøde om børnefysioterapiens fremtid

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

"Vi skal blive bedre til at beskrive, hvad god børnefysioterapi er, hvis vi ikke vil miste vores identitet og blive aflastere for andre faggrupper". Sådan lød et af fysioterapeut Vibeke Brandts budskaber, da hun indledte et debattmøde om børnefysioterapiens fremtid på fagfestivalen.

"Vi skal dyrke håndværket, men også have vores baggrundsviden i orden. Forældrene er godt klædt på, så vi skal blive bedre til at formidle vores praksis. Hvad er god børnefysioterapi, og hvilke krav er der til vores kompetencer? Er der gamle metoder, der skal skiftes ud med nye? Der skal arbejdes hårdt for at få videnskabeliggjort mere af vores arbejde, uden at vi falder på halen for naturvidenskabelig forskning", sagde Vibeke Brandt blandt andet og tilføjede, at det også handler om synlighed:

"Vi er synlige over for vores brugere og nære samarbejdspartnere, men ikke over for dem, der bestemmer. Vi er så fokuserede på de enkelte børn, at vi når ikke ud og deltager i sundhedsdebatten".

SKAL FOKUSERE PÅ RESSOURCER

Hanne Bruusgaard Pedersen talte om børnefysioterapiens mål: At finde den gnist, børnene har i sig, så de selv finder glæden ved brug af egen krop og får øget selvværd.

"Tidligere arbejdede vi for så normaliseret en krop og bevægelser som muligt. Nu siger vi, at vi skal kompensere barnet. De skal ikke bruge alle kræfterne på motorikken, men have overskud til at være nysgerrige og udvikle sig. Dokumentation skal øges og området skriftliggøres, og da vi går væk fra for eksempel ledmålinger, er det vigtigt, at vi beskriver på en anden måde. Hvis det vi gør, er medvirkende til, at barnet udvikler sig socialt, er det vigtigt, at vi har nogle test, der kan dokumentere det".

Hanne Bruusgaard Pedersen pointerede desuden, at det er vigtigt at inddrage forældrene "som de mest kompetente og de mest bestemmende", som hun sagde.

"Forældrene har forskellige krav, og det er vigtigt at honorere de krav inden for de rammer, vi har. Ressourcerne bliver færre og færre, men det er vigt-

tigt at fokusere på, hvad vi kan, i stedet for at fokusere på ressourceknaphed og udbrændthed".

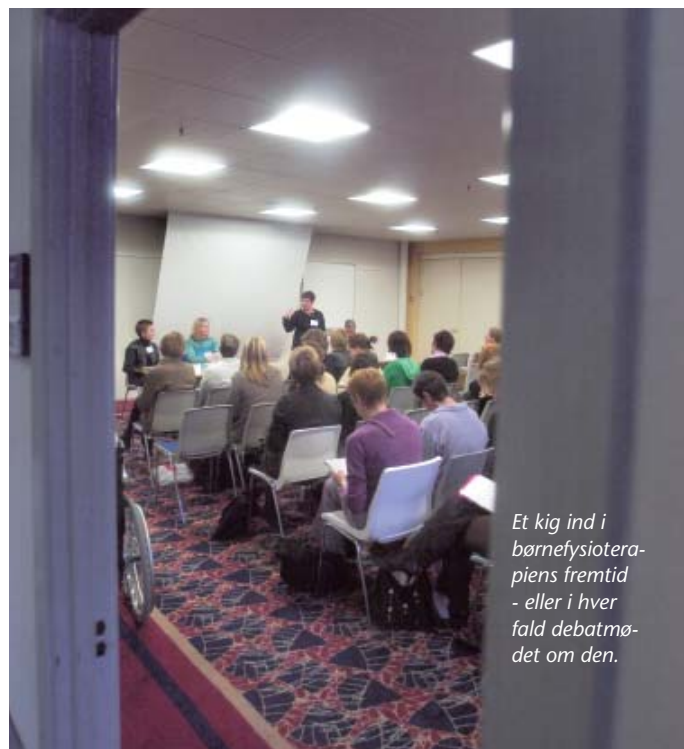
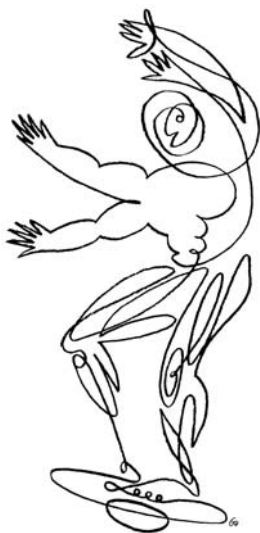
DET ER OS, DER FØRER

Elna Søndergaard havde til lejligheden taget sin spåkugle med og set ind i 2010.

"Jeg er selvstændig også i 2010, og med den regering vi har, tror jeg, det er mig, der har fat i den lange ende. Jeg ser mig selv i et af de små lukkede sygehuse, omdannet til privat, tværfagligt børnecenter, for eksempel på Samsø. På Fyn er der et Doman-center, måske er der også kommet en Castillo Morales-klinik og noget nyt fra Japan. Men det er os på Samsø, der fører, fordi vi markedsfører os, og fordi vi har et brand. Vi arbejder med barnets og familiens ressourcer og vil ikke være særligt optaget af diagnoser. Ønsker om at kunne bære sin egen taske, at komme med til kammeraternes fødselsdag eller lege vinkeskjul er uafhængige af den diagnose, barnet har", sagde Elna Søndergaard.

Hun forudså, at hendes børnehus ville være finansieret af forsikringer, og at det derfor fulgte naturligt, at man var blevet meget bedre til at dokumentere sit arbejde.

"Men vi skal også kunne dokumentere livskvalitet, ellers er det dem, der kan dokumentere kravlelængder, der løber med sejren. I 2010 er det forældrene, der vælger os. Vi bliver fravalgt, hvis ikke de synes, det er godt nok. Vi skal kunne vise forældrene, hvad det er vi gør for at øge livskvaliteten hos deres barn".



Et kig ind i børnefysioterapiens fremtid - eller i hver fald debattmødet om den.

A stylized, abstract illustration of a person in a dynamic, almost contorted pose. The figure is rendered in white and light pink tones with bold black outlines. The person's head is tilted back, eyes are wide open, and their arms are extended upwards. The background is a vibrant red with large, curved, light pink shapes that suggest movement or a stylized environment. The overall style is graphic and expressive.

Abstracts og powerpoint
præsentationer fra
fagfestivalen
kan downloades på
www.fysio.dk

Fem fysioterapeuter i kampvalg om næstformandsposten

Der bliver kampvalg om posten som den første næstformand på fuld tid i Danske Fysioterapeuter

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO RON ELMY/POLFOTO

Ved fristens udløb havde fem fysioterapeuter meldt sig som kandidater til næstformandsposten i DF. De fem kandidater er:

Elsebeth Iversen, 45 år, er ansat i det kommunale Træningscenter Amager og formand for tillidsrepræsentantrådet i DF. Elsebeth Iversen, der har

været tillidsrepræsentant siden 1992, har desuden siddet i kreds- og hovedbestyrelse. Hun har tidligere været ansat på offentlig klinik og på hospital.

Susanne Østergaard, 48 år, er leder på Klinik for Para- og Tetraplegi i Hornbæk. Hun er lederrepræsentant i DF's forhandlingsudvalg for de offentlige overenskomster og var den første formand for fraktionen af afdelingsfysioterapeuter. Susanne Østergaards ansættelser har alle været i H:S-regi, hvor hun tidligere har arbejdet med lungefysioterapi, aidspatienter og i psykiatrien.

Birgitte Kure, 49 år, er overfysioterapeut på Århus Amtssygehus. Hun har tidligere blandt andet været tillidsrepræsentant og vikarieret som rektor for Videreuddannelsen og har en diplomuddannelse i Systemisk Ledelse, Organisations og Personaleudvikling. Er medforfatter på DF-rapporten "Udviklingen af det fysioterapeutiske arbejdsfelt".

Marianne Holm, er 52 år, er ridefysioterapeut og selvstændig arbejdsmiljøkonsulent. Marianne Holm har tidligere arbejdet på klinik, på plejehjem og på hospital, blandt andet på Færøerne. Hun sidder i censorformandskabet, har taget Videreuddannelsen og har de senere år arbejdet med kvalitetsprojekter.

Vibeke Laumann, 50 år, er praktiserende fysioterapeut, kredsformand i Københavns Amtskreds og medlem af DF's hovedbestyrelse. Vibeke Laumann er desuden blandt andet medlem af Patientklagenævnet, bestyrelsesmedlem i MT-gruppen og kontaktperson for praktiserende. Senest har hun stået som organisator for DF's fagfestival.

I januar og februar vil man kunne møde kandidaterne på regionale valgmøder rundt om i landet.

Vest for Storebælt er der valgmøder den 13. januar kl. 19 i Billund, den 20. januar kl. 19 i Ålborg og den 21. januar kl. 19 i Århus.

På Fyn er der valgmøde den 27. januar kl. 19 i Odense.

På Sjælland er det den 14. januar kl. 19 i Slagelse eller Ringsted og den 4. februar i København.

Nærmere information følger på fysio.dk og i Fysioterapeuten nr. 1/04, der også bringer interview med alle fem kandidater. ■



Stemmesedler udsendes fra DF sidst i januar og skal retur senest den 19. februar. Resultatet af afstemningen offentliggøres på www.fysio.dk den 24. februar.

Meget om børn på fagfestival

Børnefysioterapeuterne bør på næste fagfestival komme med flere videnskabelige projekter og veldokumenterede indlæg

DEBATINDLÆG AF:

Afdelingsfysioterapeut **Jette Christensen**

Der var børn/babyer med på fagfestival, der var interessante emner direkte om børn, og der var mange emner, der havde stor relevans for børneområdet.

Obstetisk plexus brachialis læsion og forskellige operationer til dette blev gennemgået af afdelingslæge Michael Davidsen fra Århus Kommunehospital. Han har været i Paris, hvor han er blevet uddannet specielt i dette område og ser nu børn fra hele landet. Samarbejdet med forældre og fysioterapeuter omkring disse børn er utrolig vigtigt, og fysioterapeut Agnete Sørensen fra Amtssygehuset i Gentofte fortsatte med at fortælle om deres erfaringer med denne patientgruppe. Formålet med indlægget var at få sat fokus på emnet og lægge op til, at der kommer nogle kliniske retningslinier for behandlingen af disse børn.

Botox og fysioterapi til børn blev gennemgået af afdelingslæge Vibeke Faurholt Pedersen og undertegnede fra Amtssygehuset i Glostrup. Virkningen og anvendelsen af botox samt forslag til eventuelle effektmål blev gennemgået.

Castillo Morales konceptet blev gennemgået af fysioterapeut Ann Dorte Toft Petersen fra Vestsjællands Amt, hvor man har haft et tværfagligt team af sted på kursus, og de er nu blevet "certificeret" til dette koncept. Det er ikke en metode, men en filosofi fortæller Ann Dorte, det lægger op til tværfagligt samarbejde og etik omkring barnet.

Hammel Neurocenters børneafsnit

havde en spændende case, som fysioterapeuterne Wendy Mogensen og Jette Sørensen gennemgik, samtidig med at de fortalte om selve den organisatoriske opbygning af Hammel Neurocenter som en fase 2 enhed. ABC-konceptet, som det anbefales i Sundhedsstyrelsens redegørelse, er det gennemgående i hele behandlingsforløbet.

Hypermobilitet hos børn i 7. klasse i Thisted blev gennemgået af fysioterapeut Bodil Gyldenkerne. Det afstedkom diskussion om, hvilke idrætsformer, man skal anbefale til hypermobile børn.

Projektet ved afdelingsfysioterapeut Hanne Agerholm om de for tidligt fødte børn i Nordjylland, havde fokus på 3 års followup-undersøgelsen og forældrenes oplevelser af denne.

Endelig var der et projekt af fysioterapeut og MPA Birgitte Skoffer med 546 skoleelever fra 9. klasse om, hvilke faktorer der havde indflydelse på lænderygbesvær.

I de indledende indlæg blev der talt om vigtigheden af dokumentation, kliniske retningslinier, evidens og ingen guruer. Det var lidt forskelligt hvor evidensbaserede børneindlægene var, så jeg håber, børnefysioterapeuterne vil være innovative og tage dette op til næste fagfestival, så vi vil kunne komme med flere videnskabelige projekter og veldokumenterede indlæg, hvor evidensen vil få en mere fremtrædende rolle end den rent erfaringsbaserede.

Der er mange spørgsmål der gør sig gældende. Gør vi det rigtige, og gør vi det godt nok, og har vi doku-

mentation for det, vi gør?

Feltet for børnefysioterapi ligger mellem det pædagogiske, psykologiske og lægevidenskabelige område, og vi skal have gang i mere forskning på dette område. Forskningen kan tage udgangspunkt i såvel den kvantitative som kvalitative forskningsmetodologi, ellers er jeg bange for at børnefysioterapi ikke kan hamle op med de andre specialer inden for fysioterapien.

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

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

Fysioterapeuten nr. 1/2004
udkommer 9. januar.

Deadline for debat:
15. december kl. 12.00.

Mangelfuld dækning af faggrupperne på fagfestivalen

Faggrupperne var arrangører af flere foredrag og workshops på fagfestivalen, men det fremgår ingen steder

DEBATINDLÆG AF:

Bettina Ruben på vegne af Ergonomigruppen og Christina Skov på vegne af geronto-geriatrik fagforum

Vi er enige i alle de roser, fagfestivalen har fået i debatforummet på fysio.dk. Arrangementet var godt planlagt, og strømme af fysioterapeuter fra det ene lokale til det næste flød af sted uden problemer. Og der var en god og forskelligartet vægtning på emner inden for vores brede fag. Men hvor der er ros, er der næsten altid også ris. Der var ikke mange pauser til at diskutere med faggrupper på standene. Det var et stort arbejde, faggrupperne havde lavet, og vi kunne ønske os mere tid og fokus på vores forskellige temaer. Fokus var primært rettet mod foredragene.

I forhold til fokusering på DF's medlemmer og foreningernes faggrupper har vi særlig to ting at indvende, som vi mener, bør tages til efterretning på en forhåbentlig næstkommende fagfestival.

På fysio.dk er der ingen omtale og billeder af menige fysioterapeuter og faggruppernes stande. Der er udelukkende fokuseret på foredragsholdere, der kommer udefra, eller fysioterapeuter, der bejler til forskningens modernister. Forskning er et centralt emne, men fysioterapi er andet end det. Vi håber så, at faggrupper og deres medlemmer får en plads i omtalen af fagfestivalen i næstkommende blad (dette, red.).

I det flotte program står der ikke hvem der har arrangeret de forskellige foredrag/workshops. Det ser ud, som om DF har betalt og planlagt hele gill-

det. Det er ikke fair. Faggrupperne har gjort et stort stykke arbejde i bidraget til fagfestivalen og har betalt nogle af foredragene/workshopsene.

DF yder normalt en udmærket service over for sine medlemmer og bør også gøre det i forbindelse med en fagfestival bl.a. via omtale af sine faggrupper og medlemmer. Det er os, DF lever af - uden os ingen forening. Det vil være ærgerligt, hvis DF fjernede sig for meget fra sine medlemmer - og så i disse tider, hvor fagbevægelsen beskyldes for at være for centralistisk. Vi finder det endvidere uheldigt, at DF's sekretariat pakker sine stande sammen fredag eftermiddag. Faggruppernes bestyrelsesmedlemmer dukkede troligt op igen lørdag morgen.

Vi var glade for at deltage i arrangementet og håber, det gentager sig om nogle år. Dette læserbrev skal opfattes som gode råd til næste arrangement. Det skaber inspiration og motivation hos faggrupper og fagfora, at vi opfattes som en stor og væsentlig del af DF samtidig med, at det kan ses i formidlingen af DF's aktiviteter.

Svar fra Vibeke Laumann, organisator af fagfestival

Jeg kan kun give jer ret i, at alle faggrupper, fagfora og fraktioner gjorde et stort arbejde på fagfestivalen.

Jeg har fuld forståelse for, at I gerne ville have haft, at pauserne var længere, så flere kunne nå at besøge jeres stand. 85 procent af de deltagere, som har afleveret evalueringsskemaer, mener imidlertid, at pauserne var passende i længden, så grænsen er hårfin.

Det var vanskeligt for os at få et korrekt overblik over, hvad grupperne præcist havde sponsoreret i forbindelse med arrangementet. Vi valgte derfor at undlade at nævne grupperne. Nogle grupper havde betalt for de personer, som stod i standene, andre havde enten betalt leje af dyrt udstyr, betalt rejseudgifterne til udenlandske foredragsholdere, foredragshonorar eller honorering for de praktiske workshops. Endelig var der mange af de mindre grupper, som ikke havde midler til honorering og alligevel havde formået at få flere af deres medlemmer til at møde op tre dage og stå i standene uden at få en krone for det.

Det er klart, at grupperne gerne vil vise sine medlemmer, hvad gruppen har bidraget med, og en sponsorliste i programmet kunne have været en mulighed.

Det er korrekt, at DF's sekretariat kun deltog om fredagen. Dette skyldes udelukkende økonomiske hensyn. Skulle sekretariatet have deltaget alle tre dage, ville det have været en ganske bekostelig affære, idet der i så fald skulle have været betalt såvel hotel som tabt arbejdsfortjeneste til ganske mange mennesker.

Det er første gang, vi har afholdt et arrangement af denne slags, og vi er blevet mange erfaringer rigere.

Som koordinator og samtidig aktivt bestyrelsesmedlem af MT-gruppen, glæder jeg mig over den interesse og arbejdsindsats, grupperne lagde i arrangementet. Det overgik min vildeste fantasi og skal naturligvis tages med i planlægningen næste gang.

Repræsentantskabsvalg 2004

I henhold til lovenes § 16, der er aftrykt på side 43/44 i Håndbog 2003 - 2004, skal kandidater til repræsentantskabet og til suppleantposterne afleveres af kredsbestyrelserne til foreningens sekretariat inden den 1. marts 2004. De nuværende repræsentanter fungerer, indtil det nyvalgte

repræsentantskab begynder sin funktionstid den 1. april 2004.

Repræsentantskabsvalg afholdes hvert andet år for samtlige repræsentanter og suppleanter. Valgperioden er 2 år, og genvalg kan finde sted.

Sekretariatet.	Anne Thomsen Agnete Tryde	Suppleant: Lisbet Ploug	7. kreds Bornholms Amtskreds Repræsentant: Jens Borup Pedersen
Det siddende repræsentantskab:	Suppleant: Annette Nicolaisen	5. kreds Vestsjællands Amtskreds Repræsentanter: Lise Hansen Karen Marie Nielsen (mangler 1 repræsen- tant)	8. kreds Fyns Amtskreds Repræsentanter: Charlotte Fleischer Lena Olsen Kirsten Thoke (mangler 1 repræsen- tant)
1. kreds Hovedstadskredsen Repræsentanter: Ulla Kildall Hejbøl Per Norman Jørgensen Charlotte Larsen Tine Nielsen Solvejg Pedersen	3. kreds Frederiksborg Amtskreds Repræsentanter: Mai Amundsen Inger Malmer Marianne Stannum	6. kreds Storstrøms Amt Repræsentanter: Bo Andersen Anne Thomassen	9. kreds Nordjyllands Amtskreds Repræsentanter: Tina Lambrecht
2. kreds Københavns Amtskreds Repræsentanter: Lisbeth Ebbesen Vibeke Laumann	4. kreds Roskilde Amtskreds Repræsentanter: Kirsten Dennis Anna Frost		

Mandatfordelingen:

Kreds	Antal stemmeberettigede medlemmer pr. 1. nov. 2001	Kredsmandater	Tillægsmandater	Antal repræsentanter i kredsene	I 2002 skal der vælges	
					Antal repræsentanter	Antal suppleanter
Hovedstadskredsen (1)	1035	2	3	5	5	2
Københavns Amtskr. (2)	904	2	2	4	4	2
Frederiksborg Amtskr. (3)	477	2	1	3	3	2
Roskilde Amtskr. (4)	232	2	0	2	2	2
Vestsjællands Amtskr. (5)	331	2	1	3	3	2
Storstrøms Amtskr. (6)	261	2	0	2	2	2
Bornholms Amtskr. (7)	51	1	0	1	1	2
Fyns Amtskr. (8)	670	2	2	4	4	2
Nordjyllands Amtskr. (9)	476	2	1	3	3	2
Viborg Amtskr. (10)	274	2	0	2	2	2
Århus Amtskr. (11)	1062	2	3	5	5	2
Ringkøbing Amtskr. (12)	344	2	1	3	3	2
Vejle Amtskr. (13)	402	2	1	3	3	2
Ribe Amtskr. (14)	339	2	1	3	3	2
Sønderjyllands Amtskr. (15)	243	2	0	2	2	2
Færø-kredsen (16)	56	1	0	1	1	2

Juletid i DF

DF's sekretariat har begrænset åbningstid imellem jul og nytår. Sekretariatets telefoner er den 29.-30. december og 2. januar åbne kl. 9-12.

Dette nummer af Fysioterapeuten er det sidste før jul. Nr. 1/04 udkommer den 9. januar. Der er deadline for annoncering af møder og kurser den 11. december og deadline for debat den 15. december.

Sekretariatet ønsker alle medlemmer en glædelig jul og godt nytår

► Lars Dahl Petersen
(mangler 1 repræsentant)

10. kreds Viborg Amtskreds

Repræsentanter:
Sinne Christensen
Maila Pedersen

11. kreds Århus Amtskreds

Repræsentanter:
Kirsten Hansen
Carsten Bugtrup Jensen
Tine Mølholt Pedersen
Birte Tamberg
Kirsten Ægidius

12. kreds Ringkøbing Amtskreds

Repræsentanter:
Bent Skovgaard Hansen
Birgitte Husted
Kirsten M. H. Pedersen

13. kreds Vejle Amtskreds

Repræsentanter:
Mette Bruun
Inge Nordheim
Mogens Heise Olsen

14. kreds Ribe Amtskreds

Repræsentanter:
Brian Errebo-Jensen
Hans Kristian Godske
Bente Jürgensen

15. kreds Sønderjyllands Amtskreds

Repræsentanter:
Anne Marie Hjort
(mangler 1 repræsentant)

16. kreds Færøerne

Repræsentant:
Jonas Johnsson

Suppleanter:
Hjørleif Niclasen
Jorun Simonsen



**du slipper for
at trykke så hårdt**

når dine patienter først har prøvet en Dunlopillo...



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

Tilmeld dig RygStøtte ordningen på dunlopillo.dk eller send kuponen til os på fax 43 62 28 30.

navn:

adresse:

postnr./by:

e-mail:

Dunlopillo