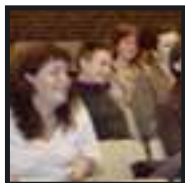


Nr. 2/januar/2004
86. årgang



Næstformandsvalg
Fysioterapeuten var med,
da næstformandskan-
didaterne indledte deres
turné rundt i landet.
Side 26

Fysioterapeuten www.fysio.dk

■ Klassifikation af rygpatienter

Det er uholdbart, at lægen, fysioterapeuten og kiropraktoren bruger forskellige kriterier til at fastslå samme diagnose.

Side 12



Indhold... Fysioterapeuten

Artikler

Sundhedscentre på dagsordenen



Danske Fysioterapeuter giver sammen med de øvrige organisationer i Sundhedskartellet sit bud på, hvordan fremtidens sundhedscentre kan se ud.

4-10

Klassifikation af rygpatienter



Fysioterapeut Tom Petersen har i forbindelse med sin ph.d. sammenlignet effekten af Mekanisk Diagnostik og Terapi med dynamisk rygtræning.

12

Sorgen sætter sig i kroppen



På Hvidovre Hospital får forældre, der har mistet deres spædbarn, tilbud om gruppeterapi med både samtale og kropøvelser.

23

Næstformandsvalg

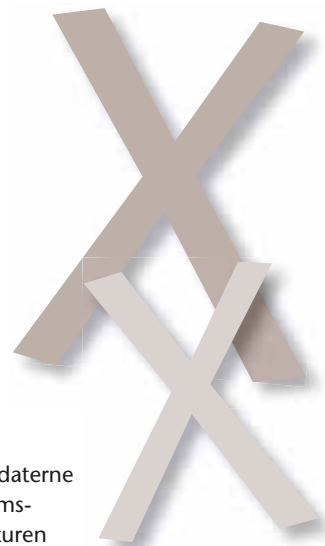


De fem kandidater til næstformandsposten i DF er på vej rundt i landet til møder med medlemmerne.

26

Mød næstformandskandidaterne, før du sætter dit kryds

Der er stadig en chance for med egne øjne og ører at opleve de fem kandidater til næstformandsposten i DF. Kandidaterne er på vej rundt i landet til medlemsmøder. Den 27. januar kl. 19 er turen nået til Fyn, nærmere bestemt kreds-kontoret i Odense, Ørstedsgade 19, 1 sal. Sidste chance er den 4. februar i København, kl. 19 på Rigshospitalet, opgang 2 - Auditorium 1.



Det faste

Fysnyt **15, 18**

DFnyt **25**

Anmeldelse **10, 22**

Debat **30**

Danmarkskortet

Så kom den endelig – Strukturkommissionens betænkning med et bud på hvordan fremtidens kommunale landkort skal se ud. Kommissionen opstillede ikke mindre end seks modeller for, hvordan det kan gøres, og ord som "bred kommunemodell" og "partiregionsmodell" flyver allerede gennem luften. Set med fysioterapeutøjne er det væsentligt at holde fokus på de meget klare meldinger, som kommissionen har på de fagområder, som har vor interesse.

Kommissionen konstaterer, at de nuværende amts- og kommunestørrelser og opgavefordelingen giver en række problemer. Organiseringen af sundhedsområdet har så store svagheder, at det forringer eller fordyrer den service, som borgerne modtager. Kommissionen beskæftiger sig særligt med gråzone-problematikken i forhold til genoptræning. Som en grundlæggende svaghed i sundhedssystemet nævner kommissionen risikoen for, at borgerne, når de skal genoptrænes, lander mellem de berygtede to stole. Der er simpelthen en fare for, at man ikke får det rigtige tilbud.

Det er nu Folketingets opgave at finde ud af, hvordan det kommunale landkort skal se ud. I Danske Fysioterapeuter agter vi ikke at blande os i debatten på dét punkt – derimod agter vi at holde politikerne fast på, at de problemstillinger, som kommissionen fremhæver f.eks. på genoptræningsområdet, skal inddrages i debatten. Nok er det interessant at følge hvilke sogne der skal tilhøre hvilken kommune, men for Danske Fysioterapeuter er det langt væsentligere, at der kommer en reel debat om hvordan opgaverne i gråzoneområdet skal styres – og selvfølgelig også om, hvilke opgaver sundhedsvæsenet skal løse. Et eksempel er debatten om de sundhedscentre, der fremover kan komme til at spille en vigtig rolle. Sundhedskartellet, som Danske Fysioterapeuter er en del af, kommer i disse dage med et konkrete forslag til, hvilken rolle sundhedscentre kan spille. Udspillet bliver beskrevet i artiklen på side 4 i dette blad.

Også internt i Danske Fysioterapeuter har kommissionens betænkning betydning. Vort egen strukturarbejdsgruppe har blandt andet til opgave at gear foreningen til at passe ind i forhold til det nye kommunale danmarkskort.

Strukturdebatten vil præge det politiske billede i hvert fald det kommende år, og netop vor faggruppe har meget at byde ind med. Målet er en struktur, der først og fremmest har fokus på borgeren, og hvor vi får mest sundhed for pengene.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter

FORSIDE: MIKE KOLLÖFFEL

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

86. årgang.
Abonnement: 800 kr.
Løssalg: 50 kr. pr. nummer

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:
Birte Carstensen
Sine Secher Marcussen
Jørgen Jalving
Susanne Sternberg
Iben Baadsgaard
Hanne Albert
Hanne Morthorst
John Verner
Janne Mørch
Christian Coupe
Ulla Mulbjerg
Poul Henriksen
Jeanette Præstegaard
Karen Thøgersen
Nina Beyer
Jette Christensen
Bente Holm

ISSN 1601-1465



Sundhedscentre skal spille sammen med det øvrige sundhedsvæsen og for eksempel tilbyde sundhedsfremme og ambulante genoptræning, mener Sundhedskartellet.

Danske Fysioterapeuter giver sammen med de øvrige organisationer i Sundhedskartellet sit bud på, hvordan fremtidens sundhedscentre kan se ud. Centrene skal sikre, at forebyggelse og sundhedsfremme kommer i højsædet og at borgerne får et sammenhængende patientforløb i lokalområderne

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD
FOTO LARS SKAANING/POLFOTO

Der findes ikke en fast skabelon for hvordan et sundhedscenter ser ud. Sundhedscentre er lokalt forankrede, og derfor skal de afspejle den lokale sundhedsprofil og behovene i lokalområdet.

Det bør være hovedprincippet for de kommende sundhedscentre, mener Danske Fysioterapeuter og de 10 andre sundhedsfaglige organisationer, der tilsammen udgør Sundhedskartellet. Principperne for fremtidens sundhedscentre, samt hvilke konkrete ydelser disse centre kunne tilbyde, kan man læse i det nyeste udspil fra Sundhedskartelle, oplægget "Sundhedscentre – nødvendige lokale sundhedstilbud".

Det er anden gang inden for kort tid, at Sundhedskartellet forsøger at tegne konturerne af fremtidens sundhedscentre. I juni 2003 udgav kartellet debatoplægget "Sundhedscentre – nye veje til mere sundhed for pengene". Oplægget gav anledning til megen omtale i medierne, men også til kritik fra politikere og fagfolk, der efterlyste mere konkrete bud på, hvad det er for ydelser sundhedscentre skal udbyde, hvilke befolkningsgrupper og sygdomskategorier der skal frekventere centrene, samt hvordan centrene kan spille sammen med det eksisterende sundhedsvæsen.

Det er denne kritik, som Sundhedskartellets organisationer har lyttet til og forsøgt at imødekomme i det nye debatoplæg, der blev offentliggjort 21. januar 2004. Bl.a. beskriver oplægget 12 forskellige sygdoms- og patientforløb, hvor sundhedscentre kan spille en vigtig rolle. ►

Et fremskudt dige i lokalområdet

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
KURSER**

GRATIS SPECIALKURSER - laserterapi for fysioterapeuter

- i samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted

Ålborg:	3. februar 2004	Århus:	13. april 2004
Holstebro:	4. februar 2004	Esbjerg:	14. april 2004
Odense:	5. februar 2004	Sakskøbing:	6. maj 2004
Holbæk:	24. februar 2004	Skodsborg:	18. maj 2004
København:	9. marts 2004	Alle dage kl. 17.30 - 21.00	

EVIDENS

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

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

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

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

**Afprøv
POWER LASER
gratis i 3 uger**

www.andi.dk

”Sundhedscentre – nødvendige lokale sundhedstilbud” hedder det debatoplæg, som 21. januar 2004 blev offentliggjort. Bag oplægget står Sundhedskartellet, der udgøres af: Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Afspændingspædagoger, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Den Almindelige Danske Jordemoderforening, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, Foreningen af Radiografer i Danmark, Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter og Økono-maforeningen. Debatoplægget kan downloades fra: fysio.dk eller sundhedskartellet.dk

► DET LOKALE TILBUD

Ifølge debatoplægget er sundhedscentre et logisk bud på, hvordan det lokale sundhedstilbud kan opbygges, bl.a. i takt med at de små lokale sygehuse lukkes. Sundhedscentre er i stand til at slå tre fluer med ét smæk. Nemlig sikre, at sundhedsfremme og forebyggelse kommer i højsædet, at borgerne får et sammenhængende patientforløb i lokalområdet, og at sundhedstilbudene findes dér, hvor det både er fagligt forsvarligt, og ressourcerne udnyttes bedst, som det hedder i oplægget.

I Sundhedskartellets udspil slås det fast, at der ikke skal være sengepladser på sundhedscentre. Det vil kræve døgnbemanding og fordyre driften, ligesom der vil være risiko for, at sundhedscentret bliver et minisygehus eller et discounttilbud.

Til gengæld bør borgerne have direkte adgang til en række af sundhedscentrenes tilbud – uden lægehenvi-sning. Dog uden at der overordnet ændres ved de principper, der gælder i sundhedsvæsenet for, hvilke tilbud der kræver lægehenvi-sning, og hvilke der ikke gør.

DET RETTE SUNDHEDSPERSONALE

Som udgangspunkt skal centrene være tværfagligt bemandet, men ellers er der ikke i udspillet taget stilling til, hvilke faggrupper der skal spille hvilke roller på centrene. De skal blot, som der står, ”bemandes med den rette type sundhedspersoner”, baseret på lokale politiske beslutninger om, hvilke ydelser centret skal tilbyde.

Det vil sige, at skal der tilbydes genoptræning, skal der være fysio- og ergoterapeuter, skal der være tilbud til gravide, skal der være jordemødre osv.

Man forestiller sig desuden, centrene bemandet med både privatpraktiserende og offentligt ansatte sundhedspersoner, og fysioterapien nævnes som konkret eksempel:

- Der kan i et sundhedscenter være offentligt ansatte fysioterapeuter, som genoptræner patienter efter for eksempel hoftebrud, udfører sundhedsfremme og forebyggelse som forundersøgelser, livsstilsundersøgelser mv. Dette er vederlagsfrit for borgeren.
- Der kan i et sundhedscenter være privatpraktiserende fysioterapeuter.
- Der kan i et sundhedscenter være fysioterapeuter, som er praktiserende og offentligt ansatte. For eksempel kan sundhedscentre købe et egentligt antal timer hos privatpraktiserende fysioterapeut, hvor denne fungerer på konsu-

lentsbasis i sundhedscentret, for eksempel med vederlagsfri genoptræning af borgere efter et accelereret patientforløb.

”Der kan være læger på et sundhedscenter, men det er i mange tilfælde ikke nødvendigt”, hedder det i udspillet. Ved at give autoriserede sundhedspersoner som for eksempel jordemødre, sygeplejersker og fysioterapeuter et selvstændigt sundhedsfagligt ansvar vil mange opgaver ifølge Sundhedskartellet kunne løses uden en læges tilstedeværelse. Men for eksempel kommunelægen kunne have arbejdssted på sundhedscentret, ligesom alment praktiserende læger kan have deres praksis på centret, lyder nogle af forslagene.

FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME

1.3 millioner danskere er overvægtige, tobaksrygning koster hvert år 12.000-13.000 danskere livet, og hver tredje voksen lever med en langvarig sygdom. Derfor er det vigtigt at sætte fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i lokalområderne, hedder det i oplægget. Her skal sundhedscentre bl.a.:

- Være lokale ankerpunkter for sundhedsstyrelsens kampagner, eksempelvis om fysisk aktivitet og overvægt.
- Opruste og koordinere samarbejdet mellem de mange parter, der i dag spiller en rolle i sundhedsfremme og forebyggelse: Daginstitutioner, skoler, sundhedsplejersker, praktiserende læger, tandpleje, idrætsforeninger m.v.
- Tilbyde rådgivning om kost, motion og livsstilsændringer til borgerne i lokalområdet.

FREMSKUDTE DIGER I LOKALOMRÅDET

Sundhedscentre skal give borgerne tilbud om diagnostik, pleje, behandling og genoptræning og således sikre, at sundhedsvæsenet har et fremskudt dige i lokalområdet. Dermed skal det samtidig sikres, at borgerne får et sammenhængende tilbud, uanset hvor i landet de bor.

Sundhedscentre skal bl.a.:

- Koordinere sundhedsvæsenets ressourcer på tværs af sygehuse, hjemmepleje, genoptræning, sundhedspleje og praksissektor, bl.a. gennem tilbud til diabetes-, smerte-, KOL-, stomi- og dialysepatienter.
- Forbedre patientforløbene for kronisk syge og ældre borgere ved, at de får kortere afstand til de nødvendige tilbud om diagnostik, pleje, behandling og genoptræning.

- Skabe åbningstider i sundhedsvæsenet, der også passer til børnefamilier, folk i arbejde m.v.

FAGLIGT FORSVARLIGE TILBUD OG ØKONOMI

Det danske sundhedsvæsen hviler på princippet om, at sundhedsydelse skal udføres på det mindst specialiserede niveau, der er fagligt forsvarligt og dermed også mest omkostningseffektivt. Og det sted er i en række tilfælde sundhedscentre, hedder det i oplægget.

For eksempel kan sundhedscentre:

- Varetage en række funktioner for kronisk syge patienter, der ellers er knyttet til hospitalsindlæggelse.
- Overtage funktioner, som i dag udføres på skadestuer eller hos den praktiserende læge, eksempelvis når borgerne får små akutskader; klemmer en finger, får noget øjet eller overfladiske sår.

Da sundhedscentrene er en integreret del af sundhedsvæsenet, skal centrenes økonomi være udtryk for den samlede prioritering af ressourcerne. Det er med andre ord de lokale og regionale politikere, der skal beslutte, hvilke ydelser centrene skal tilbyde – og dermed hvor mange penge der skal bruges.

Men overordnet bør der afsættes ekstra ressourcer til centrene, ikke mindst hvis der skal ske en oprioritering af sundhedsfremme og forebyggelse. "Pengene er givet godt ud: Sundhedsfremme og forebyggelse er en investering, der giver et højt afkast – både menneskeligt og samfundsøkonomisk," som det hedder i oplægget.

Endelig opridses de to finansieringsformer, der i dag eksisterer: At kommune og amt betaler hver for sig, eller at kommune og amt deler udgifterne: "Uanset valg af model skal fokus være på at mindske kassetænkning, så økonomiske incitamenter på tværs af sektorgrensene ikke lægger hindringer i vejen for sammenhængende patientforløb," lyder afslutningen i oplægget. ■

Billig Studieforsikring i BAUTA

BAUTA tilbyder en særlig fordelagtig studieforsikring.

Forsikringen består af to dele:

- 1 Familiens Basisforsikring, som forbrugerrådet anbefaler
- 2 Ulykkesforsikring

Familiens Basisforsikring har en udvidet dækning på en række områder:

- Brillegforsikring.
- El-skadedækning ved f.eks. kortslutning i stereoanlæg, video, PC'er m.m.
- Psykologisk Krisehjælp.
- Årsrejseforsikring med afbestillingsforsikring, som dækker dig og din husstand ved ferierejser i Europa (udenfor Danmark) - uanset hvor tit I rejser.

Hertil kommer den almindelige dækning som f.eks. indbo, tøj, dine bøger og andre personlige ejendele ved brand, tyveri og vandskade.

Ulykkesforsikringen har en invaliditetssum på kr. 1 mill. og giver dækning fra en invaliditetsgrad på 5%. Udgifter til tandbehandling efter ulykkestilfælde er uden sammæssig begrænsning.

Øvrige forsikringer -herunder bilforsikring

Udover studieforsikringen kan vi også forsikre dit hus, fritidshus og bil. BAUTAs bilforsikring hører til blandt landets billigste. BAUTAs bilister har mange fordele:

- Elitebilist efter 4-6 års kørsel - afhængig af din alder.
- Præmien nedsættes én gang årligt - uanset antal skader.
- Når elitetrin er nået, bliver du stående dér.

BAUTA FORSIKRING A/S

Farvergade 17 • 1463 København K • Tlf. 3315 1545 • Fax 3315 7755 • www.bauta.dk

Sendes
ufrankeret.
Modtageren
betaler porto.



BAUTA FORSIKRING A/S
Farvergade 17
+++ 0625 +++
1045 København K

Jeg vil gerne have tilsendt materiale om BAUTAs særlige studieforsikring.

Jeg vil gerne kontaktes telefonisk for et uforpligtende tilbud på mine forsikringer.

Igangværende uddannelse

Uddannelsessted

Navn

Adresse

Postnr.

By

Tlf. privat

Træffes bedst kl.

Syg 609

Kampen om sundhedscentrene

Sundhedscentre har været et varmt emne i den offentlige debat. Ikke mindst spørgsmålet om hvem, der skal drive fremtidens centre, har givet anledning til gnubbede ord.

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

Halvdelen af landets 78 sygehuse bør lukkes inden for fem år, og de nedlagte sygehuse omdannes til avancerede lægeklinikker eller sundhedscentre. Sådan lød forslaget fra formanden fra amternes sundhedsudvalg, amtsborgmester Bent Hansen (S) tidligt i foråret 2003. Og knap var disse tanker formuleret, før sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) og professor i sundhedsøkonomi, Kjeld Møller Pedersen, havde tilsluttet sig ideen.

Dermed var debatten om sundhedscentrene for alvor skudt i gang. Siden har disse centre og ikke mindst spørgsmålet om, hvilke opgaver sundhedscentrene skal løse, og hvem der skal være driftsherter, fyldt godt i medierne.

Der har været mange bud på hvordan disse sundhedscentre skal se ud, fra minisygehuse, der passende kan oprettes i de bygninger, hvor der tidligere var lokale sygehuse, til helt nye sundhedsfaglige enheder, bygget op omkring forebyggelse, sundhedsfremme, tværfagligt samarbejde og en række akutfunktioner.

KAMPEN OM CENTRENE

Det mest fremtrædende spørgsmål i debatten har dog været, hvem der skal drive disse sundhedscentre, og hvilken rolle de nuværende faggrupper og offentlige myndigheder bør spille. Ikke overraskende har Amtrådsforeningen hele tiden ment, at sundhedscentrene skal placeres der, hvor det øvrige sundhedsvæsen hører til, nemlig hos amterne. Mens Kommunernes Landsforening ikke var sene til at foreslå, at kommunerne kommer til at spille en fremtrædende rolle – netop for at sikre, at sygehusopgaver bliver integreret med pleje- og træningsindsatsen i kommunerne og dermed giver mindre kassetækning. En idé som Amtrådsforeningen med det samme forsøgte at skyde ned. For to driftsherrer giver ikke mere sammenhæng – tværtimod, lød argumentet.

Hertil kom meldinger fra diverse sundhedsfag-

lige grupper, hvor de praktiserende læger fra starten var de mest lunke i forhold til hele ideen om at etablere sundhedscentre. For hvad vil sådanne centre betyde i forhold til lægernes rolle som gatekeepere i sundhedssystemet? Og hvilken service vil borgerne i givet fald blive tilbudt?

I juni 2003 spillede Sundhedskartelletts organisationer ud med et debatoplæg: "Sundhedscentre – nye veje til mere sundhed for pengene", hvor hovedbudskabet var, at lokale sundhedscentre præcis er det instrument, der kan løse en række af de problemer, som borgere, eksperter, politikere og fagfolk har peget på eksisterer inden for sundhedsvæsenet.

Og alt mens debatten om sundhedscentre har udfoldet sig i medierne, har det hele tiden ligget i baghovedet, at der ikke har kunnet tages beslutninger om fremtidens sundhedsvæsen, før regeringens strukturkommission ved årsskiftet barslede med sin rapport om fremtidens opgavefordeling.

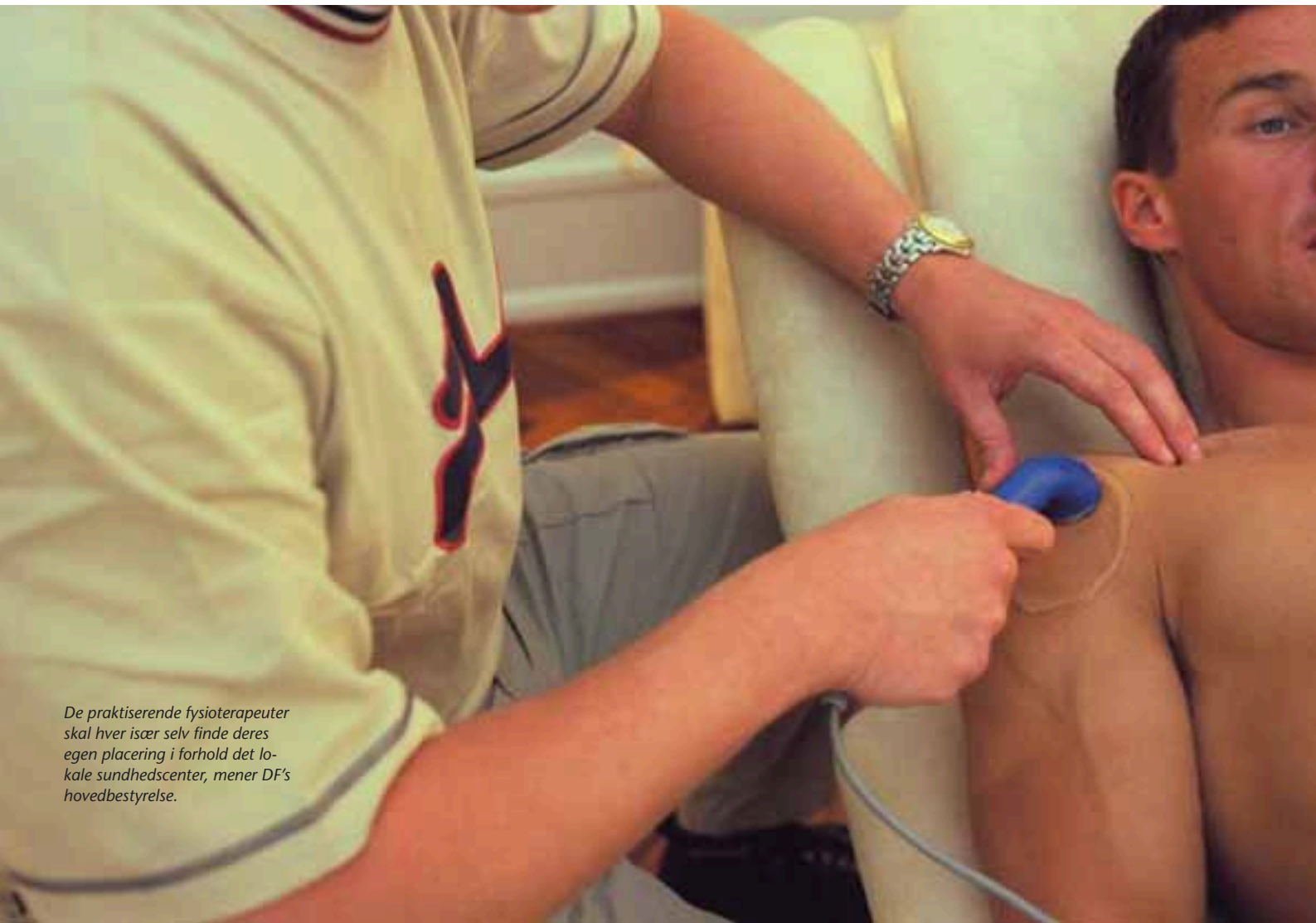
HISTORISK PRESSEMØDE

Det skete så 9. januar 2003 i Vingstedscenret i Vejle på en af danmarkshistoriens mest velbesøgte pressemøder. Her kunne de mange kommunalpolitikere og journalister hver slæbe et eksemplar af den 1000 sider store rapport med hjem. En rapport, der dels opstiller forskellige modeller til, hvordan det kommunale danmarkskort kan se ud, dels gør rede for, hvilke opgaver der fremover skal løses. Tanken er, at rapportens indhold, herunder ikke mindst spørgsmålet om hvordan sundhedsvæsenet skal organiseres, skal diskuteres de næste tre måneder.

I Strukturkommissionens forskellige modeller går en ting igen: Der bør være færre kommuner og amter/regioner – bl.a. for at kunne opnå en mere rational sygehusdrift med færre, større og mere specialiserede sygehuse. Det er så her, sundhedscentrene kommer ind i billedet.

Hvis der bliver længere til sygehusene, vil borgerne have behov for at kunne få eksempelvis ambulant genoptræning og behandling af småskader tættere på bopælen. Spørgsmålet er imidlertid, hvad det præcis er for lokale tilbud, der skal være i fremtiden?

Det er disse spørgsmål som Sundhedskartellet giver et meget konkret bud på i debatoplægget: "Sundhedscentre – nødvendige lokale sundhedstilbud", som blev offentliggjort 21. januar 2004. ■



De praktiserende fysioterapeuter skal hver især selv finde deres egen placering i forhold til de lokale sundhedscentre, mener DF's hovedbestyrelse.

Klinikkerne må selv byde ind

Det er op til de enkelte fysioterapiklinikker at byde ind på hvordan samarbejdet med sundhedscentrene skal være, konkluderede hovedbestyrelsen, da centrene var på dagsordenen

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD
FOTO RASMUS BAANER/POLFOTO

Klinikker for fysioterapi er naturlige samarbejdspartnere for fremtidens sundhedscentre. Men der kommer ikke centrale retningslinier fra Danske Fysioterapeuter om, hvordan klinikkerne bør agere i forhold til de sundhedscentre, der meget vel kan blive vigtige lokale enheder i fremtidens sundhedsvæsen.

Sådan lød en af konklusionerne fra Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse, da sundhedscentre

var på dagsordenen: "Det må være op til de enkelte klinikker selv at byde ind på hvordan samarbejdet skal være", sagde formand Johnny Kuhr, da der skulle samles op på en lang debat om praksissektorens rolle i forhold til sundhedscentrene.

Forinden havde spørgsmålet, om klinikkerne rent fysisk bør etablere sig i centrene eller i stedet tilstræbe murstenløst, tværfagligt samarbejde, været oppe at vende. Et spørgsmål, som det hurtigt viste sig umuligt at give et entydigt svar på. Ideen i sundhedscentrene er netop, at der skal tages udgangspunkt i de lokale behov og forudsætninger. Samme princip bør derfor også gælde i forhold til de praktiserende fysioterapeuter. Afhængigt af, hvad der vil fungere bedst i forhold til de lokale samarbejdspartnere, ikke mindst de praktiserende læger, må hver enkelt klinik finde sin egen placering, konkluderede hovedbestyrelsen. ▶

anmeldelse

Kompetencer er et modeord



(ANMELDELSE) ■ Psykologerne Tatiana Jessen og Entina Khanna har redigeret bogen "Veje til mangfoldighed" om etniske minoriteter. Forfatterne introducerer begrebet interkulturel psykologi, som betyder at for at opnå et samspil, må behandlere tage højde for, at etniske minoriteters og behandleres egne kulturelle baggrunde præger forståelsen af lidelser og sygdomme,

behandlingsmetoder og restituerende faktorer. Etniske minoriteter må betragtes som individer med tilknytning til deres sociale kontekst. Deres forhold til omverdenen afhænger af deres personlige og sociale egenskaber og i vanskelige situationer af deres egne og omgivelsernes ressourcer. Yderligere indfanger interkulturel psykologi forhandlingen mellem kulturer, der kan udmønte sig i en magtpraksis, hvor der enten foregår en social kontrol af de etniske minoriteter, eller de kontrollerer sig selv. Den interkulturelle psykologi imødegår denne magtpraksis.

Bogen er skrevet for psykologer og en bredere kreds, men etniske minoriteter behandles også af fysioterapeuter, og gruppen af etniske patienter er voksende. I kraft af bogens fokusering på mødet mellem kulturer og dens bibringing af en større almen forståelse for, hvordan dette møde kan tackles, og hvilke områder der skal tages højde for, kan bogen læses af andre grupper med tilknytning til sundhedsvæsenet, som for eksempel fysioterapeuter. Man får en fornemmelse for, hvordan kulturmødet kan opfattes, og hvilke metoder der kan anvendes i mødet. En af metoderne er den interkulturelle kompetence som en evne, der skal læres og erfares.

Jeg synes, at begrebet kompetence er blevet et modeord, som anvendes i flæng, og det får mig til at stille spørgsmålet: Hvorfor kræves der til stadighed flere og flere kompetencer for at kunne begå sig som behandler?

Bogen er bygget op af en serie af artikler, der behandler forskellige emner, hvilket betyder, at dybden mangler. Læseren får "smagt på retterne", hvilket kan være en inspiration til at læse videre. Forfatterens valg af artikelemner begrundes ikke, og jeg savner en sammenhæng mellem artiklerne, selv om de tager udgangspunkt i det overordnede kulturmødetema. Deciderede psykologiske udtryk anvendes sjældent, sproget har dog en middelhøj sværhedsgrad og kan på den måde virke lidt svært tilgængeligt.

Anmeldt af Linda Carlsen, fysioterapeut, cand. scient. soc.

Veje til mangfoldighed. Interkulturel forståelse, behandling og udredning af etniske minoriteter. Frydenlund Grafisk, 3393 2894. Pris 168 kr. inkl. moms, 112 sider

► DEN VIGTIGE SUNDHEDSFREMME

Der var bred enighed om, at sundhedscentrene især har sin berettigelse og styrke i forhold til at kunne give borgerne bedre tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme. Så samtidig opfordrede hovedbestyrelsen klinikkerne til at spille offensivt ud i forhold til, hvordan de kan indgå i det samlede lokale tilbud på disse områder.

I det hele taget blev det flere gange under debatten pointeret, at det gælder om at få sundhedsfremme og forebyggelse i fokus frem for sygebehandling. Og at sundhedscentrene kan få en vigtig rolle i bestræbelserne på at reducere den sociale skævhed i sygdomsbilledet via sin opsøgende funktion på arbejdspladser, i boligforeninger m.v. i forhold til særligt udsatte grupper. Ikke mindst i forhold til mulighederne for at indgå i et tæt samarbejde med social- og undervisningssektoren.

"Det er vigtigt, at vi får de forskellige initiativer til at spille sammen, ligesom vi ikke blot skal lave panderter til eksempelvis Sund By butikkerne i København," sagde Solvejg Pedersen med henvisning til det vigtige i at tænke nyt.

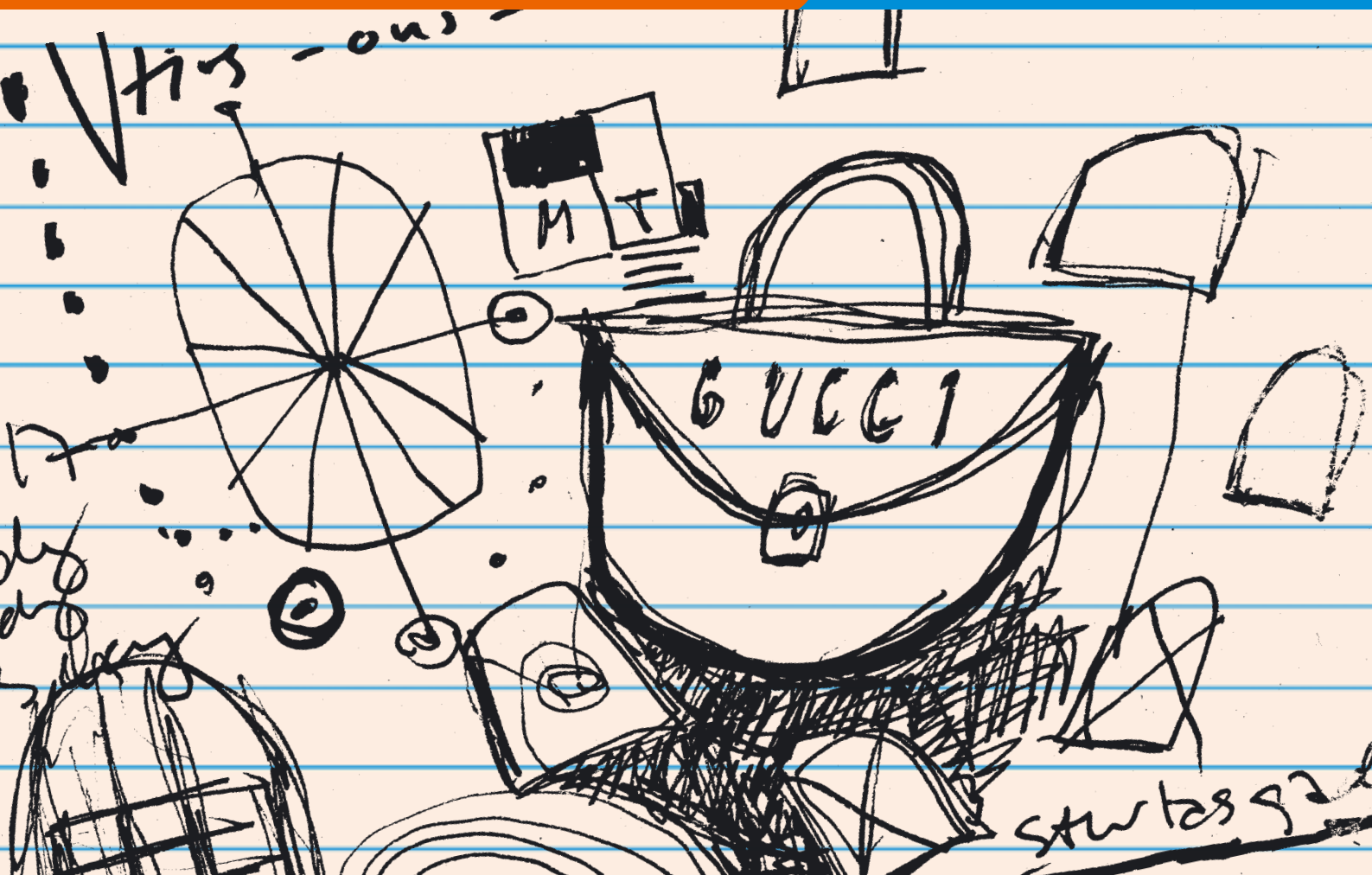
Hovedbestyrelsen var enig om, at kodeordet for sundhedscentrene er bedre koordination og kommunikation mellem de forskellige sundhedsprofessionelle faggrupper, og at det giver bedre muligheder for at sætte borgerens behov i centrum.

MERE BRUGERBETALING?

Et andet spørgsmål var, om sundhedscentre vil give mere brugerbetaling. Der var enighed om, at udgangspunktet må være de nuværende retningslinier for, hvad borgerne skal betale for, så der ikke pludselig kommer for eksempel betaling for vederlagsfri fysioterapi. Omvendt gjorde flere hovedbestyrelsesmedlemmer sig til talsmænd for, at "brugerbetaling kan være en motivationsfaktor, som det kan være fornuftigt at tage i brug, hvis man vil fremme en bestemt adfærd," som næstformand Brian Errebo-Jensen udtrykte sig.

Og her kan de praktiserende fysioterapeuter direkte eller indirekte komme til at spille en vigtig rolle, som Vibeke Laumann påpegede: "Vi opererer som faggrupper i forvejen med brugerbetaling, det gør hverken læger eller sygeplejersker. Derfor handler det her også om at benytte lejligheden til at vurdere, om vi har den rigtige model – og eventuelt kigge på, hvordan man gør i andre lande". ■

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

Fysioterapeut og ph.d. Tom Petersen har som den første udarbejdet et evidensbaseret klassifikationssystem til kroniske rygpatienter. Målet er, at alle faggrupper skal bruge systemet.

Klassifikation af rygpatienter

Det er uholdbart at læger, fysioterapeuter og kiropraktorer bruger forskellige kriterier til at fastslå samme diagnose. Tom Petersen har udviklet en klassifikation, som alle faggrupper kan være fælles om.

AF FYSIOTERAPEUT DIP. MDT, CHARLOTTE KROG
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Fysioterapeut Tom Petersen fra Rygcenteret i København forsvarede i december sidste år sin ph.d.-afhandling om klassifikation af lænderygbesvær ved universitetet i Lund. Fysioterapeut Charlotte Krog overværede forsvaret og giver her et referat af afhandling og diskussionen, som fulgte efter forsvaret.

Tom Petersen har i forbindelse med sin doktorafhandling haft flere formål; dels at undersøge effekten af Mekanisk Diagnostik og Terapi (MDT) anvendt på mennesker med længerevarende rygbesvær og sammenligne effekten med intensiv dynamisk rygtræning. Dels at forsøge at udvikle og afprøve et klassifikationssystem. Tom Petersens afhandling bygger på fire artikler, der har været publiceret i anerkendte forskningstidsskrifter (se side 14).

EN SVÆR GRUPPE AT KLASSIFICERE

Afhandlingen blev flot modtaget af opponenterne Jan Sture Skouen, Universitetet i Bergen og ligeledes af de øvrige medlemmer af bedømmelsesudvalget Birgitta Öberg, Linköping Universitet, Tore Nilstun og Björn Strömkvist, begge fra Lunds Universitet.

Neurolog Jan S. Skouen fandt det modigt af Tom Petersen at have som mål at udvikle og afprøve et nyt pato-anatomisk klassifikationssystem til en så broget skare, som patienter med uspecifik lænderygbesvær er. En gruppe som det globalt volder så stort besvær at diagnosticere, klassificere og dermed behandle. Opponenten så frem til yderligere forskningsresultater fra Tom Petersens side vedrørende dette emne.

Tom Petersen finder det særligt vigtigt at finde frem til en test- og behandlingsmetode, som kan identificere en given skade således, at den rette behandlingsplan kan iværksættes omgående. At angribe smerteårsagen ved kilden, før den udvikler sig i retning af et multifaktoriel problem.

Tom Petersen indledte sit forsvar med en kort og struktureret gennemgang af Waddells biopsykosociale model, som angiver Low back Pain (LBP) som et multifaktoriel problem.

Tom Petersen påpegede i forbindelse med sit forsvar, at MDT er et af de eneste systemer, som adskiller en egentlig undersøgelse fra behandling. En systematisk gennemgang af litteraturen afslørede, at der er to behandlingssystemer som nærmede sig de krav, han stiller til et pato-anatomisk undersøgelsessystem; McKenzie og Delitto. Disse systemer er dog ikke tilstrækkeligt reliable og valide, hvorfor Tom Petersen fandt det nødvendigt at søge videre.

I forbindelse med udviklingen af et nyt klassifikationssystem har han derfor prøvet at tage det bedste fra begge systemer og udfyldte hullerne. På den måde er Tom Petersen kommet frem til det klassifikationssystem, han nu tester og fortsat udvikler.

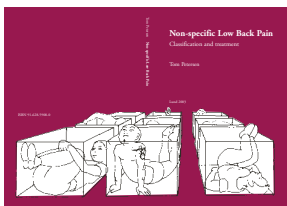
BEHOV FOR ET FÆLLES UDGANGSPUNKT

Jan S. Skouen havde enkelte kritikpunkter til afhandlingen. Et af hans spørgsmål gik på, hvorvidt det overhovedet er nødvendigt med et pato-anatomisk klassifikationssystem. Hertil svarede Tom Petersen, at de systemer, som eksisterer for nuværende, er behandlingssystemer og ikke nødvendigvis brugbare til at klassificere med. Forskellige faggrupper- og specialer bruger desuden forskellige kriterier for at fastslå samme diagnose. Tom Petersen mener, det er vigtigt at udvikle fælles kriterier, som bredt kan anvendes af forskellige faggrupper og specialer. Det vil forbedre kommunikationen og give alle behandlere det samme udgangspunkt, når de forskellige behandlingssystemer skal testes på en kendt symptomgivende struktur. ►

indgang ■ Tom Petersen har i forbindelse med sin ph.d. sammenlignet effekten af Mekanisk Diagnostik og Terapi med dynamisk rygtræning. I det klassifikationssystem, han har udviklet, tager han udgangspunkt i Mckenzie og Delittos undersøgelsessystemer og supplerer med det bedste fra flere andre. En sammenfatning af afhandlingen kan downloades fra www.ffy.dk



Petersen T: Non-spezifisk Low Back Pain. Classification and Treatment, 2003. Afhandlingen kan rekvireres så længe oplag haves ved at indsende en frankeret svarkuvert (12,50 kr.) til Rygcenteret, att. Tom Petersen, Hans Knudsens Plads 3, 2100 Kbh. Ø



► Oponenten og Tom Petersen diskuterede endvidere de kliniske kriterier bag identifikationen af specifikke pato-anatomiske strukturer, og om man i virkeligheden er i stand til at diagnosticere specifikke strukturer. I dag løser man problemet med at diagnosticere for eksempel dysfunktioner i facetledene ved først at udelukke eller frasortere alle andre diagnoser. Herefter inkluderes andre kriterier, så man til slut ender med en given struktur som mulig diagnose. Tom Petersen anser det for problematisk, at man ofte ikke direkte har kunnet diagnosticere en enkelt struktur som være den smertegenererende.

MEKANISK DIAGNOSTIK OG TERAPI

I sin randomiserede kliniske undersøgelse havde Tom Petersen valgt at sætte MDT op mod Claus Manniches dynamiske rygtræning. MDT blev valgt, da denne metode synes at være i fremgang verden over og vurderes til at være et gedigent og brugbart redskab i rygbehandling. Da dynamisk rygtræning desuden bliver anvendt i Danmark og anbefales i guidelines til subakutte og kroniske patienter var det mest nærliggende at sammenligne MDT med denne behandlingsmetode.

Flere forskere såsom Stankovic, Delitto, Erhard, Cherkin har ikke sikkert kunne vise bedre effekt af MDT i forhold til andre behandlingsmetoder. Deres resultater sammenholdt med, at der ikke er udført et RCT-studie på den kroniske lænderygpatient, var udslagsgivende for det valg af behandlingsmetode og målgruppe, som Tom Petersen traf i forbindelse med sit studie.

Ved at vælge den kroniske population kunne Tom Petersen desuden lettere se bort fra kroppens naturlige helingsmekanisme.

De terapeuter, der indgik som behandlere i studiet, havde et basalt kendskabs kendskab til MDT og var alle på et minimalt kompetenceniveau med en bestået credential eksamen.

Tom Petersen gennemgik de forskellige effektmål. På enkelte punkter som for eksempel disability, syntes MDT at være bedst, men der var ingen signifikant forskel.

Tom Petersen kunne konkludere på baggrund af sit studie, at MDT er mindst lige så godt som dynamisk rygtræning, men yderligere undersøgelse er efter hans mening nødvendig.

Det fik oponenten til at spørge ind til klassifikationssystemets mange syndromer og frembragte enkelte forslag til, hvordan nogle af syndromerne kunne slås sammen.

Tom Petersen blev desuden spurgt, om han havde overvejet, hvilken betydning det ville have haft på de forskellige kappaværdier i undersøgelsen,

såfremt klassifikationssystemet havde indeholdt færre syndromer.

Tom Petersen forklarede, at kappaværdierne generelt stiger, hvis der er færre forhold, som undersøgerne/behandlerne skal være enige om, hvilket øger sandsynligheden for enighed.

Tom Petersen fastholder foreløbig de valgte syndromer i sin fremtidige forskning. Hans mål er at kunne bidrage med yderligere konkret dokumentation for klassifikationskriteriernes brugbarhed til at identificere de forskellige pato-anatomiske smertegivende strukturer, som skal danne baggrund for test af effekt af forskellige behandlingsinterventioner. Tom Petersen arbejder tæt sammen med fysioterapeut Dip. MT, Dip MDT Mark Laslett fra New Zealand vedrørende dette.

FREMTIDIG RYGBEHANDLING

Oponenten og de øvrige i bedømmelsesudvalget var alle enige om, at Tom Petersen har gennemført et grundigt projekt, hvor han er kommet vidt omkring. Tom Petersen fortsætter med at forske og er i gang med et studie, hvor han sammenligner effekten af MDT med kiropraktisk manipulation til patienter med et diskussyndrom, der er en af syndromerne i klassifikationssystemet.

ARTIKLER PUBLICERET AF TOM PETERSEN

1. Petersen T, Kryger P, Ekdahl C, Olsen S, Jacobsen S: The effect of McKenzie therapy as compared with that of intensive strengthening training for the treatment of patients with subacute or chronic low back pain. A randomised controlled trial. *Spine*, 27, no. 16, pp 1702-1709, 2002.
2. Petersen T, Thorsen H, Manniche C, Ekdal C: Classification of nonspecific low back pain. A review of the literature on classifications systems relevant to physiotherapy. *Physical Therapy Reviews*, 4, 265-281, 1999.
3. Petersen T, Laslett M, Thorsen H, Ekdal C, Manniche C, Jacobsen S: Diagnostic classification of non specific low back pain. A new system integrating pathoanatomic and clinical categories. Accepted for publication in *Physiotherapy Theory and Practice*, December issue, 2003.
4. Petersen T, Olsen S, Laslett M, Thorsen H, Ekdal C, Manniche C, Jacobsen S: Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain. Submitted to *Australian Journal of Physiotherapy*, 2003. ■

Fri adgang til Cochrane-biblioteket

(FFY) ■ Fra www.ffy.dk er der nu direkte adgang til Cochrane-biblioteket med mulighed for at læse mere end 1.800 review-artikler om forebyggelse og behandling. Danskere har sammen med nordmænd og finner fået fri adgang til biblioteket de næste tre år. Fysioterapeuter har hermed også fået mulighed for at følge med i den eksisterende evidens. På ffy.dk kan man finde titlerne på artikler med speciel interesse for fysioterapeuter, der blev publiceret i sidste kvartal sidste år.

Sammenvoksninger i foden

(FOTO) ■ Månedens billede i Ugeskrift for Læger fra 5. januar er et røntgenbillede af en fod. En 80-årig mand henvendte sig til Fodterapeutskolen med henblik på at få et par aflastningsindlæg på grund af en hård proces lateralt i venstre fodsål. I forbindelse med en undersøgelse af den ældre mand fandt man, at bagfoden var stiv, og at der var en stor proces på venstre side af fodsålen. Et røntgenbillede viste, at han havde en sammenvoksning af talus og calcaneus og en synostose mellem talus og os naviculare samt calcaneus og naviculare. Jens V. Bruun fra Fodterapeutskolen skriver i sin kommentar til røntgenbilledet, at "det er ejendommeligt, at patienten ikke på noget tidspunkt har haft kliniske symptomer på sammenvoksningerne i bagfoden".

Jens V. Bruun. Månedens billede. *Ugeskr Læger* 166/1-2. 56. 2004.

Kiropraktorer på McKenziekurser

(RYG) ■ Efter at Nordisk Institut for Kiropraktik uden forbehold har tilkendegivet, at fysioterapeuter kan deltage på kiropraktorernes efteruddannelseskurser, tilbyder Institut for Mekanisk Diagnostik og Terapi til gengæld, at kiropraktorer kan følge de kurser, der udbydes af instituttet.

Hjemmeside om smerter

(SMERTE) ■ The Physiotherapy Pain Association har som mål at formidle viden om smerte og smertebehandling. På deres hjemmeside kan man blandt andet finde en artikel af Louis Gifford "Therapist and patient fear of bending: Does the McKenzie approach – need ad shift? <http://www.ppaonline.co.uk/index.html>

Whiplash

(STRESS) ■ Kronisk stress og mangel på stressafvikling viser sig at være betydelige risikofaktorer for kronificering af WAD. En skærpet opmærksomhed på fysiske symptomer vil

kunne øge den whiplashramtes oplevelse af livskvalitet på længere sigt.

Charlotte Rosenberg Ishøy. *Forebyggelse af kronisk whiplash. Månedsskr Lægeger*, december 2003.

Master i sundhedsledelse

(MHM) ■ En ny uddannelse Master in Health Management udbydes på Copenhagen Business School fra februar 2005. Det kræver en bachelorgrad og fem års arbejds- og ledelseserfaring for at blive optaget på MHM. Uddannelsen er toårig. Der er optag to gange i løbet af 2004. Læs mere på www.mhm.cbs.dk

Penge til forskning

(SENEVÆV) ■ Fysioterapeut, ph.d. og nyudnævnt specialist Henning Langberg har fået overrakt 40.000 kr. af Hans Kongelige Højhed Prins Joachim fra Kong Christian IX og dronning Louises Fond til et projekt om "Kollagendannelse i humant senevæv".

Læring gennem dilemmaer

(AFHANDLING) ■ Fysioterapeut og uddannelseschef Ulla Mulbjerg har i forbindelse med sin kandidateksamen skrevet et speciale om Transformativ læring – læring gennem dilemmaer. Transformativ læringsteori er en teoretisk referenceramme for voksnes læreprocesser, der beskriver og analyserer, hvordan voksne lærer at skabe mening på baggrund af erfaringer. Der er specielt fokus på, hvordan den lærende gennem kritisk refleksion af oplevede erfaringer kan revidere eller etablere nye måder til at forstå problemer på, og hvordan den lærende kan udvikle evnen til at lægge forskellige perspektiver på konkrete problemstillinger. Læs interview med Ulla Mulbjerg på ffy.dk, hvor det også er muligt at downloade hendes afhandling.

Hovedpine

(FFY) ■ I et australsk studie har man sammenlignet effekten af manuel terapi og specifik øvelsesterapi til patienter med cervikogen hovedpine. 200 patienter med kronisk og moderat hovedpine indgik i RCT studiet, der foregik på forskellige centre for fysioterapi i Australien. Forfatterne konkluderer, at manuel terapi og specifik øvelsesterapi hver for sig eller i kombination er effektive behandlingsmetoder ved cervikogen hovedpine. Læs resumé og kommentar til undersøgelsen på ffy.dk/nyheder.

Jull G et al: *A Randomized Controlled trial of Exercise and Manipulative Therapy for Cervicogenic Headache*". *Spine*, 27, 17; pp 1835-43, 2002.

Specialister i pato-anatomiske forhold

Fysioterapeuter skal holde fast i deres pato-anatomiske kompetencer i det tværfaglige samarbejde omkring rygbehandling. Det mener Tom Petersen, der har udarbejdet et evidensbaseret klassifikationssystem til kroniske lænderygpatienter.

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Med Tom Petersens ph.d.-afhandling "Non-specific Low Back Pain – Classification and Treatment" foreligger der nu et pato-anatomisk orienteret klassifikationssystem, som bygger på den eksisterende evidens. Tanken er, at systemet skal justeres og udbygges, så det til stadighed bygger på den opdaterede evidens. Klassifikationssystemet vil, hvis det anvendes af både læger, kiropraktorer og fysioterapeuter, kunne blive den fælles referenceramme i daglig praksis, der gør, at kommunikationen omkring rygpatienterne og rygforskningen har samme udgangspunkt. Med klassifikationen har praktikere en mulighed for i klinikken at identificere de pato-anatomiske strukturer for smerte hos patienterne og derudfra finde frem til, hvor behandlingen skal sættes ind.

Allerede i 1996 foretog Tom Petersen en litteraturgennemgang for at finde ud af, hvilken evidens der forelå for de klassifikationssystemer, der blev anvendt af læger, kiropraktorer og fysioterapeuter. Her viste sig, at de fleste klassifikationssystemer ikke var videnskabeligt funderede og hovedsaglig byggede på antagelser og formodninger.

Fysioterapeuten Antonio Delitto havde sammen med kiropraktor Richard Erhard udviklet et behandlingsorienteret klassifikationssystem til patienter med akut lænderygbesvær. Derudover fandt Tom Petersen klassifikationssystemer af Shirley Sahrman og Robin McKenzie, der var testet videnskabeligt til en vis grad.

Litteraturgennemgangen var startskuddet til den forskning, som har ført frem til den ph.d., som Tom Petersen forsvarede og fik godkendt i december 2003.

FÆLLES FOKUS PÅ PATO-ANATOMI

Der er ifølge Tom Petersen behov for et klassifikationssystem, alle behandlere i primær sektoren kan blive enige om.

"Rygpatienter har længe lidt under, at behandlerne enten ikke mener, det er muligt at diagnosticere ud fra pato-anatomiske forhold i klinisk praksis eller har vidt forskellige kriterier for diagnosticeringen. Men når de undersøger knæ, bruger de samme diagnostiske kriterier til at finde ud af, om symptomerne stammer fra menisk, ledbånd eller muskler. Hvorfor skulle det være anderledes med ryggen?", spørger Tom Petersen.

På WCPT-kongressen i Barcelona fremlagde Jenny Keating fra Australien en undersøgelse af, hvilke betegnelser læger, fysioterapeuter og kiropraktorer i primær sektoren benytter, når de stiller en diagnose. De viste sig, at alle faggrupper benytter de samme pato-anatomiske betegnelser af strukturer som facetled, sacroiliacaleds-syndrom med videre. "Problemet er bare, at det er vidt forskellige kriterier, der ligger til grund for diagnosticeringen. Men de er dog enige om én ting, og det er, at der skal tages udgangspunkt i de smertegivende strukturer".

"Hvis jeg har undersøgt en patient og diagnosticeret et sacroiliacaleds-syndrom ud fra et fælles kvalifikationssystem, ville de andre behandlere vide, hvad jeg har undersøgt, og hvordan jeg har tolket undersøgelsesfundene, hvis vi har samme udgangspunkt".

Problemet har ifølge Tom Petersen været, at der ikke har været tilstrækkelig evidens, der viste, at man med sikkerhed kunne identificere de smertegivende strukturer. Men nu foreligger der efter hans

indgang

Det skal være muligt at diagnosticere patienter med tilbagevendende lænderygproblemer i klinisk praksis. Ph.d. og fysioterapeut Tom Petersen mener i modsætning til den engelske fysioterapeut Louis Gifford ikke, at en pato-anatomisk diagnose vil forstærke patienternes smerter.

mening tilstrækkelig evidens til, at vi kan begynde at udvikle et klassifikationssystem.

UENIG MED LOUIS GIFFORD

Nogle rygbehandlere mener, det kan være en ulempe at klassificere, da en diagnosticering af den mulige smertegivende struktur kunne være med til at forstærke patienternes problemer. Men hvis patienterne forstår sammenhængen mellem undersøgelse, diagnose, hvad de selv oplever af besvær i dagligdagen og får redskaber til, at de kan gøre noget ved det, mener Tom Petersen klassifikation efter den smertegivende struktur er en fordel.

”En øget forståelse af den pato-anatomiske årsag til rygproblemet kan være med til at reducere patienternes usikkerhed om, hvorfor de har ondt,

dem i, at de fejler noget alvorligt. Men jeg mener, at en diagnose brugt rigtigt, kan virke stik modsat”, siger Tom Petersen. ”Jeg synes, den pato-anatomiske indgangsvinkel er vigtig, men selvfølgelig er der også en psykosocial dimension. Jeg synes bare ikke, man skal gå ind og ophøje denne dimension til kernen i det fysioterapeutiske arbejde. Vores specielle bidrag er, at vi kan gå ind og identificere de smertegivende pato-anatomiske strukturer med en vis sikkerhed. Men selvfølgelig skal vi også have de psykologiske reaktioner og den adfærd som patienter har som følge af rygproblemerne i spil. Louis Gifford påstår han arbejder efter den biopsykosociale model, men det er i virkeligheden den psykosociale model, han fremhæver igen og igen”, siger Tom Petersen.



Det er tanken, at både læger, kiropraktorer og fysioterapeuter skal kende Tom Petersens klassifikationssystem. For at anvende systemet er det nødvendigt med uddannelse i McKenzie svarende til part C og et kursus i klassifikationen.

reducere frygt for bevægelse og få fokus lidt væk fra det psykosociale miskam, der har præget holdningen til rygpatienter i de senere år”, siger Tom Petersen. Han er uenig med den engelske fysioterapeut Louis Gifford, der var oplægsholder på fagfestivalen i november sidste år.

”Gifford sagde, at det var udtryk for en forældet tankegang at fokusere på, hvilken struktur, der var smertegivende. En fokusering på de pato-anatomiske strukturer skulle ifølge Louis Gifford fastholde patienterne i et smertesyndrom, fordi det bekræfter

Han mener, at andre faggrupper i praksissektoren har deres kerneydelser på det psykosociale område, og at fysioterapeuter og kiropraktorer ikke skal give køb på deres specielle pato-anatomiske udgangspunkt.

DE BEDST EGNEDE SKAL BEHANDLE

Tom Petersen tror, at andre faggrupper i praksissektoren også vil tage klassifikationssystemet til sig. Kiropraktoren Jørgen Kilsgaard har anbefalet Mark Lasletts klassifikationssystem i Vejle amt, og dette ►

Petö

(WWW) ■ Foreningen Konduktiv Pædagogik Danmark har fået ny hjemmeside, hvor man kan finde informationer om behandlingsformen og foreningens aktiviteter. Læs mere på www.konduktiv.dk

Begrænset viden om effekt af udspænding

(MT) ■ To osteopater fra England har undersøgt den foreliggende litteratur om effekt af udspænding i skadesforebyggelsen. I en review-artikel publiceret i *Manual Therapy* gør de rede for studiet og dets konklusioner. De fandt et RCT-studie og tre klinisk kontrolrede studier, der konkluderede, at udspænding reducerede skadesforekomsten. Tre RCT-studier konkluderede, at udspænding ingen effekt havde på skader. Studierne var af generel lav kvalitet. De to studier, der fik den højeste kvalitetsscore, fandt ingen effekt af udspænding på skadesfrekvensen. *Weldon SM, Hill RH: The efficacy of stretching for prevention of exercise-related injury: a systematic review of literature. Manual therapy, 8(3), 141-150, 2003.*

Cykling som styrketræning

(MOTION) ■ En gruppe forskere har undersøgt, hvorvidt cykling på ergometercykel er effektiv styrketræning for ældre kvinder. 31 kvinder i alderen 65-74 år indgik i forsøget. Som udgangspunkt fandt man den individuelle pedalomdrejningsbelastning på 2 RM. En gruppe trænede med 16 omdrejninger på 40 % af 2 RM, en gruppe på 16 omdrejninger på 80 % af 2 RM, og en gruppe trænede en blanding mellem styrke og hurtighed, hvor de kombinerede 40 % af 2 RM med 80 %. Efter 8 ugers træning var der forbedring i alle tre grupper målt på styrke, ganghastighed, hoppehøjde og boxstepping. Læs en mere detaljeret beskrivelse af undersøgelsen på www.motion-online.dk

Macaluso A et al: Cycling as a novel approach to resistance training increases muscle strength, power, and selected functional abilities in healthy older women. J Appl Physiol. 2003;95(6):2544-53.

Et-punktstesten

(KONDI) ■ Med motion på recept og et øget fokus på dekondditionering som en uheldig følge af sygdom er der flere fysioterapeuter, der er begyndt at konditionsteste patienterne. Den submaksimale et-punktstest er hyppigt anvendt, da den har den fordel, at patienterne ikke behøver at anstrenge sig så meget og er let og hurtig at udføre. På www.motion-online.dk kan man læse mere om testen og frit downloade et testskema.

Kvalitetspris til geriatriske klinikker

(PRIS) ■ Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren har tildelt fire geriatriske klinikker i H:S en pris for at have undersøgt og udviklet kvaliteten af den geriatriske indsats samt undersøgt muligheden for at anvende funktionsvurderinger. Fysioterapeut Bjørn Hesselbo og sygeplejerske Ingrid Poulsen har været projektledere.

► system har Tom Petersen indarbejdet i sin klassifikation. At få det samme klassifikationssystem er ifølge Tom Petersen også en måde at komme ud af de "evindelige fagslagsmål". "Hvis vi kigger på evidensen for at se, hvad der ligger af kliniske diagnostiske redskaber, der er videnskabeligt underbygget, så kan vi blive enige, uanset hvilken faggruppe vi kommer fra", siger Tom Petersen.

Klassifikationen kan let komme til at betyde, at faggrupperne fremover skal blive bedre til at henvise patienterne til dem, der er bedst egnede til at yde den behandling, der i det givne tilfælde er behov for.

UDDANNELSE I MCKENZIE ER NØDVENDIG

Hvis man skal mestre klassifikationen kræver det en uddannelsen inden for McKenzie mekanisk diagnostik på mindst part C niveau, indrømmer Tom Petersen. Disken er den hyppigste årsag til smerter hos patienter med længerevarende lænderygbesvær, og hvis ikke man fanger dette syndrom først, risikerer man at få for mange falske positive fund blandt de øvrige kategorier af patienter.

"McKenzies undersøgelsessystem har indtil nu vist sig at være den bedste metode i klinikken til at diagnosticere de symptomgivende disker. Derfor er McKenzie-undersøgelsen så vigtig i klassifikationen. Det, man kan kritisere mig for, er, at jeg også bruger dele af McKenzie systemet, der ikke er evidens for. Men da internationale rapporter viser, at det er det hyppigst anvendte blandt fysioterapeuter, har jeg valgt at tage alle dele med. I den løbende evaluering af klassifikationen vil jeg i samarbejde med Mark Laslett teste McKenzies andre klassifikationsgrupper som posturalt syndrom, adhærent nerve-rodssyndrom og nerverodsentrapmentsyndrom. Hvis det viser sig, at de ikke holder vand ved test med videnskabelige metoder, smider vi dem ud", siger Tom Petersen".

DEN UNIKKE PATIENT

Enhver patient er unik, og det kan derfor være svært at acceptere, at der skulle være et klassifikationssystem, der kan rumme de mange forskellige symptombilleder og årsagsfaktorer, patienterne kommer med.

Tom Petersen mener, at hans klassifikation kun er et første skridt på vejen til at gruppere patienterne på en måde, som kan vejlede behandleren i at finde den behandling, som er mest effektiv til den enkelte patient. Ondt i ryggen er et multifaktoriel problem, og skal behandles som sådan.

"Vejen frem er at teste effekt af forskellige behandlinger til diagnostiske undergrupper af

patienter med rygproblemer. Det foregår bedst i randomiserede kliniske undersøgelser. De har deres begrænsninger, fordi de måler effekt på store afgrænsede grupper, som ikke nødvendigvis er dækkende for den enkelte patient, som kommer ind af døren i din praksis", siger Tom Petersen.

På trods af dette er der ikke er nogen vej udenom. "Førstevalget skal altid være evidensbaseret. Langt hen ad vejen ligner patienterne hinanden, og derfor kan vi vælge den behandling, der er evidens for virker på den subgruppe patienten tilhører. Vi kan sige med overbevisning: Vi ved, hvad der har været effektivt til personer, som ligner dig på afgørende punkter. Hvis ikke patienten får det bedre, skal vi selvfølgelig justere, modificere og ændre undervejs, alt efter patientens reaktion på behandling og psykosociale status", siger Tom Petersen.

"Hvis vi ikke tager udgangspunkt i evidens, så har vi ingen fremtid i sundhedsvæsenet, sådan er det bare", fastslår Tom Petersen.

SPECIALISERING OG UDDANNELSE

Den klassifikation, som Tom Petersen har udviklet kræver en bred viden inden for rygdiagnosticering. Viden der omfatter både McKenzie systemet i klinisk praksis og manuel terapi. For at kunne bruge klassifikationen er det nødvendigt at sætte sig ind i de forskellige pato-anatomiske forhold og at kende diagnostiske redskaber.

Tom Petersen mener, at det er nødvendigt at specialisere sig, hvis man ønsker at behandle de mere komplicerede lænderygproblemer. "Der kommer så meget forskning nu, at det er umuligt at følge med i alle facetter af fysioterapi. Jeg ville ikke selv påtage mig at behandle en patient med et alvorligt knæproblem eller en hemiplegi. Jeg tror derfor ikke, at alle fysioterapeuter vil kunne anvende klassifikationssystemet".

Generalisterne vil kunne langt det meste, men når der kommer en patient med tilbagevendende rygproblemer, skal de ifølge Tom Petersen hurtigt sendes videre til en specialist.

"Det ville selvfølgelig være dejligt, om alle praktiserende fysioterapeuter kunne klassificere patienterne, men det er ikke realistisk. Der er stadig plads til generalisten, men de skal kende deres begrænsning", siger Tom Petersen.

Læger, fysioterapeuter og kiropraktorer kan være kliniske specialister, og hver faggruppe har deres særlige forcer, mener Tom Petersen.

"Kiropraktoren kan deres manuelle teknikker, som de bruger hele tiden. Der er nogle fysioterapeuter, der også er dygtige på dette felt, men langt fra alle. Lægerne, der arbejder med rygpatienter

har deres styrke i differentialdiagnostikken, injektioner og i den medicinske behandling. Fysioterapeuter har deres force inden for McKenzie mekanisk diagnostik terapi og træning af den segmentære muskulære kontrol. Områder som en del af kiropraktorerne også mestrer, men det er ikke det, der kendetegner kiropraktikken som helhed", siger Tom Petersen.

"Vi har hver vores force, men jeg mener alligevel, at kiropraktorerne og fysioterapeuterne er ved at nærme sig hinanden, og det er på tide at overveje, om vi skal have en fælles biomekanisk basisuddannelse. Efter den kunne man så specialisere sig i enten kiropraktik eller forskellige retninger af fysioterapi".

FORMIDLING

Både læger, kiropraktorer og fysioterapeuter i primær sektoren vil have fordel af at kende klassifikationssystemet, derfor går Tom Petersen et travlt forår i møde, hvor han skal rundt i landet og introducere ►

LLLT - Low Level Laser Therapy

Laserlys til smerter og opheling



– effektiv til sår, led og muskler, samt akupunktur

Easy-leasing af vores laserudstyr med 6 måneders prøvetid!

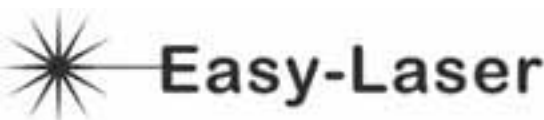
Laser seminar afholdes løbende i Jylland og på Sjælland.

Dato for seminar kan ses på:

www.easy-laser.dk



For yderligere information ring tlf.: 7571 1090

 Easy-Laser

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

► det. Der afholdes et møde på Rygcenteret i København for alle praktiserende læger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Fagforum for Muskuloskeletal fysioterapi skal tage stilling til, om klassifikationen skal være et modul i deres kursusrække. Dette modul kunne måske være åbent for både læger og kiropraktorer.

Et åbent spørgsmål er, om man skal forlange, at også lægerne har taget McKenzie part C, eller om det er tilstrækkeligt at foretage en "grundscreening" ud fra klassifikationssystemet. Under alle omstændigheder er det efter Tom Petersens mening meget vigtigt, at de praktiserende læger også kender til klassifikationen.

MTV-rapporten for lænderyg står også for at revideres, og Tom Petersen håber, at han på en eller anden måde kan være med til arbejdet med at revidere den efter den nyeste evidens. "Der er kommet en del viden, siden MTV-rapporten om "Behandling og forebyggelse af uspecifik lænderygbesvær" blev udgivet i 1999. Jeg håber blandt andet, at man vil gå væk fra betegnelsen "uspecifik lænderygbesvær", og i stedet får beskrevet nogle undergrupper.

RESUME

Læs Tom Petersens danske resume af ph.d.-afhandlingen " Non-specifik Low Back Pain. Classification and Treatment" på Danske Fysioterapeuters forsknings hjemmeside www.ffy.dk

Tom Petersen har publiceret artiklen " Diagnostic classification of non specific low back pain. A new system integrating pathoanatomic and clinical categories" i det videnskabelige tidsskrift *Physiotherapy Theory and Practice*, 19,4, side 213-37. 2003.

I artiklen kan man læse mere om klassifikationen. I løbet af 2004 publicerer han desuden artiklen "Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain" i *The Australian Journal of Physiotherapy*.

EN GANG FORSKER

Tom Petersen vil fortsætte sit arbejde med klassifikationen og håber den kan forenkles undervejs. Sammen med Mark Laslett fra New Zealand skal han teste de forskellige kategorier for at se, om man kan fange de syndromer, de regner med i klassifikationen. Herefter kommer hele arbejde med at revidere klassifikationen. Tom Petersen håber på, at der foreligger en revideret udgave om et år.

Tom Petersen er desuden i gang med at sammenligne manipulation med McKenzie til diskusrelaterede lændesmerter. De har desuden planer om at indføre motorisk kontrol som et syndrom i klassifikationssystemet. Blandt andre de australske forskere O'Sullivan og kolleger har i deres undersøgelser vist, at manglende segmentær stabilitet har betydning for kronificering af rygproblemet. "Mark Laslett og jeg skal teste, forskellige hypoteser. Vi skal for eksempel finde ud af om problemer med motorisk kontrol falder væk af sig selv, når vi har fået behandlet et tilgrundliggende diskusproblem eller om både diskusmerterne og manglende motorisk kontrol skal behandles".

Der er i de seneste år publiceret en del forskning på rygområdet, hvilket fremgik på verdenskongressen i Barcelona, hvor niveauet inden for rygforskningen var højt (se *Fysioterapeuten* nr. 13). Tom Petersen er selv blevet grebet af forskningen inden for rygområdet.

"Jeg troede ikke, at det ville blive sådan, da jeg startede på mit første projekt, men det er svært at slippe forskningen, når først man er kommet i gang, og jeg ser frem til at finde mere dokumentation for undersøgelse og behandling af rygpatienter". ■

FÅ OVERBLIK OVER UDDANNELSESTILBUDENE

- Hvordan får jeg en diplom- eller masteruddannelse?
- Hvad skal der til for, at jeg kan læse videre på universitetsniveau?
- Har jeg mulighed for at søge fonde og legater, hvis jeg videreuddanner mig?
- På Fysio.dk kan du læse om de forskellige efter- og videreuddannelsestilbud, og hvad du præcis skal gøre, hvis du har mod på at gå i gang med en uddannelse.
- Få overblik over uddannelsestilbudene på:

Fysio.dk/uddannelse

in ■ memoriam

Kirsten Hørsmann

■ Kirsten er desværre ikke blandt os mere - uforståeligt for både patienter og kolleger. Efter kort tids alvorlig sygdom sov Kirsten ind på Hospice Søholm den 17. december 2003.

Kirsten blev uddannet på Theilmans Institut i København, hvorefter hun arbejdede et års tid i København.

I 1965 giftede hun sig med Peter Hørsmann, der forinden var flyttet til Ceylon. Parret boede 11 år på Ceylon og fik i den periode to børn. Herefter flyttede de til Marokko, hvor de boede i fire år.

I 1978 flyttede de hjem til Hornslet, hvor Kirsten året efter overtog sin svigermors klinik i villaen på Tingvej. Med stor entusiasme og faglig dygtighed formåede hun at udvikle klinikken til at omfatte fem fysioterapeuter i nybyggede lokaler, som blev taget i brug på den nuværende adresse i 1989.

Kirsten har i sit lange virke som fysioterapeut holdt sig fagligt ajour, og netop den faglige viden og patienternes pleje satte hun meget højt. De patienter, hun selv kom i kontakt med, omfattede hun med stort engagement og en høj grad af omsorg.

Kirsten var meget optaget af fremmede kulturers levevis og udnyttede enhver lejlighed til at komme ud at rejse og opleve. I 1996-2000 var hun med Peter i Japan og forsøgte i den periode at lære japansk for at få mest muligt ud af opholdet. Hun havde under dette ophold lejlighed til at deltage i World Congress for Physio Therapists. Rejserne bragte Kirsten verden rundt, og hun havde en stor vennekreds spredt over hele verden.

Det store internationale kendskab kom bl.a. til udtryk, når hun - som den fuldendte værtinde - ofte præsterede retter, som ingen havde smagt før ved et til lejligheden festligt pyntet middagsbord. Hun talte flydende engelsk og fransk. I februar havde Kirsten den store glæde at blive farmor, en rolle hun nød meget, men desværre havde i alt for kort tid.

Kirsten vil ved sin alt for tidlige død blive et stort savn for os alle, og på klinikken vil vi især savne hendes udstråling, den smittende latter og de målbevidste skridt. Vore tanker går til Peter, Thomas og Annemarie.

Æret være Kirsten Hørsmanns minde.

Fysioterapeuterne på Tingvej 39, Hornslet.

Margrethe Thodberg Bertelsen

■ I Fysioterapien på Amtssygehus i Gentofte har vi mistet en god og dygtig kollega. Fysioterapeut Margrethe Thodberg Bertelsen var ansat i 24 år, og 53 år gammel døde Margrethe af sin kræftsygdom tirsdag den 30. december 2003.

Igennem et år kæmpede Margrethe og hendes familie en ulige kamp mod sygdommen. Margrethe var single, og da hun blev syg, modtog broderen og svigerinden med deres tre små børn hende i deres hjem i Grundfør ved Århus. Og her fik hun også lov at dø. Margrethe troede til det sidste, at hun ville genvinde sine kræfter, og at hun ville kunne fortsætte i sit arbejde på sygehuset.

Som kollega havde Margrethe sine stovte meninger, som hun fremførte til alles bedste, hvis der kom uro i gelederne. Hun stod frem og tolkede sine kollegers bekymringer både som tillidsrepræsentant, og også siden hen som den ansvarlige kollega for alles ve og vel. Margrethe vidste meget om lungefysioterapi, og hun kom til at vide meget om fysioterapi til neurologiske patienter. I sit virke i det neurologiske speciale kom hun tæt på patienter og på personalet i neurologisk sengeafdeling. I SUS-projektet i 2000 om Samarbejde om Udvikling på Sygehusene, som Neurologisk Afdeling var med i, satte Margrethe styr på opgaverne ved at sætte sig for bordenden. På sin rolige facon begyndte Margrethe at skrive ned, at holde styr på tiden og sikre, at vi kom videre. "Fysioterapeuter har kerneydelser i fysioterapien, men vi kan godt udøve fysioterapi på en sengeafdeling, blot er sengeafdelingerne på sygehuset ikke velegnede til genoptræning af neurologiske patienter". Sådan var Margrethes ord, og der skulle have været flere.

I Margrethes sygdomsforløb har kollegerne været meget opmærksomme. Der er blevet sendt breve og blomster hver anden måned, og telefonen er blevet flittigt brugt. Neurologisk klinik sørgede for fælles hilsner og direkte påskønnelse med morgenbrød til hele fysioterapien efter Margrethes fødselsdag.

Familien takkede alle, som bidrog til at gøre Margrethes sidste tid til håb, fortrøstning og med kærlighed til livet.

Æret være hendes minde.

Winnie Hessing, overfysioterapeut

anmeldelse

Fremragende motionsmanual

(ANMELDELSE) ■ Undertitlen på forsiden af motionsmanualen lyder: "Motion - nutidens lægemiddel". Er man mere til profylakse, kunne den også hedde: "Hvis du ikke har tid til motion nu, skal du afsætte tid til sygdom senere", som forfatteren af manualen, Leif Skive, citerer den engelske premierminister Edward Stanley (1826-1893) for.

For tid skal der til. Fra Sundhedsstyrelsens opfordring til en halv times rask spadseretur daglig (lidt er bedre end ingenting) til hypercholesterolæmikerens 3000 kcal/ uge, svarende til mindst 4 timers cykling pr. uge med ca. 25-30 km/t i varieret landskab.

Variationsbredden og -mulighederne er store, og det bliver på klareste vis illustreret i Leif Skives fremragende motionsmanual.

Den er tænkt som et praktisk supplement til den mere teoretiske "Fysisk Aktivitet" og henvender sig til praktiserende læger og til andre faggrupper, der beskæftiger sig med fysisk aktivitet og sundhed.

Målet med manualen er at gøre den praktiserende læge bedre til at fastlægge mængde og art af den fysiske aktivitet, patienten bør udføre, således at lægen kan give fysioterapeuten et kvalificeret oplæg og være en kompetent samarbejdspartner.

Hvad kan den praktiserende fysioterapeut så se frem til, når han/hun modtager en henvisning fra den praktiserende læge, der har læst manualen?

Først og fremmest en motionsrecept, som lægen kopierer fra manualens side 30 eller fra de praktiserende lægers hjemmeside. Af den fremgår, hvilken form for aktivitet patienten kunne forestille sig at binde an med. Mængden af motion beskrives ud fra det antal kcal., aktiviteten repræsenterer pr. tidsenhed. Fra det forsigtige 1500-2000 kcal/uge til type 2-diabetikerens 2500 kcal/uge og hypercholesterolæmikerens 3000 kcal/uge eller mere.

Herudover møder du en patient, der efter at have konsulteret sin læge, gerne skulle være velmotiveret til at dyrke motion. Elementerne i "den motiverende samtale" kender alle praktiserende læger, og her i manualen lykkes det Leif Skive på ganske få sider at pinde problematikken klart ud. (Det må altså være guf også for en fysioterapeut!)

Endelig har lægen i sin henvisning taget højde for, hvad patientens eventuelle sygdom skulle kræve af specielle hensyn og forsigtigheder. Dette finder lægen bagerst i manualen i nogle "specialskemaer", der kort giver instruktive retningslinier i relation til dette.

Skulle den praktiserende læge selv have lyst til at forstå træningsvejledningen til patienten, kan han/hun finde særdeles praktiske og relevante ideer til forskellige træningsformer og monitoreringsmuligheder, alt efter patientens evner og ihærdighed.

I dette afsnit kan der vel næppe være de store overraskelser for en fysioterapeut, men afsnittet om motivationsprocessen er en perle, som skal læses. Og så findes der en kort beskrivelse af de fysiologiske og patofysiologiske forhold i relation til motion – en viden som er nødvendig at formidle til patienten af hensyn til dennes forståelse af motionens vigtighed.

Det hele er pakket ind i et hefte i A4-format. Selve teksten fylder ca. 40 sider, afbrudt af flotte illustrationer. Den er spækket med praktiske anvisninger, der er litteraturliste og et væld af henvisninger til relevante hjemmesider. Der er ideer til etablering af samarbejde med motionscentre, idrætsklubber, firmaidræt o.m.m.. Og endelig et nuanceret register, der gør bogen egnet som opslagsværk.

Manualen er lige det man står og mangler efter at have læst "Fysisk Aktivitet".

Køb manualen og læs den før din praktiserende læge eller download den gratis fra www.plo.dk og aftal et møde med lægen til drøftelse af det fremtidige samarbejde angående motion på recept.

Anmeldt af praktiserende læge Søren Sillesen

"Motionsmanualen". Leif Skive. Komiteen for Sundhedsoplysning, tlf.: 35265400, fax: 35430213, e-mail: kfs@sundkom.dk, www.sundhedsoplysning.dk. Pris kr. 50.

Professional TENS/FES

ALPHA II 3000

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



Sorgen sætter sig i kroppen

På Hvidovre Hospital får forældre, der har mistet deres spædbarn, tilbud om gruppe-terapi med både samtale og kropsovelser

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Markus blev født den 26. juli 2003 klokken 17.48. Graviditeten var forløbet normalt, så ingen forventede andet end en helt normal fødsel, da Markus' mor, Mette Blom Nielsen, fik veer kun en uge før termin.

Men Markus var dødfødt. Ingen ved præcis hvorfor, men lægernes gæt går på, at han må være død på grund af akut opstået iltmangel som følge af en klemt navlestreng.

Markus er Mette Blom Niensens og Martin Pedersens førstefødte, og billedet af ham hænger på væggen i stuen. Men i Mettes mave vokser Markus' lillebror, og det er et par forventningsfulde og på ingen måde knugede forældre, der fortæller om den søn, de aldrig fik med hjem.

SAMTALEGRUPPE MED GYMNASTIK

Begge mener, at de har fået god hjælp til at komme igennem oplevelsen ved at deltage i en gruppe med andre forældre i samme situation på Hvidovre hospital tre måneder efter fødslen.

En "samtalegruppe" står der i pjecen fra hospitalet, men ikke desto mindre er kropsovelser en væsentlig del af forløbet. Gruppen mødes seks gange, og hver gang indledes med en times gymnastik under ledelse af fysioterapeut Elisabet Kjelleff.

Fødeafdelingens tilbud om samtalegrupper er 10 år gammelt og har fra starten været tværfagligt med deltagelse af en jordemoder, en socialrådgiver og en fysioterapeut.

I begyndelsen var det hensigten, at fysioterapeuten skulle bidrage med decideret efterfødselsgymnastik, og det var derfor en somatisk fysioterapeut, der deltog. Det viste sig dog hurtigt, at efterfødselsgymnastikken bare var en lille del af det, og da den første fysioterapeut sagde fra, kom der en psykiatrisk fysioterapeut med i stedet for. ►

Hvidovre Hospital tilbyder forældre, der har mistet deres spædbarn, at deltage i samtalegrupper, hvori også indgår kropsovelser. Der indkaldes til tre grupper om året. Grupperne gennemgår et forløb på seks uger, hvor de mødes én gang pr. uge i tre timer – én times fysioterapi og to timers samtaleterapi.

indgang

HVAD ER BODY AWARENESS THERAPY

Body Awareness Therapy (BAT), som også kaldes Basal kropskundskab, er en fysioterapeutisk behandlingsmetode, som tager udgangspunkt i den forståelse af mennesket, at psykiske, fysiske, sociale og eksistentielle faktorer gensidigt og samtidigt påvirker og påvirkes af hinanden.

Øvelserne er hentet fra og knyttet til dagliglivets bevægelser - at ligge, sidde, stå og gå. Arbejdsformen er specielt egnet til gruppebehandling, men er også brugbar ved individuel behandling.

- ▶ Elisabet Kjelleff arbejder på Hvidovre Hospitals psykiatriske afdeling og har været tilknyttet samtalegrupperne i fire år. Hun har i den tid blandt andet styrket sine kompetencer gennem en uddannelse i basal kropskundskab, BAT-kurserne. Hun var med det første hold, der i sommer gennemførte et BAT 4 på dansk jord.

"Jeg tager udgangspunkt i de behov, forældrene kommer med, og laver en blanding af basal kropskundskab og almindelig efterfødselsgymnastik. Men fordi nogle ikke har så meget brug for det, fylder efterfødselsgymnastikken mindre og mindre. For mig handler det om at give dem nogle gode oplevelser til kroppen. For kvinderne er det jo en krop, der ikke har kunne fuldføre noget, de gerne ville, at den skulle. Kroppen skal have hjælp til at komme tilbage til sig selv igen.", forklarer Elisabet Kjelleff.

BAT er en god metode, mener hun, fordi øvelserne er ligetil og funktionelle - de er helhedsorienterede og giver hurtigt gode oplevelser som for eksempel afspænding og ro.

"BAT giver en god relation til underlaget, og det er meget det de handler om for forældrene - at få jordforbindelse. De skal kunne stole på, at de står godt igen. Det, de fortæller, og som jeg kan se på dem, er, at sorgen sætter sig i kroppen. De får for eksempel spændinger i arme og skuldre, og kvinderne bliver måske ved med at have ondt i lænden. Desuden kan sorgen sætte sig som en knude og påvirke åndedrættet. Med BAT-øvelserne integreres åndedrættet i bevægelserne, og efter øvelserne er de afspændte og friske".

VI GRINER MEGET

Da mændene er naturlige deltagere i samtaleterapien, inviteres de også til gymnastikken. Den del, der handler om efterfødselsgymnastik og knibeøvelser er knap så relevant for mændene, men det giver så anledning til et grin, der lægger en god bund for den efterfølgende samtaleterapi, forklarer Elisabet Kjelleff.

"Vi griner meget. Det, at det er små og lidt specielle bevægelser, de skal udføre, fremmer grinet. Før en gruppe starter, læser jeg altid journalerne, og her er det jo kun de sørgelige historier, jeg ser. Det kan derfor være svært at gå ind til en gruppe første gang, men det hjælper altid at komme i gang. Når man laver gymnastik sammen, sker der noget - det løsner op", fortæller Elisabet Kjelleff, der dog også passer på ikke at løsne for meget op.

"Jeg laver ikke noget, der provokerer eller går over grænserne for, hvad de kan klare. Jeg passer på dem i gymnastikken", fortæller hun.

Selvom sorgen naturligvis fylder meget, lægger

Elisabet Kjelleff vægt på, at samtaleterapien finder sted efter gymnastikken.

"Vi snakker så lidt som muligt. I begyndelsen får de lov kort at fortælle om deres historie. For eksempel er det jo relevant, hvor længe siden det er, de har født, om de har fået kejsersnit, og om de har specielle problemer, for eksempel en arm, der sover, et bækkens, der driller, eller de har problemer med at sove".

I en periode har samtalegrupperne måttet undvære gymnastikken, og Elisabet Kjelleff ved fra både jordmoderen og socialrådgiveren, at det giver en tydelig forskel under samtaleterapien, om der har været gymnastik først.

Et tilsvarende tilbud om en samtalegruppe findes foruden i Hvidovre kun på Odense Universitetshospital, og det undrer Elisabet Kjelleff.

"Måske skræmmer det at have med noget så sørgeligt at gøre. Men jeg mener egentlig ikke, det kræver nogen særlige forudsætninger for fysioterapeuten, der går ind i det her. Det handler om at møde mennesker, hvor de er, og lytte til, hvad de siger".

DET VAR GODT FOR METTE

På Hvidovre hospital forsøger man at få en gruppe i gang tre gange i løbet af et år, men er der ikke nok, der er interesserede, må starten udsættes, og nogle venter derfor meget længe på at komme i gang.

Mette Blom Nielsen og Martin Pedersen kom med efter tre måneder, og det var passende, mener de.

"Vi var hverken psykisk eller fysisk klar før", fortæller Mette, der døjede med nogle kraftige bækkenger både under og efter graviditeten.

"Jeg har fået meget ud af gymnastikken, hvor fysioterapeuten har været god til at tage hensyn til - og udgangspunkt - i den enkeltes problemer. Hun har været god til at forklare, hvordan krop og psyke hænger sammen, og hvordan sorgen kan sætte sig i kroppen", mener Mette Blom Nielsen.

Martin Pedersen derimod lægger ikke skjul på, at han kom mest for samtaleterapiens skyld og ikke havde så vældig meget brug for at lære at knibe.

"Men jeg fik da noget ud af det, og så gør det jo, at man får grinet lidt og bliver rystet sammen med de andre i gruppen på en anden måde. Og så er det vigtigt, at man gør noget sammen som par og får nogle oplevelser sammen. Jeg var jo glad for gymnastikken, fordi jeg kunne se, at det var godt for Mette", forklarer han.

Generelt mener de begge, de har fået meget ud af at være i gruppen, men nok især Mette. "Det har betydet, at jeg har taget et meget stort skridt både fysisk og psykisk. Det har været en stor hjælp. Det har givet mig nogle redskaber, og jeg har kunnet se på mig selv, at der skete en udvikling fra første til sidste gang, vi mødtes. Jeg kunne mere", fortæller hun. ■

Stramt budget for 2004

(PENGE) ■ Det er svært at spå – især om fremtiden, som Storm P. udtrykte det. Det er så sandt, som det engang er sagt. Så da Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse senest holdt møde, var det nødvendigt at justere budgettet for 2004. Indtægterne bliver mindre og udgifterne større end antaget, da budgettet blev lagt i efteråret 2002. Sidste del af uddannelsesreformen, der har forlænget fysioterapeutuddannelsen med et halvt år, slår igennem næste år. Det betyder, at der kun kommer et hold nyuddannede ud fra skolerne i 2004, som betaler fuldt kontingent. Dette kombineret med, at barselsorloven - og dermed perioden hvor medlemmerne er på nedsat kontingent - er blevet forlænget, og at der kommer færre stillingsannoncer i Fysioterapeuten, giver færre indtægter. Dertil kommer, at bladportoer stiger, samt at udgifter til IT og lønreguleringer er højere end beregnet. Alt i alt betyder det, at der skulle findes besparelser på omkring 1,6 millioner kroner for at få budgettet til at nå sammen. Hovedbestyrelsen besluttede, at pengene bl.a. skal findes ved at skære i det materiale, der udsendes på skrift og i stedet prioritere at bruge e-mails og hjemmesiderne. Desuden udskydes ansættelse af en karrierevejleder til 2005, og der skæres i antallet af TR- og organisationskurser og på PR-kontoen. Det betyder, at der budgetteres med et mindre overskud på 70.000 kroner i 2004.



Fagfestival i foråret 2006

(FAGLIG UDVIKLING) ■ Der var stor ros fra hovedbestyrelsen til fagfestivalen, der fandt sted i Odense i november 2003. Ligesom de 1400 fysioterapeuter, der deltog, synes hovedbestyrelsen, at arrangementet skal gentages. Derfor kiggede bestyrelsen på sit sidste møde dybt i kalenderen og besluttede, at der næste gang skal arrangeres fagfestival i foråret 2006. Læs indlæg og abstracts fra fagfestivalen på www.fysio.dk/fagfestival.

Aftale for fysioterapeuter i staten

(OVERENSKOMST) ■ Ting tager tid, og åbenbart meget lang tid i staten. I hvert fald har det taget mere end fire år at få forhandlet en aftale på plads med Personalestyrelsen for de cirka 50 fysio- og ergoterapeuter, der arbejder i Arbejdstilsynet, i BST'er og i enkelte ministerier. Aftalen omhandler ikke ansatte på CVU'erne, der har deres egen overenskomst. Aftalen betyder, at alle ansatte bliver omfattet af ny løn, og at alle - bortset fra ansatte i Arbejdstilsynet - får mulighed for individuelt at forhandle løn. Dette betragter Danske Fysioterapeuter som en fordel, da der på de akademiske arbejdspladser er tradition for at hente en pæn del af lønstigningerne hjem ved de individuelle forhandlinger. Derfor nikkede hovedbestyrelsen da også ja til aftalen på sit seneste møde.

Nyt navn og vedtægter

(FAGFORUM/FRAKTION) ■ "Fagforum for Børnefysioterapi under Danske Fysioterapeuter" er det nye og mere mundrette navn, som det tidligere "Børnefysioterapeuters Fagforum under Danske Fysioterapeuter" har valgt. Samtidig er antallet af bestyrelsesmedlemmer øget fra fem til syv. Denne ændring havde hovedbestyrelsen ikke noget at indvende imod. Heller ikke, at "Fraktionen af Overfysioterapeuter og Ledende fysioterapeuter" har skiftet navn til "Danske Fysioterapeuters Lederfraktion" og samtidig har revideret vedtægterne.

Morgendagens tillidsrepræsentant

(VISION) ■ Hvad skal være tillidsrepræsentanternes ledestjerne, når de i det daglige varetager kollegernes løn- og arbejdsforhold? Siden sommeren 2003 har Danske Fysioterapeuter arbejdet på en strategi og vision for tillidsrepræsentanterne i foreningen. "Morgendagens tillidsrepræsentant – et kig et krystalkuglen", som udkastet hedder, fik mange rosende bemærkninger, da det blev behandlet på det seneste hovedbestyrelsesmøde. Udkastet forsøger blandt andet at give et billede af, hvordan fysioterapien, sundhedssektoren, arbejdsmarkedet og de faglige organisationer og overenskomster ser ud om 5-8 år. Og dermed også, hvad det er for opgaver og krav, som morgendagens tillidsrepræsentanter skal løse. Oplægget skal justeres, inden det bliver præsenteret på TR-landsmødet i april og endelig fremlægges på repræsentantskabsmødet i oktober 2004.

Kun få medlemmer havde fundet frem til valgmødet i Billund. Det skyldes formentlig delvis, at Fysioterapeuten nr. 1, hvor møderne var annonceret, blev kraftigt forsinket på grund af problemer med distributionen.



Valgbussen kører

Som en del af valgkampen holdes der valgmøder rundt om i landet. Redaktionen var med ved møderne i Billund og Slagelse, og artiklen er et ammendrag af indholdet af begge møder. Efter redaktionens slutning er der desuden holdt møder i Aalborg og Århus.

De fem næstformandskandidater er på tur-né til valgmøder rundt omkring i landet. Fysioterapeuten var med på de to første møder i henholdsvis Billund og Slagelse

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO NIELS ROSENVOLD

Det var en opstemt dirigent, der tog hul på det første i rækken af medlemsmøder i forbindelse med næstformandsvalget i DF: "Det er første gang, jeg har hørt om et næstformandsvalg med fem kandidater til posten", sagde han og tilføjede, at den slags var godt for demokratiet.

Til gengæld var dirigenten formentlig mindre imponeret over antallet af fremmødte medlemmer. Kun otte havde fundet vej til Billund,

men aftenen efter, i Slagelse, var antallet af mødedeltagere næsten tredoblet, og ingen af stederne holdt deltagerne sig tilbage, da den indledende runde var overstået og ordet blev givet frit til spørgsmål fra salen.

OFFENTLIG ELLER PRIVAT NÆSTFORMAND

De fem kandidater Vibeke Laumann, Birgitte Kure, Susanne Østergaard, Elsebeth Iversen og Marianne Holm er ikke rygende uenige om de store linjer, men kommer med forskellige forudsætninger for at stille op.

Birgitte Kure, Elsebeth Iversen og Susanne Østergaard er offentligt ansatte og argumenterer for, at en næstformand med baggrund i det offentlige vil være et godt supplement til en formand med en fortid som praktiserende. Mest udtalt var det i

Elsebeth Iversen oplæg: "Forskelligheden er vigtig. Hvis formanden er offentligt ansat, skal det være en praktiserende, der er næstformand – og omvendt", sagde hun.

Susanne Østergaard mente, at i så fald var de offentligt ansatte kommet dårligt fra start, idet næstformandsvalget er forskudt fra formandsvalget, og de offentligt ansatte derfor aldrig ville kunne komme videre end næstformandsposten. "Men med de tendenser, der er i den offentlige sektor lige nu, mener jeg, at de erfaringer, jeg kommer med, er nyttige for foreningen", tilføjede hun.

Birgitte Kure føjede til, at det vigtige er, at formandskabet tilsammen får en bred bagage og stykkes sammen af forskellige ressourcer, mens praktiserende fysioterapeut Vibeke Laumann argumenterede for, at det er uvæsentligt, hvilken sektor man kommer fra, når man skal ind og slås for faget. "Men Johnny og jeg er vidt forskellige", slog hun fast.

Kandidat nr. fem, Marianne Holm, fik allerede i interviewet i sidste nummer markedsført sig selv som kandidaten, der kom "ridende i yderbanen" uden tyngende bagage og fri af forudfattede meninger.

"Jeg stiller op, fordi jeg har lyst, og det, jeg ikke ved, skal jeg nok finde ud af", sagde Marianne Holm, der på møderne beskrev næstformandsposten som "en stilling uden funktionsbeskrivelse" og valgmøderne som "ansættelsessamtaler". "I begyndelsen kunne jeg ikke forstå, hvorfor jeg skulle have nogle politiske holdninger for at stille op som næstformand, men så ringede jeg og spurgte Brian (Errebo-Jensen, fungerende næstformand, red.), og han sagde, at det var jeg nødt til", fortalte hun.

FYSIOTERAPEUTERNE SKAL VÆRE SYNLIGE

Et tema, der gik igen i flere af kandidaternes oplæg, og som blev også blev uddybet i spørgsmål fra salen, er synlighed. Hvad skal fysioterapien være kendt for, og hvordan skal den blive det?

"Fysioterapeuter går rundt og bekræfter hinanden i, hvor gode vi er, men vi skal også ud over rampen" sagde Susanne Østergaard, der mener, foreningen skal udbyde kurser i markedsføring og har brug for at få tilknyttet en medierådgiver. "Vi skal ikke kun være reaktive og først komme på banen, når vi bliver presset. Vi skal være en tak foran og forsøge at sætte en dagsorden".

Elsebeth Iversen slog fast, at det er også en opgave for tillidsrepræsentanterne at være med til at skabe synlighed. "De politikere og embedsmænd, der foreslår nedskæringer, ved oftest ikke, hvad det er, vi går og laver. Vi skal være bedre til at fortælle

om vores succeser ude på de enkelte arbejdspladser", sagde hun.

Birgitte Kure tilføjede, at det også er en ledelsesopgave at skabe synlighed og supplerede med en historie fra sin egen hverdag som overfysioterapeut på Århus Amtssygehus. Her er det lykkedes at forpurre planerne om en decentralisering af terapierne gennem et grundigt bearbejde, fortalte hun.

Vibeke Laumann tog som så mange andre gange i løbet af de to aftener udgangspunkt i faget: "Synlighed er ikke et mål i sig selv. Det drejer sig ikke om, hvor mange gange formanden har været i avisen. Men når vi skal styrke vores faglighed og for eksempel blive bedre til at dokumentere, handler det jo i høj grad også om synlighed", sagde hun.

Marianne Holm fortalte, at hun som ridefysioterapeut og selvstændig arbejdsmiljøkonsulent har været nødt til at tænke i markedsføringsbaner hele tiden, også dengang det ikke var hverken lovligt eller god tone at reklamere med, hvad man kunne. "Det nytter ikke noget at sidde og vente på, at der kommer nogen og spørger, hvad man er god til. Vi er selv nødt til at byde ind, for eksempel i forbindelse med strukturkommissionens rapport. Lad os dog gå ud og sige, at vi tager ansvaret for genoptræningen, så der ikke er nogen, der falder imellem to stole. Det er jo os, der er eksperterne".

FREMTIDEN ER SUNDHEDSFREMME

"Hvad vil I gøre ved den voksende arbejdsløshed i faget"? lød et spørgsmål.

Vibeke Laumann, der sidder i DF's hovedbestyrelse svarede, at der allerede bliver gjort noget i det beskæftigelsesudvalg, der er nedsat af hovedbestyrelsen. Hun tilføjede, at hun tror, de nye stillinger skal findes inden for sundhedsfremmeområdet, i den kommunale sektor og i de lokale sundhedscentre, som blandt andre Sundhedskartellet har stillet forslag om.

Birgitte Kure fortalte, at terapeuterne i Århus har foreslået at tilbyde vedligeholdende efteruddannelse til medarbejdere med en høj anciennitet og slå to fluer med ét smæk ved at lade arbejdsløse vikariere for dem og lade dagpengene være medfinansierende. "Men lad os også gå ud og pege på os selv til nogle af de mere tværgående funktioner. Hvorfor ikke byde ind på funktionen som koordinator i forhold til genoptræningsplaner eller som visitatorer ude i kommunerne. Vi kan jo godt", tilføjede hun. ▶

Valgmødet på Fyn afvikles den 27. januar kl. 19 i på kredskontoret i Odense, Ørstedsgade 19, 1 sal, mens det i København foregår den 4. februar kl. 19 på Rigshospitalet, opgang 2 - Auditorium 1.



Birgitte Kure, 49 år, er overfysioterapeut på Århus Amtssygehus. Hun har tidligere bl.a. været tillidsrepræsentant og vikarieret som rektor for Videreuddannelsen og har en diplomuddannelse i Systemisk Ledelse.



Elsebeth Iversen, 45 år, er ansat i det kommunale Træningscenter Amager og er formand for tillidsrepræsentantrådet i DF. Hun har en videreuddannelse i voksenpædagogik og har bl.a. skrevet projekt om udviklingen af den offentlige sektor i relation til kompetenceudvikling.

- ▶ Elsebeth Iversen satte sin lid til udviklingen inden for motion på recept og det voksende marked for sundhedsordninger på arbejdspladserne. "Men vi skal også satse på det lange seje træk, der handler om synliggørelse af fysioterapien, så nedskæringerne på hospitalerne bliver minimale", sagde hun igen. Hun tilføjede, at hun trods nedskæringer ser fysioterapi som et fag i medvind. "Der er mange ting på den sundhedspolitiske dagsorden, der kan komme os til gode, men vi skal selv hjælpe udviklingen på vej", mente hun.

Marianne Holm fortalte, at hun har spurgt i Institut for Fremtidsforskning, og at hun her havde fået det svar, at fremtiden er sundhedsydelser på arbejdspladserne. Hun tilføjede, at der dog også kan være en strategi i at opretholde en vis arbejdsløshed, fordi det får folk til at tage utraditionelle initiativer og på den måde skaber nye arbejdspladser.

Susanne Østergaards pegede igen på synlighed som en forudsætning for at skabe flere arbejdspladser. Manglen på sygeplejersker og læger kan bane vejen for flere fysioterapeuter, mente hun, men pointerede, at der ikke skulle være tale om at overtage plejeopgaver. "Det skal være os, der sætter dagsordenen, og vi skal gå efter at få rehabiliterende afdelinger på sygehusene".

FAGGRUPPERNE SKAL TÆTTERE PÅ

Både Vibeke Laumann og Birgitte Kure var i deres oplæg inde på, at faggrupper og fagfora skal knyttes tættere til foreningen.

Vibeke Laumann luftede tanken om at give faggrupperepræsentanter plads i repræsentantskabet uden nødvendigvis at skulle være kredsbestyrelsesmedlemmer også, som man skal efter de nuværende love.

"Fagets spydspidser har nogle enorme ressourcer, foreningen kan have gavn af. Men de er så engagerede i deres fag, at de måske ikke altid orker at have det organisatoriske arbejde oveni. Jeg har ikke svaret på, hvordan det skal foregå, men jeg synes, faggrupper og -fora skal ansvarliggøres noget mere. De skal med ind i hierarkiet, så de ikke laver deres egne selvrådende grupper".

"Mener du, at man i kraft af sin faglighed skal have direkte adgang til en politisk post", lød et uddybende spørgsmål, hvortil det korte og klare svar fra Vibeke Laumann var "Ja".

Marianne Holm ville gerne vide, hvad en spydspids var for noget. "Er det sådan en, der kommer og stikker folk bagi og siger, *jeg skal til*"?, spurgte hun.

DE UNGE, DE VOKSNE OG DE GAMLE

"Det er vigtigt, at man også brænder for det organisatoriske, hvis man vil ind på politiske poster. Jeg vil nemlig have titler på pladserne i hovedbestyrelsen", sagde Elsebeth Iversen, mens Susanne Østergaard gav Vibeke Laumann ret i, at vejen ind i foreningen godt kunne virke lidt tung for dem, der var mest engagerede i deres fag og især for de unge.

"42 procent af foreningens medlemmer er under

LÆS MERE

De fem kandidater er præsenteret i interviewform i Fysioterapeuten nr. 1, mens deres CV og en længere præsentation kan findes på www.fysio.dk



Vibeke Laumann, 50 år, er praktiserende fysioterapeut, kredsformand i Københavns Amtskreds og medlem af DF's hovedbestyrelse. Hun er medlem af Patientklagenævnet og bestyrelsesmedlem i MT-gruppen.



Susanne Østergård, 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 første formand for fraktionen af afdelingsfysioterapeuter.



Marianne Holm, 52 år, er ridefysioterapeut og selvstændig arbejdsmiljøkonsulent. Hun har tidligere blandt andet arbejdet på klinik, på plejehjem og på hospital, bl.a. på Færøerne.

35 år. Vi skal ud og tale med dem og høre, hvad de synes, deres fagforening skal gøre for at blive interessant for dem", sagde hun blandt andet.

Her indvendte Elsebeth Iversen, at der efter hendes mening ikke er modsætninger mellem de unges forventninger til foreningen og de forventninger, alle andre medlemmer har.

"Hvis det var mig, der var 28 år og sad og hørte det her, ville jeg blive irriteret. Skal vi så også tale om de "voksne" medlemmer og om de "gamle?". Jeg synes, vi skal lade være med at italesætte de unge som et problem".

NY LØN SKAL MODERNISERES

Ingen af de fem havde i deres valgoplæg berørt de forestående overenskomstforhandlinger på hverken det offentlige eller det private område, men det rådede tilhørerne bod på.

"Hvad mener I om ny løn", lød et spørgsmål, der gik igen på begge møder.

"Ny løn er kommet for at blive", fastslog Birgitte Kure, men tilføjede, at der både skulle justeres revideres og moderniseres. "For mig at se hænger funktionstillæg og kvalifikationstillæg så meget sammen, at vi bliver nødt til at skrue en ny model sammen, der måske mere går i retning af resultatløns", mente hun.

Susanne Østergaard erklærede sig som tilhænger af ny løn. "Men jeg er ikke tilhænger af den måde, den bliver administreret på. Det nytter ikke noget, hvis der ikke er respekt om det fra modpartens side".

Elsebeth Iversen mente i princippet, at ny løn havde fået sin sidste chance, fordi arbejdsgiverne har fået tilstrækkeligt mange advarsler om at tage det alvorligt. "Hvis organisationerne skal være troværdige er de nødt til at sige, at nu er ny løn død. Men det er vanskeligt at forestille sig at gå tilbage til et anciennitetsbaseret lønsystem. Vi er nødt til at have en eller anden form for lokal løndannelse, men tillidsrepræsentanternes arbejde med forhandlinger skal stå mål med resultatet".

Desuden lød meldingen over en bred kam, at der i denne overenskomstrunde skal sættes på et løft til de menige fysioterapeuter. Enige var man også om at styrke kompetenceudviklingen. Dog skulle det på det offentlige område være arbejdsgiverfinansieret, mens det for praksissektorens vedkommende skulle indgå som en del af overenskomstforhandlingerne. Elsebeth Iversen mente, at der i lyset af strukturkommissionen og de mange forestående sammenlægninger også skal forhandles tryghedsbestemmelser, og heller ikke her lykkes det kandidaterne at bliver synderligt uenige.

Forskellighederne mellem kandidaterne kommer mere til syne i deres baggrund og i måden, de siger tingene på. Dette kan man opleve ved selv at deltage i et valg møde. Når dette blad udkommer, er også valg møderne i Århus og Ålborg overstået, mens det stadig vil være muligt at møde kandidaterne på møder henholdsvis på Fyn og i København. ■

Flere sider af samme sag

Vi bør alle reflektere over vores pædagogiske tilgang, vores viden, vores egen forforståelse og ikke mindst vores evne til klinisk ræsonnering

DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut, DipMDT Eva Hauge

En fantastisk vellykket Fagfestival, og ikke mindst den efterfølgende vidensbase (www.fysio.dk og Fysioterapeuten), hvor vi alle kan opdatere os fagligt, giver anledning til refleksion og debat omkring vores fag – fysioterapi.

For mit eget vedkommende vil jeg bidrage til debatten omkring temaet smerte og vores håndtering af smertebegrebet samt vores møde med smertepatienter.

Jeg hørte med stor fornøjelse et af Louis Gifford's indlæg. Han er en dygtig foredragsholder, og hver gang man hører ham eller læser noget, han har skrevet får man lidt nyt med til givtig refleksion.

Jeg har dog lyst til at se nogle af hans betragtninger fra en lidt anden vinkel – ikke fordi jeg tror, vi grundlæggende er uenige, men fordi der altid er flere sider af samme sag.

Vi er helt enige om, at begrebet "fear-avoidance" er meget aktuelt og meget vigtigt at forholde sig til, ikke mindst i forhold til udvikling af kronisk smertetilstand. Patienter (og behandlere) kan være bange for mange ting - smerte, bevægelse, arbejde, fremtid osv. osv.

Som Waddell har skrevet "Fear of pain and what we do about it may be more disabling than pain itself".¹

Her er en meget vigtig pointe, at vi som behandlere har et stort ansvar for ikke at fremme udviklingen af denne fear-avoidance adfærd.

Vores forforståelse præger vores adfærd som behandlere, og ligeså forskellige som vores patienter er, lige så forskellige er vi som be-

handlere. Blandt professionelle er der meget store forskelligheder i opfattelsen af smerte, og hvordan den skal behandles eller adfærden omkring den.²

Vores forvaltning af viden er også forskellig, og det er her, jeg vil pointere en forskellig opfattelse af måske den samme sag. Louis Gifford har haft en ikke uinteressant debat i gang i England under overskriften "Therapist and patient fear of bending: Does the McKenzie approach need a shift?" som der henvises til i Fysioterapeuten nr. 22.

Jeg er slet ikke uenig i holdningen til, at vi som behandlere skal passe gevaldigt på med at udstede forbud og vil her ikke diskutere emnet fleksjon

contra ekstension men blot pointere at Gifford's tema måske hellere skulle hedde "Therapist and patient fear of bending: Does the understanding of the McKenzie approach need a shift?"

Det forholder sig nemlig sådan, at omtalte McKenzie approach i fuld udstrækning indeholder både fleksjon og ekstension, men at mange slet ikke udnytter det måske væsentligste potentiale der er i dette koncept - meget mere præcist benævnt Mekanisk Diagnostik og Terapi (MDT).

MDT rummer store muligheder for gennem en grundig anamnese at registrere gule og røde flag og gen-



PETER M. JENSEN

nem både den subjektive og objektive undersøgelse ved hjælp af symptomrespons at subgruppere patienten og først herefter tilpasse behandlingstilbuddet.³ Desværre anvender mange blot en enkelt øvelse taget ud af en større sammenhæng uden at have været igennem den kliniske ræsonneringsproces – altså en manglende forståelse for specielt undersøgelses- og subgrupperingsdelen af MDT samt progression af behandlingen.

I denne tid lærer næsten alle rygpatienter stabilitetstræning for truncus. Hvis man kun lærer at stabilisere med en øvelse i en fikseret udgangsstilling og aldrig progredierer til funktionel træning, har man måske også som patient en stor frygt for at bevæge ryggen – igen en konsekvens af rådgivning, som jo ikke skyldes en mangel hos dem, som har udviklet stabiliseringskoncepterne (O'Sullivan, Hodges, Kinetic Control), men en mangelfuld forståelse for indholdet i konceptet.

En undersøgelse (RCT) af patienter med akutte lændesmerter har vist, at patienter med øget fear-avoidance havde stor gevinst af fear-avoidance baseret behandling, hvorimod patienter med en lavere grad af fear-avoidance slet ikke havde effekt af samme behandling.⁴

Her ser vi igen vigtigheden af at kunne undersøge vores patienter grundigt og subgruppere dem til den behandling, der synes at være bedst for dem.

For mit eget vedkommende finder jeg stor gevinst af MDT til at undersøge og subgruppere patienter – især efter at jeg til fulde har lært og forstået den kliniske

ræsonneringsproces. Andre finder sikkert gevinst i andre metoder, men fælles herfor er nok, at man skal kende og forstå sine arbejdsmetoder og ræsonneringsprocesser.

Rent pædagogisk er det vigtigt at lære vores patienter hvad de kan gøre, men ikke mindst hvordan, hvornår og hvorfor ("I keep six honest serving men (they taught me all I knew); Their names are What and Why and When and How and Where and Who..." R. Kipling).

Det er væsentligt i forhold til patientempowerment, hvis vi ønsker at patienterne skal blive i stand til at tage medansvar for egen sundhed.

På spørgsmålet om vi som behandlere nogle gange gør mere skade end gevinst og øger smertepatientens frygt for bevægelse med vores forbud, som Gifford er inde på, tror jeg det er konstruktivt, at vi alle reflekterer over vores pædagogiske tilgang, vores viden (herunder opdatering og forvaltning), vores egen forforståelse og ikke mindst vores evne til klinisk ræsonnering.

Det handler ikke nødvendigvis kun om fejl og mangler i forskellige koncepter, men mere om forståelse.

Herved bliver vi måske som Søren Kierkegaard i stand til "at møde folk, hvor de er" og at gøre en forskel.

REFERENCER

1. Waddell G, Newton M, Henderson I et al. "A Fear – Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ), the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability". *Pain* 1993;52:157-68
2. Rainvill J, Bagnall D, Phalen L. "Health Care Providers' Attitudes and

Beliefs About Functional Impairments and Chronic Back Pain". *The Clinical Journal of Pain* 1995;11: 287-95

3. "The Lumbar Spine. Mechanical Diagnosis & Therapy". Volume two. R. McKenzie, S. May. Spinal Publications 2003
4. George SZ, Fritz JM, Bialosky JE, Donald DA. "The Effect of a Fear-Avoidance-Based Physical Therapy Intervention for Patients With Acute Low Back Pain: Results of a Randomised Clinical Trial". *Spine* 2003;23:2551-60

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. 3/2004 udkommer 6. februar.

Deadline for debat: 26. januar

Slankehold – træning af overvægtige

Danmark bliver tykkere og tykkere - stadig flere mennesker kræver assistance til håndtering af denne problematik.

Overvægt giver sig udslag i sygdom, problemer med bevægeapparatet, psykiske problemer og meget andet.... *Hvad gør vi!!*

Også fysioterapeuter spiller en stor rolle i håndtering af disse problematikker, som oftest drejer sig om en livsstilsændring. Som fysioterapeut er du én af de få, som patienten lytter og har tillid til – samtidig er du én af de få, som er i stand til at påvirke den enkeltes livsstil samt ikke mindst motivation herfor.

Vi fysioterapeuter bærer faktisk et stort ansvar for vores patienter/borgere/klienter/kunder i forhold til bevidst eller ubevidst valg af livsstil. Fysisk aktivitet virker; både på humør, hjerneaktivitet samt vægt – det ved vi!

PROacademy præsenterer i 2004 to af Danmarks dygtigste og mest anerkendte personligheder indenfor håndtering af bl.a. overvægt; Kost- og træningseksperter Birgitte Nymann samt fysioterapeut Heidi Tang Møller.

Vægttabstræning

Stavgang Kr. 475,-

- Skodsborg Onsdag 28. januar 2004 kl. 10-13
- Kolding Fredag 27. februar 2004 kl. 13-16
- Randers Onsdag 31. marts 2004 kl. 14-17

Slankeholdskursus Kr. 975,-

- Kolding Onsdag 4. februar 2004 kl. 9-16
- Glostrup Onsdag 18. februar 2004 kl. 9-16

Træning af overvægtige Kr. 975,-

- Glostrup Lørdag 21. februar 2004 kl. 10-17
- Ålborg Onsdag 7. april 2004 kl. 9-16

Sund & Slank for altid (kostforedrag) Kr. 375,-

- Kolding Fredag 27. februar 2004 kl. 19-22

Ovenstående er kun et lille udsnit af alle de foredrag, kurser og uddannelser som vi kan byde på - se meget mere på

www.proacademy.dk

Kursus tilmelding -

Senest 2 uger før kursusstart på www.proacademy.dk eller ved e-mail til kursus@proacademy.dk eller ved henvendelse på telefon 4362 6243

PROacademy



PROacademy er en kursusvirksomhed med det primære mål, at øge viden forståelse og anvendelse af sundhed til forskellige befolkningsgrupper.

Vi afholder kurser, uddannelser, foredrag og workshops til både behandlere, instruktører og den "almindelige" dansker.

PROacademy drives af en altoverskyggende motivation for at styrke det danske samfund indenfor fysisk aktivitet af forskellig art.

Varemærket er;

Funktionel Træning og Rehabilitering
- Træning der gør en forskel!

Velkommen i 2004 - vi glæder os til at se dig!!

NYT KURSUSKATALOG 2004

- Bestil dit eksemplar på www.proacademy.dk -

