

Nr. 15/august/2004
86. årgang

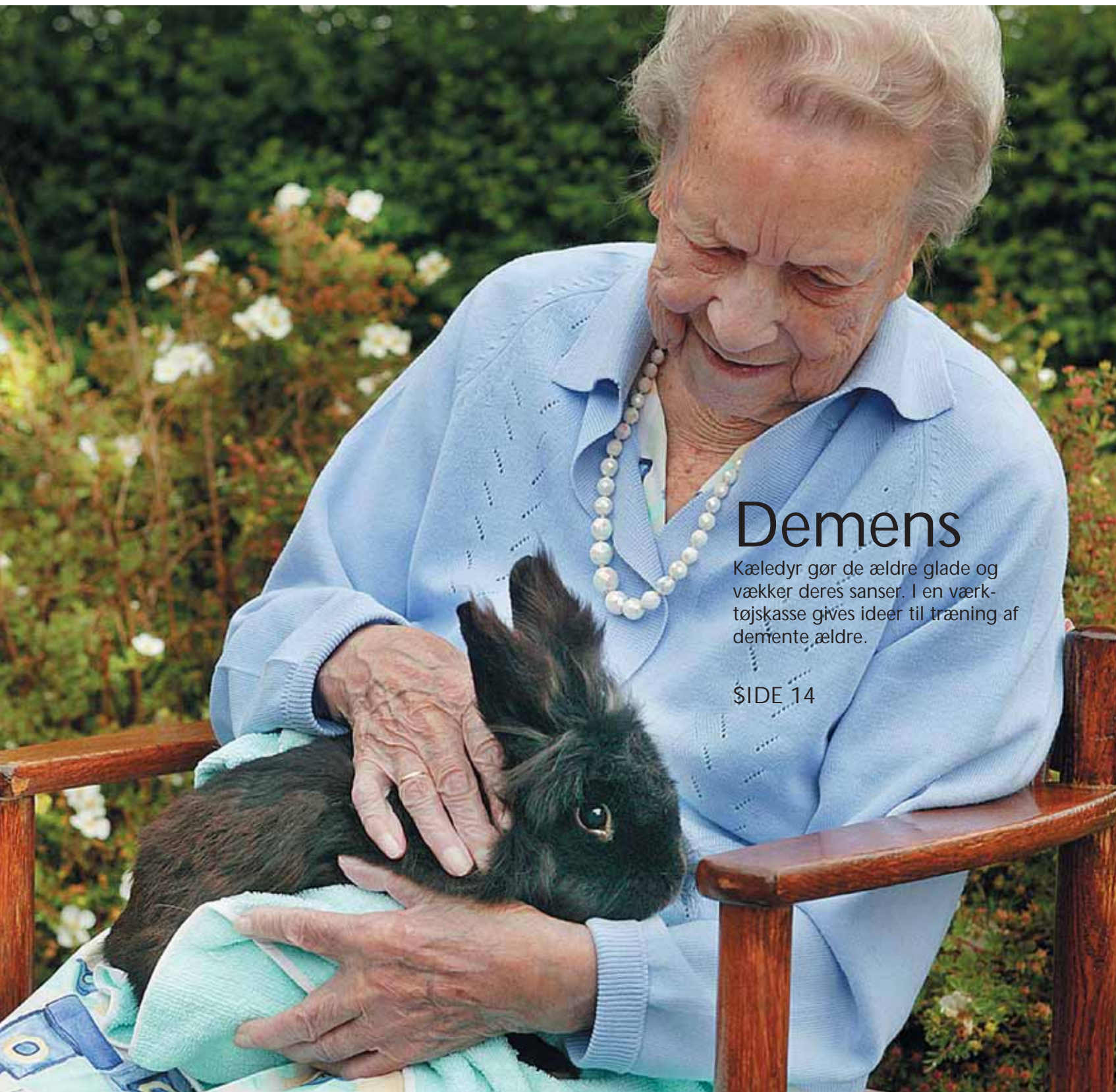


Etik til debat

Den gensidige kritik skal skærpes, bl.a. med udarbejdelse af nye etiske retningslinjer. Side 26

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Demens

Kæledyr gør de ældre glade og vækker deres sanser. I en værktøjskasse gives ideer til træning af demente ældre.

SIDE 14

Artikler

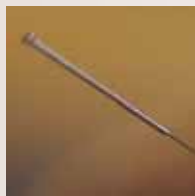
Fysisk aktivitet og kronisk sygdom



Anbefalinger om fysisk aktivitet til patienter og befolkning kan endnu kun gives med forbehold. Artiklen sætter fokus på evidens og foreslår fremtidige forskningsområder.

4

Behandling af bevægeapparatet



En del af de behandlinger, der gives med akupunktur i dag, bygger mere på erfaringer om positiv effekt end på evidens. Men der forskes på området, og der foreligger i dag en forståelse for virkningsmekanismerne.

22

Struben lægges blot for kritik



Etiske retningslinjer er et redskab til at skærpe den gensidige kritik blandt fagprofessionelle, men må ikke være en sovepude.

26

Ansigtssløftning til Fysioterapeuten

De mest skarpsindige vil måske have opdaget det allerede: Fagbladet Fysioterapeuten har været til 1000 kilometer eftersyn, og resultatet er ikke et nyt, men et opdateret layout. Først og fremmest er der blevet gjort plads til en opprioritering af det faglige småstof. Fysnyt har tidligere ført en lidt anonym tilværelse, men læserundersøgelsen i 2003 viste blandt andet, at fysioterapeuter er glade for korte nyheder, der giver mulighed for et overblik og inspirerer til viderelæsning. Også litteraturomtale og anmeldelser har fået nye omgivelser.

På annoncesiderne har vi givet slip på den geografiske inddeling af stillingsannoncerne. Dette er sket for at kunne pakke annoncerne mere hensigtsmæssigt og dermed undgå store tomme huller. Overskueligheden skulle meget gerne være bevaret med den geografiske inddeling i indholdsfortegnelsen.



Det faste

Fysnyt	13
DFnyt	15
Litteratur	33
Debat	34
Kalender	35
Uddannelse	37
Job	42



FORSIDE:
SØREN MADSEN

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20
Redaktionens fax:
33 41 46 14

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

ISSN 1601-1465

Etik i Fysioterapi

Når Danske Fysioterapeuter sætter fokus på etik i fysioterapi er det ikke for at løfte den formanende pegefinger. Men hvis vi skal sikre, at fysioterapi udvikler sig fra et fag til en profession, er en af forudsætningerne, at vi har klare etiske retningslinier for fagudøvelsen. De nuværende retningslinier, der stammer fra 1998, er ikke præcise og brugbare nok, vurderer foreningens etiske udvalg, og derfor har udvalget udarbejdet et udkast til nogle nye retningslinjer, men først og fremmest besluttet at sætte fagetikken til debat blandt medlemmerne.

Når det er vigtigt med etiske retningslinier, er det for at hjælpe os alle til at kunne udpege og håndtere de etiske problemstillinger og dilemmaer, der er indbygget i det, vi som fysioterapeuter foretager os i relation til kolleger, patienter og samfund.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Retningslinier skal bygge på fælles faglige værdier og holde os fast på grundlæggende principper i behandlingen af andre mennesker. Men det er efter min mening også nødvendigt for den enkelte fysioterapeut at gøre sine egne medmenneskelige værdier klare, fordi de også er normbærere for den sundhedsfaglige adfærd. Således kan det i dagligdagen være svært at adskille det personlige værdisæt fra de professionsrettede. Og sådan må det nødvendigvis være. For vi er alle både fagprofessionelle og mennesker af kød og blod med personlige værdier og holdninger. Men desto vigtigere bliver det, at vi ved, på hvilken baggrund vi vælger at indtage det ene eller andet standpunkt, når de etiske dilemmaer indfinder sig.

Det er netop i refleksionen over de etiske problemstillinger, vi skaber forudsætningerne for at regulere udøvelsen via de etiske retningslinier. Retningslinier som vi har et fælles ansvar for at gøre så anvendelige, at de kan fungere som den rettesnor i dagligdagen, de er tænkt som. Derfor er det vigtigt at så mange medlemmer som muligt tager del i debatten om etik i fysioterapifaget.

Artiklen på side 26 i dette nummer af Fysioterapeuten lægger op til, at debatten fortsætter på fysio.dk. Vi skal diskutere vores fagetik med hinanden – og ikke kun frem til den endelige vedtagelse af de nye etiske retningslinier på repræsentantskabsmødet i oktober. Som fagprofessionelle er det en diskussion, vi er forpligtet til at holde i gang – *hele tiden*.

Fysisk aktivitet og kronisk sygdom

Anbefalinger om fysisk aktivitet til patienter og befolkning kan endnu kun gives med forbehold. Artiklen sætter fokus på evidens og foreslår fremtidige forskningsområder

AF SENIORFORSKER,
FYSIOTERAPEUT PETER MAGNUSSON ET AL
FOTO NIELS NYHOLM, BIRGITTE RØDKÆR

Der har været en stigende fokus på forholdet mellem fysisk inaktivitet og forekomst og forløb af kronisk sygdom. Dokumentation for en mekanistisk, kausal sammenhæng forefindes kun delvist, og anbefalinger til patienter og befolkning om fysisk aktivitet kan derfor kun gives med visse forbehold. Denne oversigt omhandler: 1) epidemiologisk evidens, 2) biologiske mekanismer og allervigtigst 3) fremtidige forskningsområder med hensyn til fysisk aktivitet og kronisk sygdom.

indgang

■ Denne artikel er en af flere artikler om forebyggelse, der har været bragt i Ugeskrift for Læger d. 19. april 2004. I artiklen gennemgås evidens for fysisk aktivitet i forebyggelsen og behandlingen af kroniske sygdomme i bevægeapparatet og lungerne.

Peter Magnusson et al. Fysisk aktivitet og kronisk sygdom. Ugeskr 166/17. 19. april 2004, 1552-57.

MUSKULOSKELETAL DYSFUNKTION

Epidemiologi: En ganske betydelig del af befolkningen i Danmark har muskuloskeletale problemer. 8-10 procent af alle mænd og kvinder har artrose i et eller flere led, og mere end 200.000 mennesker i Danmark lider af slidgigt med symptomer, der omfatter smerte, bevægeindskrænkning og generel funktionsnedsættelse. I den del af befolkningen, der er over 65 år, har mere end 70 procent hofte- eller knæartrose [1]. Alvorlige inflammatoriske ledsygdomme som reumatoid artrit (RA) findes hos 0,5-1 procent af befolkningen, ligesom invaliderende inflammatoriske tilstande i muskler ses. Hertil kommer mere komplekse smerte- og besværstilstande i såvel muskler som bindevæv, eksempelvis rygbesvær og seneoverbelastninger. Mere end 50 procent af alle danskere har haft rygbesvær [2]. Generelt findes der hos disse patientgrupper nedsat ▶





Styrke- og udholdenhedstræning kan anbefales til patienter med leddegigt. Hos atrosepatienter bør styrketræningen have prioritet som ledstabiliserende aktivitet.

- ▶ arbejdsformåen, såvel hvad angår udholdenhed (maksimal iltoptagelse og oksidative muskelenzymer) som styrke (statisk eller dynamisk muskelkraft). Hos patienter med RA er muskelstyrken ofte 50 procent og maksimal iltoptagelse 70 procent af det normale [3, 4].

Biologiske mekanismer: Fysisk træning har en gavnlig indvirkning på såvel smerter som funktionsniveau hos patienter med knæartrose [5, 6]. En sådan gavnlig effekt er påvist i træningsprotokoller, som omfattede styrketræning, udholdenhedstræning og bevægelses-træning [4, 7-9].

Det er imidlertid vanskeligt at konkludere vedrørende mekanismerne bag den gunstige træningseffekt. Endvidere er der i de allerede udførte studier kun sjældent målt muskelstyrke, og der er aldrig bestemt grad af hypertrofi eller proteinsyntese. Dosis-responsproblematikken ved træning hos artrosepatienter kan derfor vanskeligt vurderes, men kun anskues indirekte ud fra litteraturen. Her ses det, at i studier, hvor man har anvendt styrketræning ved knæartrose, fandt man, at fremgangen i fysisk funktion korrelerede med fremgangen i knæekstensionsstyrke [6, 7, 10].

En mekanistisk set interessant observation er for nylig gjort i skeletmuskulatur, hvor antiinflammatorisk medicin er fundet at hæmme proteinsyntesen markant efter træning hos raske forsøgspersoner [11, 12].

Om dette betyder, at medicin kan modvirke effekten af træning er uvist. Idet knæstyrke vides at korrelere med ledstabilitet og funktion, antages det, at styrketræning kan nedsætte instabilitet og dermed uhensigtsmæssig ledbelastning hos denne patientgruppe.

Hos RA-patienter kan nedsat muskelmasse og arbejdsformåen være forbundet med inflammation og dertil relaterede cytokiner. Tumornekrosefaktor (TNF)-alfa er eleveret og vides at reducere muskelmassen, og en arbejdsinduceret stigning i andre cytokiner som IL-6 kan virke antagonistisk på TNF-alfa og derved modvirke muskeltabet ud over, hvad træning i sig selv bevirker [13].

Ved en lang række ryg- og muskelsmertetilstande er diagnosen og ætiologien uklar, men den tilstedeværende smerte kan indvirke negativt på musklernes ydeevne, ligesom almen træthed kan spille negativt ind på aktivitetsniveauet.

Ved overbelastningskader på senevæv vides kontrolleret træning med excentriske kontraktioner (høj belastning under forlængelse af muskulatur) at kunne virke

gunstigt som behandling og forøge omsætningen af kollagen i vævet og derved virke vævsstyrkende [14, 15].

Praktiske anbefalinger: Fysisk træning kan øge såvel kondition som muskelstyrke hos RA-patienter, uden at der findes nævneværdig påvirkning af sygdomsaktivitet eller smerte [6, 16-18]. Derimod, er der ikke tegn på, at træning (hverken styrketræning eller udholdenhedstræning) indvirker på grundsygdommens forløb i øvrigt.

Ud fra den tilgængelige litteratur kan såvel udholdenhedstræning som styrketræning anbefales, og en kombination heraf vil både tilgodese et øget dagligt funktionsniveau og have en forebyggende effekt på kardiovaskulære risikofaktorer. Det er centralt at respektere høj sygdomsaktivitet i specifikke led som en relativ kontraindikation mod specifik træning af disse led, ligesom en tiltagende ømhed 2-3 timer efter træning og specielt næste morgen indikerer, at træningsintensiteten (og måske også omfanget) bør reduceres.

Hos artrosepatienter bør styrketræning have prioritet som ledstabiliserende aktivitet, og i tilfælde af bevægeindskrænkning eller smerte i yderstillinger bør styrketræning udføres i den smertefrie bevægevinkel (også selv om denne måtte være 20- 30 grader).

Ved meget besvær kan isometrisk (statisk) træning forsøges, idet dette medvirker til træning af såvel ledstabilitet som af ledbrusk. En vis ømhed under træning er acceptabel, men reaktiv hævelse af leddet og tiltagende ømhed og smerte over flere dage bør være et stopsignal. For såvel RA- som for artrosepatienter bør der tilbydes træning, som påbegyndes under supervision af fagpersonale, specielt for styrketræning, for at korrekt udførelse og derved færrest mulige bivirkninger sikres.

Ved akut rygbesvær bør der tilskyndes til almindelig mobilisering, og ved kronisk besvær bør fysisk aktivitet af generel karakter anbefales [19-21]. Tidligere anbefalinger af meget specifikke rygvøvelser kan have et sigte med henblik på at målrette sin muskeltræning, hvis man er insufficient med hensyn til rygstyrke, men synes ikke at være almindelig træning overlegen, hvad angår effekt på patienter med intermitterende perioder med lænderygbevær, eller til kroniske rygpatienter.

Det synes at være en påbegyndelse af regelmæssig aktivitet, som betyder mere end specificiteten i det udførte, der betyder noget i relation til kronisk ryg-



Der findes dokumentation for at mindst fire ugers konditionstræning bedrer livskvalitet hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom.

besvær. Mere komplekse tiltag såsom rygskoler, hvor fysisk aktivitet kombineres med anden terapi, har effekt på symptomer og velvære hos kroniske rygpatienter, men man har ikke – i hvert fald i Danmark – kunnet vise en gunstig effekt på sygeligheden eller "arbejdsparatheden" [22].

Fremtidig forskning: Selv om træning vides at kunne bedre tilstanden ved såvel artrose som ved kronisk rygbesvær, er mekanismen ikke helt kendt. Det er uafklaret, i hvilket omfang muskeltab hos artrose- og artritpatienter er relateret til inaktivitet, og i hvilket omfang det skyldes påvirkning af andre faktorer med ►

- ▶ relation til den inflammatoriske tilstand. Der findes inflammatoriske muskeltilstande, hvor effekten af fysisk aktivitet slet ikke er undersøgt.

Muligheden for vurdering af ledbrusk kontinuerligt som del af en træningsintervention er begrænset, om end nyere billeddiagnostiske tiltag synes at være lovende. Samspillet mellem træning og andre terapeutiske tiltag bør udforskes yderligere [23], og eksempelvis effekten af fysisk aktivitet i samspil med operativt indgreb bør undersøges nærmere.

Endelig er det uvist, i hvilket omfang medikamentel terapi (som f.eks. anti-inflammatorisk og smertedæmpende behandling) har en synergistisk eller antagonistisk effekt på udbyttet af fysisk træning hos denne patientgruppe.

forfattere...

Seniorforsker, fysioterapeut Peter Magnusson, professor Christian T. Torp-Pedersen, overlæge Vibeke Backer, seniorforsker, fysioterapeut Nina Beyer, professor Lars Bo Andersen, administrerende overlæge Inge-Lis Kanstrup Hansen, professor Flemming Dela, professor Arne V. Astrup, professor Bente Klarlund Pedersen, læge Anne Marie Tjøneland, overlæge Peter Schwarz og professor Michael Kjær.

SKRØBELIGHED OG MUSKELTAB HOS ÆLDRE

Epidemiologi: Skrøbelighed defineres som tab af en persons evne til at modstå mindre, udefrakommende påvirkninger, som f.eks. sygdom eller skader. Tilstanden er et resultat af en reduktion i den samlede fysiologiske reservekapacitet i en sådan grad, at et eller flere fysiologiske systemer er under eller tæt på grænsen til, hvad der kræves for at opretholde et uafhængigt liv.

Prævalensen af skrøbelighed og den dermed forbundne funktionsindskrænkning stiger med stigende alder, men anses ikke længere for at være en uundgåelig konsekvens af aldring.

I Danmark har 60-årige mænd og kvinder en forventet restlevetid på henholdsvis 18,8 år og 22 år. Begge køn kan forvente 14,7 år uden funktionsindskrænkning. Dette stemmer godt overens med, hvad man har fundet i tilsvarende udenlandske undersøgelser, som også viser, at kvinder har en længere restlevetid med funktionsindskrænkning end mænd.

Biologiske mekanismer og praktiske anbefalinger: Tilstedeværelsen af kroniske sygdomme er uafhængige risikofaktorer for nedsat funktionsevne, men omvendt er besvær ved at gå, rejse sig fra en stol og dårlig balance hos i øvrigt raske ældre risikofaktorer for nedsat funktionsevne inden for 1-6 år. Tilsvarende er det vist, at funktionsniveauet umiddelbart før indlæggelse hos medicinske patienter, uanset diagnose, er en prædikator

for udgifter forbundet med hospitalsindlæggelsen, dødelighed under indlæggelse, funktionsniveauet tre måneder efter udskrivelse, 12-måneders-overlevelse og plejehjemsanbringelse.

Det er vist, at der er en sammenhæng mellem muskelstyrke og eksplosiv kraft og flere mål for funktion hos ældre mennesker.

Nedsat muskelmasse er desuden forbundet med en 3-4 gange forøget risiko for tab af fysisk funktion og en 2-3 gange forøget risiko for balanceproblemer og fald. Omvendt synes en styrkereserve at forebygge funktionsbegrænsning [24], og det er vist, at selv hos mennesker med nedsat funktionsevne er der en sammenhæng mellem muskelstyrke og dødelighed.

Tab af muskelstyrke er til en vis grad reversibelt, og selv hos de allerældste stiger muskelstyrken ved styrketræning [25]. Styrketræning har desuden en positiv indvirkning på udholdenhed og på sygdomme som hypertension, insulinresistens, osteopeni og artrose.

Samtidig synes muskelstyrken at være mere begrænsende for svage ældres daglige aktiviteter end hjertekredsløbs-funktion. Endelig er det vist, at træning alene kan reducere antallet af fald hos ældre over 70 år.

Træningen i disse studier har primært bestået af styrke- og balancetræning.

Man ved, at fysisk aktivitet hos midaldrende er prædiktivt for morbiditet, mortalitet og funktionsevne senere i livet. Men selv hos ældre med funktionsbegrænsninger har fysisk aktivitet en gavnlig virkning på såvel funktionsevne som mortalitet [26].

På baggrund af ovenstående synes det at være fornuftigt at identificere tidlige tegn på funktionsbegrænsning og efterfølgende intervenere med træning.

Fremtidig forskning: På trods af at der foreligger evidens for, at fysisk aktivitet har en gavnlig effekt hos stort set alle ældre, mangler der stadig viden på området. Man ved således ikke, hvilke typer af interventioner, der har den største effekt på funktionsniveauet i forhold til dagligdagsaktiviteter. Skal interventionen være forskellig ved forskellige problemstillinger? Hvad er forholdet mellem dosis og respons? Hvilke faktorer virker motiverende for livsstilsændring i retning af højere fysisk aktivitet og for at fastholde ændringen?

OSTEOPOROSE

Epidemiologi: Fysisk træning af piger og drenge gennem deres vækstperiode er i case-kontrol-studier

vist at øge deres knoglemineraltæthed (BMD). Fysisk træning af voksne, peri- og postmenopausal, samt ældre er vist at forebygge eller øge BMD, men i en grad, der umiddelbart synes at være uden biologisk signifikans.

Disse positive BMD-ændringer må dog anses for reelle gevinster i forhold til det aldersrelaterede signifikante knogletab, der ellers ville være sket, hvis fysisk aktivitet ikke var opretholdt.

I prospektive interventionsstudier har man vist, at fysisk træning forbedrer muskelstyrken, koordinationssevnen og balancen selv hos ældre. Disse forhold medvirker til at reducere antallet af fald, og dermed potentielt antallet af frakturer.

Et randomiseret, kontrolleret, prospektivt, blindet studie af fysisk træning med fraktur som slutmål er ikke udført og vil formentlig heller ikke kunne udføres i praksis. Resultaterne af retrospektive og prospektive observationsstudier og case-kontrol-studier tyder på, at fysisk aktivitet hos kvinder er relateret til et fald i frakturrisikoen. Dette er måske korrekt, men man må ikke glemme, at systematisk bias vil kunne give samme resultat.

I alle samfund sker der ofte en reduktion i den fysiske aktivitet hos midaldrende kvinder og mænd, oftest betinget af travlhed med familie og arbejde. Nedsat fysisk træning midt i livet synes at give et hurtigt tab af den BMD-gevinst, der er oparbejdet i ungdommen, og der synes stort set ikke at være nogen gevinst tilbage, når den enkelte person når ældrealderen, den alder, hvor osteoporosefrakturer hyppigst debuterer.

Biologiske mekanismer: Der er foretaget randomiserede, prospektive, kontrollerede træningsstudier af ældre. Studierne viser, at fysisk træning mindsker BMD-tabet eller giver en lille procentvis BMD-stigning [27-34].

De fleste studier varierer i træningsintensitet og i træningslængde fra 6 mdr. til 24 mdr. De studier, der peger i retning af BMD-gevinst, er alle træningsstudier med vægtbærende træning, der giver BMD-øgning i lænderyggen, men hvorvidt denne BMD-gevinst har biologisk relevans, er uklart [32, 35-39].

Kvinderne i de nævnte studier var i alderen 60-80 år og øgede deres BMD med mellem 1 procent og 2 procent, mens man i andre studier har vist et reduceret aldersrelateret BMD-tab.

Der er få randomiserede studier af fysisk træning med effekt på hofte-BMD [30, 33-35, 37, 40, 41]. Disse

studier af træningens effekt på hofte-BMD viser dels tendens til bevarelse af uændret BMD, dels tendens til en BMD-øgning på op til 2 procent ved vedvarende træning.

En metaanalyse [42] af postmenopausale kvinder, hvori der i alt indgik 120 trænede personer og 110 kontrolpersoner fra seks prospektive, randomiserede eller ikke-randomiserede studier, viste, at aerobic øgede hofte-BMD med 2,4 procent, sammenlignet med at der var et fald hos kontrolgruppen på 0,3 procent.

Praktiske anvisninger: Data fra retrospektive og prospektive observationsstudier og case-kontrol-studier viser, at fysisk træning er relateret til en reduceret risiko for fraktur. Fysisk træning forbedrer muskelstyrken, ►

LLLT - Low Level Laser Therapy

Laserlys til smerter og ophealing



– effektiv til sår, led og muskler,
samt akupunktur

Easy-leasing af vores laserudstyr
med 6 måneders prøvetid!

Laser seminar afholdes løbende
i Jylland og på Sjælland.

Dato for seminar kan ses på:

www.easy-laser.dk



For yderligere information ring tlf.: 7571 1090



Easy-Laser

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



- ▶ koordinationsevnen og balancen selv hos ældre, hvilket formentlig er årsagen til, at fysisk træning er forbundet med en reduceret risiko for fraktur.

Interventionsstudier viser, at vægtbærende fysisk træning kan forebygge eller nedsætte ryg- og hofte-BMD-tabet i forhold til hos kontrolpersoner, men den biologiske betydning heraf er ukendt.

Fremtidig forskning: En nærmere afklaring af, om fysisk træning kan reducere risikoen for osteoporose eller osteoporotisk fraktur, vil kun kunne blive klarlagt ved at man gennemfører et tilstrækkeligt stort, veldefineret, åbent, prospektivt, randomiseret træningsstudie. Et sådant findes endnu ikke.

PULMONAL DYSFUNKTION

Vejrtrækning skal sikre, at organismen får tilstrækkelig ilt fra omgivelserne, således at kroppens oxygeneringsprocesser kan forløbe. Samtidig er der et krav til lungerne om at fjerne restproduktet kuldioxid i en tilstrækkelig mængde, således at kroppens brintionkoncentration i blodet holdes konstant [43].

I hvile absorberes der 250 ml ilt fra den inhalerede luft pr. minut, og 200 ml kuldioxid udåndes. I forbindelse med fysisk aktivitet stiger dette behov til 1.500 ml ilt pr. minut ved moderat anstrengelse og 3.000 ml ved hård anstrengelse.

Ved moderat anstrengelse stiger ventilationen både i frekvens og dybde, dog stadig som en passiv proces i udåndingen, mens svær anstrengelse kræver aktiv inspiration og eksspiration. Aktiv ventilation involverer muskulær aktivitet og en stigning i ventilationen fra 6 l til 100 l pr. minut. Yderligere øgning i ventilationen vil ikke øge iltoptagelsen, idet det øgede tilbud vil blive anvendt til respirationsmuskulaturens øgede oxygeningskrav [44].

Diffusionskapaciteten fordobles i forbindelse med fysisk aktivitet, fordi der sker en øget rekruttering af kapillærer fra den alveolære kapillærseng og et øget kardialt output. Der er et maksimum for øgningen, og der synes at være et plateau, som er lavere hos patienter med påvirket diffusionskapacitet i hvile, såsom emfysem [43, 44]. Blod, som passerer normale dele af lungerne, er altid fuldt iltet, og hyperventilation vil ikke kunne øge oxygeneringen af blod, der i forvejen er fuldt iltet.

Den normale luftudveksling er afhængigt af match mellem lungernes ventilation og perfusion, der normalt

er således fordelt, at der er øget ventilation apikalt og øget perfusion basalt, således at den alveolære ventilations/perfusionsratio ved apex er 3 og ved basis 0,6, mens den overall er 0,8.

Lungelidelser, hvor anstrengelse kan have betydning som diagnostikum og behandling af den pulmonale dysfunktion, vil blive gennemgået separat i det følgende.

KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM

Epidemiologi: Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) kan med rette betegnes som en folkesygdom. Omkring 20 procent af de medicinske indlæggelser i København skyldes en forværring i en tilgrundliggende KOL [45]. På landsplan resulterer sygdommen i ca. 3.000 dødsfald og ca. 25.000 indlæggelser årligt. Dødeligheden i forbindelse med akut forværring af KOL er på 9 procent, hvilket er det samme som ved akut myokardieinfarkt. Det skønnes, at mindst 150.000 danskere har symptomgivende KOL [46], og antallet er i stigning.

Biologiske mekanismer: Sygdommen er karakteriseret ved irreversibel obstruktiv nedsættelse af lungefunktionen [47] samt øget $V_E O_2$, $V_E CO_2$, V_D/V_T , $(A - a) PO_2$ og reduceret ventilatorisk reserve [43, 44].

I det terminale stadium er sygdomsbilledet ved KOL præget af tiltagende åndenød og angst, som i slutstadiet fuldstændig invaliderer patienten. Der er international konsensus om, at rehabilitering er central i behandlingen af KOL, idet den supplerende farmakologiske behandling af sygdommen er mindre virksom [48].

Ved moderat til svær KOL vil regelmæssig fysisk aktivitet blive ledsaget af øget tolerance over for anstrengelse og en fornemmelse af øget velbefindende, trods fuldstændig uændret lungefunktion.

Praktiske anbefalinger: I et Cochrane-review fra 2002 [49, 50] findes der sikker dokumentation for, at mindst fire ugers konditionstræning bedrer livskvaliteten med mindre træthed og mindre åndenød til følge. I senere studier har man vist, at træning i syv uger har en mere gavnlig effekt end træning i fire uger [51].

I et studie af Behnke et al [52] har man påvist, at træning i forbindelse med akut indlæggelse for KOL havde en gavnlig effekt, og i et mindre, randomiseret studie af Kongsgaard Madsen et al [53] har man påvist, at tre måneders styrketræning af KOL-patienter med-

fører øget gangdistance, bedret evne til trappegang og øget kapacitet til at bære 5 kg.

En sammenligning, hvor KOL-patienterne både tilbydes konditionstræning og styrketræning, findes endnu ikke, men bør iværksættes.

ASTMA BRONCHIALE

Biologiske mekanismer og praktiske anvisninger:

Astma er modsat KOL præget af inflammation og reversibel obstruktiv nedsættelse af lungefunktionen. Astma er ledsaget af øget følsomhed i luftvejene over for fysisk anstrengelse [54].

Fysisk træning er således en velkendt provokerende stimulus, som anvendes i diagnostikken af denne sygdom. Fysisk træning bedrer ikke lungefunktionen og mindsker ikke symptomerne i hvile, mens fysisk træning øger astmatikerens fysiske formåen gennem øget kardiorespiratorisk kondition [50].

Fysisk træning hos astmatikerne bidrager til at nedsætte ventilationen under arbejde, derfor opstår der mindre udtørring af slimhinden, og der opnås en reduktion af symptomerne hos både børn, unge og voksne.

LUNGEFIBROSE

Biologiske mekanismer og fremtidig forskning:

Lungefibrose (f.eks. sarkoidose og idopatisk, interstitiel lungefibrose) er karakteriseret af restriktiv lungefunktionsnedsættelse med små lungerumfang og nedsat ventilationskapacitet (FEV_1 og FVC) samt nedsat diffusionskapacitet [43, 44].

Lungestivheden forværres som et led i sygdomsprogressionen, og den aftagende diffusionskapacitet skyldes aftagende kapillærnet i alveolerne, hvilket giver anledning til en tiltagende ventilations/perfusion-mismatch og i de terminale tilfælde hypoksæmi i forbindelse med anstrengelse og senere også i hvile med nedsat PO_2 [44].

Ved mild restriktiv defekt kan iltoptagelsen være normal, men der vil tidligt være en nedsat respiratorisk reserve ledsaget af spontan øget respiratorisk frekvens i forbindelse med anstrengelse.

Ved fysisk anstrengelse findes der en manglende reduktion af dead space, hvorved V_D/V_T -ratio forbliver høj og ikke som vanligt reduceret, denne abnormitet ledsages af hypoksi [43]. Anstrengelse ved moderat til svær fibrose vil derfor sandsynligvis kræve samtidig behandling med nasal ilt, idet de limiterende faktorer ▶




ToeOFF®

gør det lettere at gå



At kunne klare sin hverdag og uhindret kunne gå derhen man vil bør være en selvfølgelighed for os alle. Også for personer med neurologiske skader.

ToeOFF™ er en avanceret og meget letanvendelig rehabiliteringsortose som hjælper patienten til at leve et aktivt liv.

Ortosen stabiliserer ankel og fod og optager stødet ved hælslætning. Resultatet bliver en mere naturlig og dynamisk gang.

Ortosen findes både til børn og voksne.



Vi hjælper gerne med at besvare dine spørgsmål:
Telefon 43 96 66 99
Fax 43 43 22 66
mail.denmark@camp.dk

www.campscandinavia.se

Bekvem knæortose

Hyperextensionskontrol,
fri bevægelighed og lav profil



✓ C·H·E·C·K™

COMFORTABLE • HYPER •
EXTENSION • CONTROL • KNEE

CAMP[®]
SCANDINAVIA

www.campscandinavia.se

Bestil udførlig brochure:
Telefon 43 96 66 99
Fax 43 43 22 66
mail.denmark@camp.dk

► bliver den nedsatte diffusionskapacitet og en ikke mulig øgning af respirationsfrekvensen, som allerede vil være maksimal.

PULMONAL VASKULÆR OBSTRUKTION

Biologiske mekanismer og fremtidig forskning: Øget modstand i det pulmonale kredsløb skyldes enten obstruktion af den pulmonale kapillærseng eller tab af alveolekapillærer, dette ledsages af cor pulmonale og pulmonal hypertension. Disse forandringer ses hyppigt ved recidiverende lungeembolier, vasculitis eller primær pulmonal hypertension [43].

Kompensatoriske mekanismer kan skjule selv svære forandringer, men når systemet sættes under stress, som ved anstrengelse, er dette ikke længere muligt. Ved anstrengelse stiger trykket i arteria pulmonalis kun beskedent i respons til øget kardialt output, mens der i forbindelse med obstruktion i det pulmonale kredsløb ses en stor trykstigning.

De respiratoriske forandringer ligner de forandringer, som ses ved fibrose, og der er en sammenhæng mellem graden af pulmonal obstruktion og begrænsningen i arbejdskapacitet.

Disse patienter er ofte præget af åndenød, og de fleste funktionsundersøgelser vil vise normale resultater, bortset fra nedsat diffusionskapacitet og tegn på kronisk alveolær hyperventilation [43, 44].

Der findes ingen publikationer om, hvorvidt der er mulighed for fysisk træning af denne patientkategori, men man kunne forestille sig, at øget kardiorespiratorisk kondition alt andet lige vil bedre den almindelige livskvalitet. ■

litteraturliste...

En referenceliste til artiklen kan downloades fra www.fysio.dk/artikeltillæg.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Korrespondance: Peter Magnusson, Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, Bygning 8, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV.
E-mail: p.magnusson@mfi.ku.dk

Børn med motoriske udviklingsforstyrrelser

Oversigtsartikel ■ Overlæge Niels Henrik Rasmussen gennemgår i en oversigtsartikel i Ugeskrift for Læger de diagnostiske kriterier for developmental coordination disorder (DCD). Børn med specifikke udviklingsforstyrrelser af motoriske færdigheder har tidligere været diagnosticerede efter mange forskellige kriterier. I dag har det officielle diagnosesystem ICD-10 diagnostiske kriterier for børn med motoriske udviklingsforstyrrelser. Også det amerikanske Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder har kriterier for DCD kaldet DSM-IV. I oversigtsartiklen

kommer Niels Henrik Rasmussen endvidere ind på undersøgelsesmetoder, prævalens, behandling og prognose. Med nye kriterier for diagnosticering, anbefalinger af kvantitative kriterier og bestemt undersøgelsesmetode vil ifølge Niels Henrik Rasmussen give et godt grundlag for det kliniske arbejde og kommende evidensbaserede videnskabelige studier.

Niels Henrik Rasmussen. Børn med motoriske udviklingsforstyrrelser. Ugeskr Læger 166/23, s. 2227-30.



Genoptræningen halter

Projekt ■ Projektet "Den Gode Medicinske Afdeling" har i de sidste fire år gennemført tværnsnitsundersøgelser af den faglige kvalitet på de medicinske afdelinger. Tre undersøgelser har haft fokus på genoptræning. De dokumenterer et udækket behov for genoptræning og et utilstrækkeligt antal udarbejdede genoptræningsplaner. I den senest gennemførte undersøgelse fik kun 67 procent af patienterne med et genoptræningsbehov udarbejdet en genoptræningsplan, hvilket er et signifikant fald i forhold til tidligere tilsvarende undersøgelser. *Læs mere på www.fysio.dk/nyheder*



Intensiv træning forbedrer gangfunktion

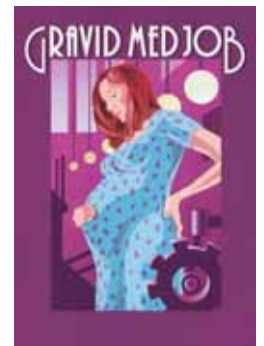
Hoftefraktur ■ En amerikansk undersøgelse viser, at et intensivt genoptræningsforløb efter hofteoperation har positiv effekt på gangfunktionen. 443 ældre med hoftefraktur var inkluderet i et studie, der omfattede fire hospitaler i New York. Forskerne registrerede: demografiske forhold i den inkluderede gruppe, frakturtype, komorbiditet, demens og funktionsnedsættelse. Målet var at finde ud af, om en intensiv postoperativ træning havde en positiv effekt på de ældres gangfunktion 2 og 6 måneder efter operationen. Forskerne opgjorde den tildelte fysioterapi i de første tre dage efter operationen og fysioterapi fra fjerde dag efter

operation til otte uger efter. Patienterne fik testet mobiliteten ud fra Functional Independence Measure (FIM). Det viste sig, at de patienter, der havde fået mest fysioterapi i perioden umiddelbart efter operationen, fik markante forbedringer på gangfunktionen to måneder efter operationen.

Penrod J, Boockvar K, Litke A, Magaziner J et al: Physical Therapy and Mobility 2 and 6 Months After Hip Fracture. Jour Am Ger Soc, vol 52, Issue 7, s. 1114, juli 2004.

Gravid med job

Projekt ■ Mange gravide sygemeldes, ikke fordi de er syge, men fordi arbejdspladserne ikke er gode nok til at tilpasse arbejdet. For at forbedre arbejdsmiljøet for de gravide samarbejder seks branchearbejdsmiljøråd om en hjemmeside, en pjeces og en plakat, der skal oplyse de gravide, arbejdsgivere, læger og jordemødre om, hvad man kan gøre, for at den gravide kan blive på jobbet. På hjemmesiden www.gravidmedjob.dk kan arbejdsgiveren læse om arbejdsmiljøloven og hvordan man kan indrette arbejdspladsen. Den gravide kan blandt andet læse om sine rettigheder, og lægen og jordemoderen om love, regler og hvad de som sundhedsfagligt personale skal være opmærksomme på i forbindelse med arbejdsmiljø og graviditet. Folder og plakat kan rekvireres på tlf. 8740 3400 eller info@jordbruget.dk



Født for tidligt?

Pjeces ■ Dansk Præmaturforening har udgivet en ny pjeces, der beskriver de særlige behov, som tidligt fødte børn og deres familier har. Pjecen henvender sig primært til socialforvaltninger, men også forældre og sygehuspersonale vil have glæde af en gennemgang af relevante love og regler. Pjecen kan rekvireres på tlf. 5927 0313 eller pr@praematur.dk



Fysioterapi til demente

Med en intensiveret fysioterapeutisk indsats fastholdt ældre demente deres fysiske og kognitive ressourcer, viser et projekt i Rønnede kommune

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO SØREN MADSEN

Når fysioterapeuter skal træne demente ældre, tager de ofte udgangspunkt i de almindeligt kendte træningsprincipper. Men de demente har brug for en helt anden støtte og pædagogisk tilgang end andre ældre mennesker.

En brugerundersøgelse foretaget i Rønnede kommune i 2001 viste, at de demente gav en del uro på plejehjem og ældrecentre, og undersøgelsen pegede på, at der var behov for en indsats for at forbedre demente ældres hverdag og levevilkår for at mindske deres uro.

Der blev derfor oprettet Minienheder til nogle af de demente, og de fik tilbudt fysioterapi flere gange om ugen. Fysioterapeuterne ønskede at finde ud af, hvordan

deres tilbud til de demente ældre skulle se ud, og om den fysioterapeutiske indsats overhovedet nyttede noget.

Der blev nedsat en projektgruppe, der i starten bestod af fysioterapeuterne Christine Hjortkjær og Marianne Eriksen. Senere kom Birgitte Kjølby til. Tanken var at gennemføre et mindre projekt, hvor man dels ville udarbejde en værktøjskasse af gode ideer til træning af de demente ældre og at forbedre effektmålingsmetoderne til denne gruppe.

SPARSOM VIDEN

Der foreligger ikke megen viden om fysioterapi til demensgruppen, og i Danmark er der kun publiceret få studier. Det var derfor begrænset, hvad fysioterapeuterne i Rønnede kommune kunne finde af evidens for måleredskaber til at vurdere effekten af behandlingen

indgang

■ Fysioterapeuterne i Rønnede kommune har i et projekt forsøgt at afdække, hvad et fysioterapeutisk træningstilbud til demente ældre skal indeholde, og hvordan det skal organiseres. Det er der kommet en værktøjskasse ud af, som fysioterapeuterne fremover vil benytte og håber at andre med erfaring på området vil være med til at kvalitetsudvikle.

af demente ældre. For at vurdere funktionsniveau valgte de Bergs balanceskala, da de ønskede et måleredskab, der kunne anvendes til alle og kunne give et overordnet billede af det fysiske funktionsniveau. Desuden valgte de at anvende Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) og DMSF-index fra Trandex. De ældre blev desuden vurderet efter OBS-demens vurderingsskema (se faktaboks side 18).

De ældre fik tilbudt fysioterapeutisk træning og behandling tre gange om ugen i seks måneder og der blev trænet op til 45 minutter pr. gang. Der blev taget udgangspunkt i de kendte principper for fysioterapeutisk træning og behandling, og disse blev tilpasset den demente gruppe.

Seks ældre deltog i undersøgelsen og kun fem af dem blev testet både før, under og efter interventionen.

MINDRE URO

Et af målene med projektet var at finde ud af, om en intensiveret fysioterapeutisk træning førte til at de demente blev mindre urolige. Resultaterne viste, at de dementes symptomer stagnerede, og at de på flere punkter fastholdt deres fysiske og kognitive ressourcer i projektperioden, og det er ifølge fysioterapeuterne et flot resultat, når man tager alderen i betragtning.

Men det var svært at finde ud af, om det er fysioterapien, det har betydet, at de ældre er blevet mindre urolige, fortæller de to projektansvarlige Christine Hjortkjær og Birgitte Kjølby til fagbladet. Forbedringerne kunne ud over fysioterapien tilskrives oprettelsen af Minienhed eller den øgede opmærksomhed, der kom på de ældre i projektperioden.

Selvom der kun har været fem ældre, der gennemførte projektet, har det været et stort arbejde at gennemgå deres data. Og dette projekt er kun et lille skridt på vejen, for der er ifølge Birgitte Kjølby og Christine Hjortkjær brug for at gå ind og gennemføre en større tværfaglig undersøgelse for at kunne sige noget om effekten af fysioterapi.

VÆRKTØJSKASSEN

Selvom der således ikke kan konkluderes på effekten af interventionen, har fysioterapeuterne med projektet fået udarbejdet en værktøjskasse, som kan benyttes til at tilrettelægge træning af demente. Værktøjskassen rummer de erfaringer, de fik med trænings- og behandlingstilbuddet.

Værktøjskassen vil de bruge i hverdagen, så fysioterapeuterne i kommunen har samme udgangspunkt, når de skal træne og behandle de demente ældre.

Christine Hjortkjær og Birgitte Kjølby håber, at andre kan få glæde af deres værktøjskasse og vil bidrage med konstruktiv kritik, så den kan forbedres i takt med øget viden. ■

Se værktøjskassen side 16-20.



Fire pjecer, en plakat og et stativ

■ Danske Fysioterapeuter og Krop & Fysik har indledt et samarbejde om at udgive pjecer til patienter og borgere.

De første fire pjecer ligger nu klar sammen med en plakat og et pjecestativ. Pjecerne, der er skrevet af fysioterapeuter alene eller i samarbejde med andre sundhedsfaglige professioner, kan bruges på arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, i idrætsforeninger, på fysioterapi-klinikker eller andre steder,

hvor fysioterapeuter færdes og arbejder.

De fire første pjecer har titlerne: Bækkenbunden, Skærmarbejde, Akutte rygsmerter og Stræk. I forbindelse med stræk-pjecen er der endvidere lavet en plakat, der med tegninger gengiver de 12 strækøvelser, som der gennemgås i pjecen. Og så er der endelig lavet et stativ, der kan rumme pjecerne. I løbet af efteråret 2004 vil der blive produceret yderligere tre pjecer. De får titlerne: Kroniske rygsmerter, Osteoporose og Nakkesmerter.

Den ny pjeceserie erstatter de pjecer til borgere og patienter, som henholdsvis Danske Fysioterapeuter og Krop & Fysik hidtil har udgivet. Det betyder, at man ikke længere kan købe de gamle pjecer.

Pjecerne er på 16 sider, med mange illustrationer og har formatet 10 x 15 cm. Pjecerne koster 2,50 kroner per styk. Pjecerne kan sammen med plakaten og pjecestativet bestilles på www.fysio.dk og www.krop-fysik.dk eller på telefon 7026 3345.

Personstof efterlyses

■ Har du eller en af dine kolleger jubilæum (mindst 25 år samme sted)? Har du taget en master-, kandidat-, phd eller doktorgrad? Eller har du måske modtaget et legat eller en pris? Eller ønsker du bragt nogle mindeord om en afdød kollega? Fagbladet vil

i fremtiden gøre mere ud af personstoffet. Vi ønsker ikke tip og ideer, men derimod færdige notitser. Send teksten, gerne sammen med et foto, i en email til redaktionen@fysio.dk eller til Fysioterapeuten, Nørre Voldgade 90, 1358 København K.

Værktøjskasse

I værktøjskassen er samlet de erfaringer, fysioterapeuterne i Rønnede kommune har med træning og behandling af demente. Man kan endvidere finde en beskrivelse af erfaringer med test og vurderinger

AF FYSIOTERAPEUTERNE CHRISTINE HJORTKJÆR
OG BIRGITTE KJØLBY, RØNNEDE KOMMUNE



I et projekt i Rønnede Kommune var målet at vurdere og udvikle fysioterapeuternes tilbud til de demente ældre borgere. I den forbindelse blev der udviklet en værktøjskasse. Målet med den var at skabe et fælles udgangspunkt for fysioterapeuterne i arbejdet med de demente ældre og at kvalitetsudvikle tilbuddet. Værktøjskassen rummer en beskrivelse af de forskellige test og vurderingsskemaer, der foreslås anvendt til de demente ældre i kommunen. Den rummer desuden en beskrivelse af trænings-, aktivitets- og behandlingsformer og deres virkning. Værktøjskassen kan benyttes som en slags manual eller opslagsbog, og tanken er at videreudvikle den i takt med ny viden og erfaring.

CYKLING

Der vælges mellem motomed (aktiv/passiv-cykel), manopæd og kondicykel ud fra kriterier som de ældres fysiske formåen, vågenhedsniveau, behov for tryghed og behov for træning med både arme og ben. Hvis der vælges den rigtige cykel, er det en god aktivitet.

GANG

Indendørs: Alle kender behovet for at komme op at stå og strække benene. Afhængig af fysisk niveau kan en gåtur betyde mere og være en hårdere træning for borgeren end eksempelvis cykling og fællesgymnastik. Samtidig vil borgerne under gang få en sanselig oplevelse af omgivelser end dem, de befinder sig i hele dagen.

Udendørs: Set i forhold til at mange ældre sjældent kommer udendørs kan selv en lille gåtur være en voldsom oplevelse. Dette øger behovet for tæt kontakt til fysioterapeuten. Det er derfor en fordel at gåture udendørs foretages med én borger ad gangen eller med flere borgere på samme fysiske funktionsniveau.

BOLDSPIL

I projektforløbet har man benyttet forskellige bolde og balloner, der er blevet kastet eller sparket til. Det er gode aktiviteter, som de fleste ældre kan deltage i, og hvor interessen kan fastholdes længe. Under projektet oplevede vi, at de ældre i højere grad end ved andre

aktiviteter vågnede op. Arousalniveau og engagementet øges med det samme, måske fordi bolde er genkendelige, og de frembringer minder fra barndommen. Der er god stemning og glade høje udbrud af snak og latter. Nogle demente bliver ligefrem drillesyge, når der spilles bold. Det er sjovest, hvis man er mange og eventuelt spiller med flere bolde på en gang. En aktivitet, der virkede hver gang. Selv en borger, der har sovet eller døset hele dagen, vågner ved boldspil. Ligeledes kan en borger, der er aggressiv falde ned og langsomt komme ind i spillet. De kan simpelthen ikke lade være.

MASSAGE

Vi har med god effekt udført blid massage med store, varme, tryghedsgivende. Borgeren sidder op under behandlingen og er fuldt påklædt. Massage har været brugt flere gange i forskellige situationer:

- Smerte/ømhed i kombination med varmepakninger.
- Stimulering ved parese.
- Manglende lyst til fysisk aktivitet, men behov for at blive "nusset" lidt om.

Hvis andre træner samtidig med massagebehandlingen, skal disse kunne klare sig selv.

BALANCETRÆNING

Det er vores oplevelse, at balancetræning med så svært demente borgere, som vi har haft i projektet, skal være funktionel træning. Balanceøvelser som at stå på tæer eller ét ben giver ingen mening for borgeren, som derfor siger fra.

SANSESTIMULERING

Sansestimulering kommer ind som sidegevinst i mange trænings- og behandlingsformer: ved massage, gang udendørs, fællesgymnastik osv. I den ene demensenhed havde de kaninen Hannibal, som de demente ældre passede. De ældre havde meget stor glæde af Hannibal, som kom ud af sit bur flere gange i ugens løb både for at løbe frit omkring og for at blive aet og kløet bag ørerne.

Vi har afprøvet en føle-kimsleg, hvor borgerne fik forskellige ting i hænderne og skulle gætte, hvad det var uden at kigge (enten dækket af klæde eller holdt under bordet). Det var de gode til. De var med alle sammen og kunne holde koncentrationen i 45 minutter, til der ikke var flere ting at gætte.

Det er en god aktivitet til regnvejrsdage eller andre dage, hvor det fysiske aktivitetsniveau er lavt, eller hvor der skal spares på kræfterne til senere. Sansestimulering i form af gættelege er noget, der kan gøres meget mere ud af, men det behøver ikke være fysioterapeuten, der står for det.

SIDDENDE GYMNASTIK

Siddende gymnastik i rundkreds er en god aktivitet. Her kan fysioterapeuten have øjenkontakt med hele gruppen, og de ældre kan hele tiden se, hvad de skal gøre, hvilket fremmer trygheden i gruppen. Det er lettere at hjælpe tre borgere på én gang, når det er

de samme øvelser, de skal udføre. De ældre bliver generelt mere aktive og initiativrige, når gruppen er lille (cirka fem deltagere).

Ved fællesgymnastik for alle beboerne på plejehjemmet, hvor vi kan være op til 20 personer, bliver de demente mere inaktive og døsig eller usikre og rastløse eller mere observerende.

Når der er mange deltagere, er det vigtigt, at der er ekstra personale med kun til at hjælpe de demente. Fællesgymnastikken kan være med til at give en kontakt mellem de demente fra Minienheden og de øvrige beboere og dagcentergæster, hvilket kommer dem til gode, når Minienheden er lukket.

BRUG AF MUSIK

Det er godt at bruge musik til gymnastikken, men det er selvfølgelig vigtigt at vælge den rigtige musik. Vi har brugt gamle danske sange, som de fleste kan nynne med på eller synge til. Arousalniveauet og humøret ►

Nyhet
Dictus till barn



DICTUS[®]
— The Dictus Band —

En svensk uppfinning av Anders Johansson. Dictusbandet tar ingen plats i skon, är diskret och lätt att montera.

Dictusbandet, lyfter foten *direkt* efter toeff. Vilket minskar snubblings risken vid vardagliga hinder så som trösklar och mattor.



Ring för gratis CD-video, Matts Larsson

erimed international Box 5028, 141 05 Huddinge,
tel +46 8 449 56 50, fax +46 8 646 47 67, www.erimed.se

- ▶ stiger tydeligt. Vi oplevede dog også en borger, der slet ikke lavede noget, når vi spillede Gustav Vinkler. Borgeren var tydeligvis så betaget af ham, at hun gik helt i stå. Nogle få gange ville hun danse til musikken, men oftest sad hun bare og nød musikken.

En gruppe ældre fra en af Minienhederne har med god effekt afprøvet et specielt gymnastik- og musikprogram. Det er et program udarbejdet af musikterapeut: Niseema Marie Munk-Madsen. Programmet er udgivet på CD og hedder "Musik til krop og samvær" (se faktaboks herunder). Gymnastikprogrammet omfatter øvelser og tekst til kendte melodier. I teksten synger man det, man fysisk skal gøre i øvelserne. Det er simple gymnastikøvelser med mange gentagelser.

Allerede anden gang vi gennemførte programmet, sang de ældre med på det meste af den nye tekst og kom hurtigere i gang med øvelserne. I slutningen af testperioden kunne flere af dem teksterne udenad.

HVOR MEGET TRÆNING OG HVORNÅR?

Demente borgere er meget let påvirkelige og derfor også svingende med hensyn til hvilken og hvor meget træning, de kan klare. Det er vores erfaring, at 30-45 minutter 3-4 gange om ugen er absolut maksimum. Generelt passer det fint med 2-3 gange om ugen om formiddagen.

INDIVIDUEL ELLER HOLDTRÆNING?

Vores træningsprojekt har været delt i to grupper, en på hvert ældrecenter. For den ene gruppe var det bedst med individuel træning og for den anden var det oftest bedst med holdtræning eller individuel træning samtidig med de andre.

EKSTRA PERSONALE

Svært demente, eller psykisk ustabile borgere har behov for meget psykisk støtte under træningen, og det kan man ikke give dem, når man er alene med flere demente samtidig.

Vi har benyttet os af det plejepersonale, der var tilknyttet Minienheden til at hjælpe med den psykiske støtte. Det er en stor fordel at have det faste personale med, som også kender borgerne fra andre situationer, og som er orienteret om, hvordan den enkelte har det den pågældende dag.

DE FYSISKE RAMMER

De fysiske rammer for træningen har også betydning. Man skal have overvejet lokalets størrelse, lysforhold, akustikken osv. Der er en fordel med et lyst og ventligt rum, hvor der er rent, og luften er frisk. Lokalets placering er også vigtig. Det er bedst, hvis det er et sted, man naturligt kommer forbi, også på andre tidspunkter, end lige når der skal trænes. I den ene af vores fysioterapier har vi udsigt til en atriumgård med småtræer og buske, hvilket borgerne har meget glæde af. Det er ikke så vigtigt, at træningen foregår i et specifikt træningslokale. Det er vigtigere, at det er et sted, hvor borgerne føler sig hjemme.

SAMMENSÆTNING

Sammensætningen af borgere til træningsgrupperne skal i højere grad tage hensyn til borgernes personlighed end til deres fysiske funktionsniveau.

ETISKE ASPEKTER

I forbindelse med projektet har vi haft nogle etiske



■ Projektet "Fysioterapi til demente" blev igangsat i 2002 og afsluttet med en rapport, der blev offentliggjort i foråret 2004. Den fulde rapport om projektet kan læses og downloades fra www.fysio.dk/artikelbilag. I rapporten kan man finde Værktøjskassen i en længere og mere detaljeret udgave.

■ Niseema Marie Munk-Madsen har udarbejdet et specielt gymnastikprogram til demente ældre. Øvelsesprogram og cd "Musik til krop og samvær" er udsolgt fra forlaget, men man kan få yderligere oplysninger ved at kontakte forfatteren: nimamuma@hotmail.com

■ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) er en skala til vurdering af urolig adfærd, både fysisk og verbal. Fra Trandex er anvendt DMSF, som vurderer Daglig Mental og Social Funktion. OBS-demens: er et vurderingsskema for ældre med mentale problemer og demens. Der vurderes på almindelige daglige færdigheder. Vurderingsskemaerne findes i rapporten fra pilotprojektet "Fysioterapi til demente", der kan downloades som pdf-fil på www.fysio.dk/bilag til artikler.

overvejelser, som er vigtige når man arbejder med demente. Det handler primært om at respektere de ældres integritet. De skal have det godt og føle sig trygge sammen med os. Derfor bør man være ekstra opmærksom på de signaler, der kan tyde på uro, angst, ubehag, smerter og lignende.

Hvis de demente giver udtryk for ikke at ville eller have lyst til de aktiviteter, de tilbydes, bør man stoppe. Man kan i nogle tilfælde tilbyde andre aktiviteter, men aldrig forsøge at presse, tvinge eller snyde dem til at gøre noget, de ikke har lyst til. I modsat fald risikerer man at miste deres tillid. Derfor foregik vores træning under kontrollerede forhold og i samarbejde med den demensmedarbejder, som passede de demente i hverdagen og havde et godt kendskab til de enkelte borgere.

REDSKABER TIL TESTNING

Bergs Balanceskala: Bergs Balanceskala er et godt fysioterapeutisk redskab til vurdering af fysisk funktionsniveau, da den tydeligt viser ændringer i balance.

Bergs Balanceskala kan anvendes til demente, men der er visse forholdsregler, man bør tage. Inden borgeren kommer, skal fysioterapeuten have forberedt testen og gjort klar i testlokalet. Hun skal desuden være tålmodig, og afviklingen af testen skal være pædagogisk tilrettelagt. Instruktionerne skal være enkle og entydige og notering og tidtagning bør foregå diskret, så testen ikke opleves som en eksamen.

Der må ikke være forstyrrende elementer som musik, telefoner, eller trænende borgere. Fysioterapeuten skal være 100 procent koncentreret om den demente, der testes og være rutineret i testprocedurerne. Det kræver en del øvelse for at kunne udføre testen på demente.

OBS-demensvurderingen: Demensmedarbejderen, der har foretaget vurderingerne i vores projekt, beskriver OBS-demens som god, anvendelig og uddybende. Den kommer godt rundt om hele personen, kort- og langtidshukommelse samt fysisk og psykisk formåen. Den tager cirka 30 minutter i alt.

OBS-demens kan gennemføres af én medarbejder ►

NYE træningsprogrammer fra Lotte Paarup - til dig og dine klienter - på video og dvd!



30 minutters fysisk aktivitet

Træningsprogrammet guider dig igennem 30 minutters fysisk aktivitet. Du instrueres af Birgitte Nymann og Lotte Paarup, som har sammensat et simpelt men effektivt program, let at følge med til.

Priser:
VHS Kr. 169,-
DVD Kr. 199,-



Harmoni

Harmoni er harmonisk træning for kroppen, hvor din kropsholdning sættes i fokus. Harmoni drejer sig om at styrke kroppens typisk svage muskler og samtidig smidiggøre de stramme. Resultatet er helt enkelt en harmonisk krop i balance. Programmet egner sig som et supplement til den tidligere udgivelse "SUND RYG".



Pilates med kvalitet 1

Det første danske Pilates program lavet af en fysioterapeut. Programmet er for dig, som vil lære Pilates systemet at kende, samt starte op på et Pilates træningsprogram. Til september udkommer Pilates med kvalitet 2 og 3.



I form med bold

I form med bold er en fortsættelse af den tidligere udgivelse "SUND RYG med bold". Programmet varer 45 minutter, og byder på nye samt kendte øvelser.

Bestil på [www. "DEN INTELLIGENTE KROP" .dk](http://www.denintelligente krop.dk)
MUSIK TIL UNDERVISNING - TRÆNINGSBOLDE - ELASTIKKER - STAVE TIL STAVGANG - BØGER

- ▶ i modsætning til andre test/vurderinger, hvor det er en fordel at være to personer.

VURDERINGSSKEMA

Vurderingsskemaet, der blev valgt i projektet, er sammensat af Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) og Daglig-Mental-og-Social-Funktions-delen af Trandex til vurdering af borgernes adfærd.

Ud fra kommentarer fra plejepersonale (både dag- og aftenpersonale), der har udfyldt skemaet, er vi nået frem til følgende konklusion:

Skemaet er tidskrævende i en travl hverdag. Det kræver ro til at koncentrere sig, hvilket ikke altid er let at få. Skemaet kan være svært at bruge, når man ikke kender det og ikke er fortrolig med tankegangen. Derfor er det vigtigt med en form for oplæring eller grundig introduktion. Det er en fordel at være to personer, der udfylder skemaet sammen, da der kan være behov for at diskutere svarmulighederne. Det er ikke alle parametre, der er lige logiske, og man skal være enige om, hvordan man vurderer, hvis borgeren ikke passer præcis til en af svarmulighederne. Diskussionen kan være med til at give et mere reelt billede af borgeren. ■

Kan du måle stress fysiologisk?
Download gratis kapitel 1 i
Lærebog i Kranio Sakral Terapi



www.stanleyrosenberg.com

■ Konference: NY STRUKTUR - NYE MULIGHEDER



Forliget om fremtidig struktur og opgavefordeling i amter og kommuner indebærer væsentlige opgaveflytninger af relevans for fysioterapeuter.

Forliget vil påvirke såvel det faglige indhold som de ydre rammer for fysioterapeuternes dagligdag. Derfor inviterer Danske Fysioterapeuter til konferencen "Ny struktur - nye muligheder".

Formål: Konferencen skal bidrage til den regionale og lokale debat på arbejdspladserne og ikke mindst at give ledere, tillidsvalgte og praktiserendes kontaktpersoner inspiration til omstillingsprocessen.

Tid og sted: konferencen finder sted den 28. oktober 2004 på Hotel Munkebjerg i Vejle.

Målgruppen: Kredsbestyrelsesmedlemmer, fysioterapeuter i ledende stillinger, tillidsrepræsentanter, sikkerhedsrepræsentanter og praktiserendes kontaktpersoner.

Pris: Danske Fysioterapeuter betaler for ophold og fortæring samt transport efter gældende regler (offentlige transportmidler eller bil, hvis man er flere i bilen). Vi opfordrer alle til at søge tjenestefrihed med løn. Hvis man får afslag, dækker Danske Fysioterapeuter tabt arbejdsfortjeneste.

Du kan tilmelde dig på mail til Helle Christensen (hc@fysio.dk) med angivelse af navn, arbejdsplads, tillidshverv/stilling, email-adresse og gerne medlemsnummer. Sidste frist for tilmelding er fredag den 1. oktober 2004.

Selvfølgelig kan du ta' trapperne



Sahva Bandagisten arbejder ud fra mere end 130 års viden og erfaring. I dag anvender vi den nyeste computerteknologi, og er Skandinaviens førende inden for udvikling, design og fremstilling af proteser og bandager.

Vi udvikler hele tiden vores produkter og viden for at hjælpe dig til større velvære og livskvalitet i hverdagen.

Kontakt os og hør mere.

Sahva
- gør det muligt

Sahva A/S • Borgervænget 5-7 • 2100 København Ø. • Telefon 3925 0100 • www.sahva.dk
Sahva • Sahva Auto • Sahva Care • Sahva Ryg-center • Hallgren



Behandling af bevægeapparatet

En del af de behandlinger, der gives med akupunktur i dag, bygger mere på erfaringer om positiv effekt end på evidens. Men der forskes på området og der foreligger i dag en forståelse for virkningsmekanismerne

AF OVERLÆGE PALLE ROSTED,
LEKTOR SHEFFIELD UNIVERSITET
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Navnet akupunktur er en sammensætning af ordene acus = nål og punctum = stik, og betyder i praksis indstik af nåle forskellige steder i kroppen med det formål at bedre eller helbrede forskellige lidelser. Akupunktur har i 3-4.000 år været anvendt i Kina til forebyggelse og behandling af sygdomme, og i dag vinder de ældgamle metoder i stigende grad indpas i den vestlige verden. Behandlingsmetodens virkning er

veldokumenteret, men det har ikke været muligt at indpasse de antikke kinesiske begreber i den moderne, medicinske naturvidenskabelige tradition. Til gengæld har man i dag en stigende neurofysiologisk forståelse for, hvordan akupunktur virker. Denne artikel tager udgangspunkt i akupunkturs påvirkning af triggerpunkter i muskulaturen.

VIRKNINGSMEKANISMER

Akupunkturens virkningsmekanismer er ikke klarlagt

indgang

■ Der er påvist effekt af akupunktur ved behandling af smerter ved akutte lidelser i bevægeapparatet. Når det drejer sig om kroniske smertetilstande, har akupunktur ikke samme effekt.

Akupunkturbehandling anvendes ofte til smertefulde tilstande i bevægeapparatet. Her behandles en fodboldspiller for smerter i foden.

i detaljer, men det er alment accepteret, at man ved akupunktur fremkalder en lokal inflammatorisk proces med frigørelse af neurotransmittere og efterfølgende påvirkning af det perifere nervesystem (1).

Akupunkturbehandling anvendes ofte til smertefulde tilstande i bevægeapparatet. Her vil en smertefuld impuls normalt medieres via C-fibre, og løber primært til 2. lag af baghornene. Hvis der ikke iværksættes en behandling, fortsætter disse impulser til 5. lag af baghornet, hvor de krydser over og løber via tractus spinothalamicus til højere centre i hjernen, og patienten registrerer en smerte (fig. 1).

Akupunktur medieres via A- δ -fibre, der også primært ender i andet lag af baghornet, og det er vist, at akupunktur via interneuroner og frigørelse af enkefalin er i stand til at bremse den indkomne smerte medieret via C-fibre på dette niveau (1), (fig. 2).

Det er den mest enkle form for smertelindring, men andre mekanismer er involveret i den smertestillende proces. Således er det påvist, at A- δ -fibre også fortsætter til 5. lag af baghornet og ascenderer til højere liggende centre i midthjernen (1). Det er påvist, at raphe magnus nucleus, der er beliggende i midthjernen, sender descenderende fibre til 2. lag af baghornet og via interneuroner har en frigørelse af enkefalin (fig 3).

Herudover er det dokumenteret, at raphe magnus nucleus via serotonin medvirker til dannelsen af endorfin, der har en generel smertestillende effekt. Yderligere formodes det, at thalamus og hypofysen medvirker i dannelsen af endorfin (2).

TRIGGERPUNKTER

En stor del af de smertefulde tilstande, der behandles med akupunktur i dagligdagen, er af muskulær oprindelse og skyldes hovedsageligt aktive triggerpunkter i muskulaturen. Der er flere karakteristika ved et aktivt triggerpunkt. Således har aktive triggerpunkter en tendens til at udsende smerter efter et kortlagt mønster, der er unik for det enkelte triggerpunkt (3,4).

Ligeledes er det kendt, at et aktivt triggerpunkt forårsager en forkortning (en kontraktion) af de involverede muskelfibre. Det formodes, at denne forkortning af musklen (kontraktionen) komprimerer karrene med en lokal iskæmi og ophobning af mælkesyre i musklen til følge (3,4).

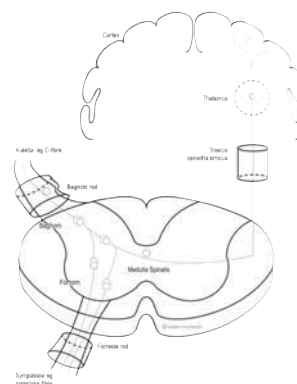


FIG. 1

De smertefulde impulser medieres via A- δ -fibre og C-fibre og ender primært i 2. lag af baghornet. Hvis der ikke iværksættes en behandling, fortsætter de smertefulde impulser til 5. lag af baghornet, og fortsætter, efter overkrydsning, til højere centre af hjernen.

Akupunktur

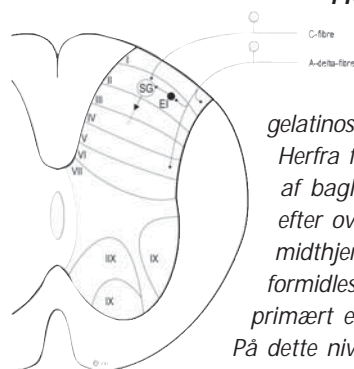
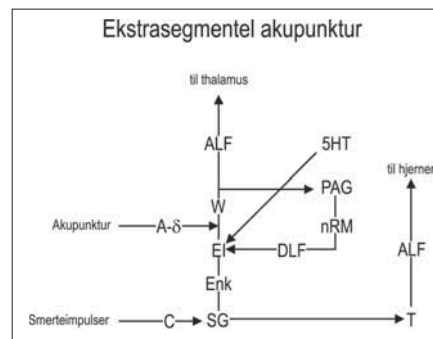


FIG. 2

De smertefulde impulser transmitteres via C-fibre og ender primært i substantia gelatinosa (SG) i andet lag af baghornet. Herfra fortsætter fibre til femte lag af baghornet, og ascenderer derfra, efter overkrydsning til højere centre i midthjernen og thalamus. Akupunktur formidles via A- δ -fibre, der ligeledes primært ender i substantia gelatinosa. På dette niveau frigøres via interneuroner enkefalin (EL), der bremser den via C-fibre indkomne smerte.

FIG 3.

De smertefulde impulser medieres via C-fibre og ender primært i baghornets substantia gelatinosa (SG). Herefter fortsætter impulserne via transmitter celler (T) og funiculus anterolateralis (ALF) til



hjernen. Akupunktur formidles via A- δ -fibre, og terminerer primært i baghornets andet lag, hvor der via interneuroner (EL) frigøres enkefalin (Enk), der bremser den via C-fibre indkomne smerte. Imidlertid fortsætter A- δ -fibre, efter overkrydsning, via funiculus anterolateralis (ALF) til thalamus. Inden da afgår fibre fra Waldeyer celler (W) til paraaqueductale grå (PAG) (ikke myeliniseret hjernevæv, red.), hvorfra der er forbindelse til Raphe Magnus Nucleus (nRM) i midthjernen. Herfra descenderer fibre til 2. lag af baghornet og der bliver frigivet enkefalin, der medvirker til blokering af de via C-fibre indkomne smerteimpulser. Serotonin (5-HT) medvirker i denne proces. DLF er funiculus dorsolateralis.

- ▶ Det er påvist, at akupunktur øger den lokale blodgennemstrømning, formentlig på grund af en nedsættelse af sympaticus-tonus (5), og man må derfor formode, at akupunktur ud over en smertestillende effekt også medvirker til at retablere normale hæmodynamiske forhold i den/de påvirkede muskler.

EFFEKT AF AKUPUNKTUR

Ifølge kinesiske lærebøger kan akupunktur helbrede alt fra appendicitis til malaria (6). Det er der forhåbentligt

ikke mange, der vil acceptere i dag, og ret beset er indikationsområdet for akupunktur begrænset.

Hvis man yderligere kræver, at kun lidelser, hvor effekten er påvist i randomiserede kontrollerede undersøgelser (RCT), er relevante for akupunkturbehandling, så bliver indikationsområdet yderligere indsnævret. Selv om der forskes mere og mere i effekten af akupunktur, og der i dag foreligger en del videnskabelig dokumentation for brugen af akupunktur, så må man erkende, at en del af de behandlinger der gives, først og fremmest beror på observation og erfaring.

At man behandler på dette grundlag, er imidlertid ikke enestående for akupunktur, men findes også inden for konventionel behandling. For eksempel anvendes store mængder af Kinin ved behandlingen af restless legs, men det er aldrig vist, at Kinin virker på denne lidelse. Valget af denne behandlingsform er kort og godt baseret på erfaring.

Samme betragtninger gør sig gældende for akupunktur. Der findes lidelser, hvor effekten af akupunktur er påvist i RCT, og der findes lidelser, hvor vi har erfaring for, at behandlingen er effektiv, men effekten er endnu ikke vist i RCT.

Endelig findes en lang række af lidelser, der ikke responderer på akupunktur. I tabel 1 kan man se en opsummering af de lidelser, hvor akupunktur kan overvejes.

Overvejelserne er baseret på både RCT og erfaring.

I de tilfælde, hvor en sikker effekt endnu ikke er påvist, men hvor man har erfaring for, at nogle patienter reagere på behandlingen, er indikationen anført i kursiv.

Hvad kan akupunktur bruges til? Svaret på dette spørgsmål afhænger naturligvis af, hvilken lidelse, der er tale om. Hos for eksempel patienter med hovedpine er det almindeligt, at de har det bedre efter 1-2 akupunkturbehandlinger, hvilket også er vist i en multicenterundersøgelse (7).

Denne hurtigt virkende effekt er en fordel for såvel patient som behandler. Hvis patienten responderer tilfredsstillende på behandlingen, er det værd at fortsætte behandlingen. Skulle behandlingen imidlertid ikke medføre den ønskede effekt, bør behandlingen opgives, diagnosen revurderes og en anden behandling tilbydes.

Man kan selvsagt ikke forvente en umiddelbar positiv effekt af akupunktur hos patienter med langvarige kroniske lidelser. I disse tilfælde må man ofte op på 3-4 behandlinger, før man har en klar fornemmelse af, om behandlingen kommer til at virke.

I den multicenterundersøgelse (7) omtalt ovenfor blev det også påvist, at patienter med almindelige lidelser, så som temporomandibulær dysfunktion (TMD), sinuitis, nakkesmerter, lændesmerter, etc., var smertefri efter 4-5 behandlinger. Et resultat, de fleste, der anvender akupunktur i praksis, kan nikke genkendende til.

IMPLEMENTERING AF AKUPUNKTUR

Generelt kan man sige, at når det drejer sig om behandlingen af akutte lidelser i bevægeapparatet, er akupunktur bestemt værd at forsøge som første behandling. I løbet af nogle få behandlinger kan man som regel gøre patienten smertefri, mens det ofte vil tage længere tid ved konventionel behandling.

Når det drejer sig om kroniske smertetilstande i bevægeapparatet, har akupunkturbehandling ikke samme effekt. Her er den grundlæggende årsag til smerten underliggende permanente forandringer som for eksempel en nedslidt brus i et knæled, en forsnævring mellem vertebrae og så videre, som man ikke kan gøre noget ved med akupunktur og i mange tilfælde heller ikke med konventionel behandling.

Dog kan akupunktur i mange tilfælde reducere patientens smerter og måske reducere indtagelse af smertestillende medicin, og på den måde give patienten et mere tåleligt liv.

BIVIRKNINGER VED AKUPUNKTUR

En bivirkning er en utilsigtet effekt efter en behandling. For eksempel kan man få udslæt efter visse farmaka,

Fakta om...

Tabel 1

Nedenstående tabel angiver summarisk de indikationer, hvor akupunktur inden for smertefulde lidelser kan overvejes. Listen er ikke udtømmende, men angiver de hyppigst anvendte indikationer for akupunktur.

Lidelserne skrevet med almindelig skrift, er de lidelser, hvor vi har et rimeligt belæg for effekten belyst ved randomiserede kontrollerede undersøgelser (RCT).

De med kursiv angivne lidelser, er de lidelser, hvor effekten endnu ikke overbevisende er vist i RCT, men hvor vi har erfaring for, at det virker hos nogle patienter.

Smertefulde lidelser:

Ansigtssmerter

Nakkesmerter

Skuldersmerter

Albuesmerter

Lændesmerter

Knæsmarter

Ankelsmerter

Natlig uro i benene og læg kramper

hvis man er overfølsom over for dem. Bivirkninger kan også optræde efter akupunkturbehandling, som oftest på grund af beskadigelse af en vital struktur. Akupunktur er et invasivt indgreb, og hvis man stikker for dybt, kan man i sjældne tilfælde forårsage en pneumothorax (8).

I langt de fleste tilfældes skyldes bivirkningerne imidlertid manglende grundlæggende viden om anatomi (der blev stukket for dybt i m. temporalis, og patienten udviklede en pneumothorax) og dårligt kendskab til aseptiske procedurer (behandleren havde berørt selve nålen, og der kom betændelse i området).

Imidlertid har to forholdsvis nylige undersøgelser (9,10) - baseret på 66.000 akupunkturkonsultationer - vist, at incidensen af mindre bivirkninger som for eksempel blødning, besvimelse etc. var 14 ud af 10.000 behandlinger. Der blev ikke rapporteret alvorlige bivirkninger. Ud fra disse undersøgelser må man sige, at akupunktur er en meget sikker teknik.

Referencer

- Stux G, Pomeranz B. 1987. Acupuncture. Textbook and atlas. Springer Verlag, Heidelberg.
- Veroux G, Percivalle V. Fundamental and scientific research in acupuncture. Acupun Med. 1988; 5(2): 12-4.
- Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction I. The trigger point manual. Williams & Wilkins, Baltimore; 1983.
- Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction II. The trigger point manual. Williams & Wilkins, Baltimore; 1992.
- Blom M, Lundeberg T, Dawidson I, Angmar-Månsson B. Effects on local blood flux of acupuncture stimulation used to treat xerostomia in patients suffering from Sjögren's syndrome. J Oral Rehabil. 1993; 20: 541-8.
- Anonymous. Essentials of Chinese Acupuncture. Foreign Language Press, Beijing. 1980
- Rosted P. (1996). Anvendelse af akupunktur i daglig klinik: en multicenter undersøgelse. Lægerne Ribe Amt; 16(3): 9-12
- Rosted P. (1997) Adverse reaction after acupuncture: A review. Critical Rev Phys Rehabil Med; 9(3&4): 245-64
- White A, Hayhoe S, Hart A, Ernst E. (2001). Survey of adverse effects following acupuncture: A prospective study of 32,000 consultations. Acup Med; 19(2): 84-92
- MaacPherson H, Thomas K, Walters S, Fitter M. (2001). A prospective survey of adverse events and treatment reactions following 34,000 consultations with professional acupuncturists. Acup Med; 19(2): 93-102

UDDANNELSE

Mange er af den opfattelse, at det er svært at lære akupunktur, og at det er nødvendigt at sætte sig ind i en masse uforståelige kinesiske begreber. Det er det ikke, og efter et kort træningsprogram, hvor de basale teknikker samt forsigtighedsregler bliver gennemgået, er det muligt at behandle simple lidelser. Naturligvis er det derefter nødvendigt med yderligere træning for at beherske teknikken på blot et rimeligt niveau.

Hvad angår uddannelse og oplæring af fysioterapeuter, kan man sige, at alle fysioterapeuter i princippet har den fornødne viden om anatomi og andre medicinske forhold, der gør det forsvarligt at lære og praktisere akupunktur inden for deres specielle virkefelt. ■



Dynamo Stol **DynamoSeat**®

Skab dit eget bedre arbejdsmiljø med Dynamo Stol

Besøg vores hjemmeside: www.dynamostol.dk

Dynamo Stol ApS Tlf: 46 75 09 70 E-mail: kontakt@dynamostol.dk

Struben lægges blot for kritik

Etiske retningslinjer er et redskab til at skærpe den gensidige kritik blandt fagprofessionelle, men må ikke være en sovepude

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO STEFAN KAI NIELSEN/POLFOTO,
TAMARA REYNOLDS/STONE

indgang

■ Danske Fysioterapeuter fik sit første sæt etiske retningslinjer i 1998. Nu skal de revideres for blandt andet at blive mere vedkommende som et redskab i den fysioterapeutiske hverdag.

Da Danske Fysioterapeuter sidste år afholdt den navnkundige Fagfestival var det under sloganet "Fra fag til profession". Og som Johnny Kuhr sagde i sin åbningstale er noget af det, der kendetegner en profession og gør den til mere end blot "et fag", at den har etiske regler for fagudøvelsen.

Et sådant sæt retningslinjer har fysioterapien ganske rigtigt. Nedsrevet i DF's håndbog, hvor de har været at finde side 1998; dog uden at være særlig kendt i den brede fysioterapeutiske befolkning, hvis man skal tro de forskellige projekter, der de senere år er skrevet om etik i fysioterapi på både master- og bachelorniveau.

Men det skal være slut nu, mener man i Danske

Fysioterapeuters etiske udvalg, der blandt andet har arbejdet med at revidere retningslinjerne for på den måde at gøre dem mere vedkommende.

ØGET AUTONOMI: FLERE DILEMMAER

Jeanette Præstegaard, der har skrevet master om etik i fysioterapi og er medlem af etisk udvalg i Danske Fysioterapeuter, forklarer at behovet for nye etiske retningslinjer blandt andet udspringer af, at fysioterapeutuddannelsen med uddannelsesreformen i 2001 har opnået anerkendelse som professionsbachelor, og fysioterapeuterne dermed har fået øget autonomi.

"Fysioterapeuter har formel ret, magt, pligt og ansvar for at prioritere indsatsområder i behandling og træning, sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til de ressourcer og muligheder, som den konkrete ►

CASE 1:

Karen Gottlieb er fysioterapeut på et plejehjem i Gentofte kommune. Her skal hun træne med fru X, en hemiplegiker. X synes, at øvelserne gør ondt og vil ikke være med. Karen Gottlieb forsøger at forklare, at øvelserne er vejen frem mod færre smerter og et bedre funktionsniveau, men der er ikke noget at gøre.

"Som fysioterapeut vil jeg jo gerne give patienterne det, jeg kan, og hjælpe dem til en bedre livskvalitet. Men patienten her var på grund af sin hjerneskade meget urealistisk omkring sin egen krop

og mærkede den forkeret. Hvis jeg skulle være fortsat med behandlingen, skulle jeg "overrule" hendes beslutning", fortæller Karen Gottlieb.

I overensstemmelse med plejepersonalet bliver behandlingen standset, og halvandet år efter har X taget 20 kg. på. Nu vil hun gerne op at gå, men det er i mellemtiden blevet helt urealistisk.

Set i bakspejlet mener Karen Gottlieb ikke, hun havde andet valg end at respektere patientens egen beslutning, men hun gjorde det ikke uden kamp, og

man kan sagtens vise patienten respekt ved at være uenig og forsøge at overtale, mener hun.

"Når jeg forsøger at forklare hende, hvilken betydning det vil få, hvis hun siger nej til behandling, viser det jo netop respekt for hendes intelligens". ■
Ville du selv have handlet anderledes, eller har du stået i et tilsvarende dilemma, du gerne vil diskutere med dine kolleger, så gå ind på www.fysio.dk og deltag i debatten om etik i fysioterapi



I casen på side 28 genoptrænes en ældre dement kvinde efter en sengeflugt og en hodefraktur - med det resultat, at hun bliver kvik nok til at foretage endnu en sengeflugt med en ny fraktur til følge. For hvis skyld er det, vi træner, og hvor går grænsen, spørger fysioterapeuten, der valgte at sige fra efter den tredje fraktur. Arkivfoto.



Etiske retningslinjer skal ikke bruges som en forestilling om det perfekte, men være fundamentet for en løbende diskussion, mener professor Ole Thyssen.



- ▶ situation fordrer. Denne øgede autonomi medfører flere komplekse etiske dilemmaer og ansvar i såvel de kliniske ræsonnementer som i praksis, som det er vigtigt, at vi forholder os til", forklarer hun.

Også "Lov om patienters retsstilling", og "Lov om patientforsikring", der er kommet til siden indførelsen af det første sæt retningslinjer i 1998, har givet anledning til en revision, ligesom der hos etisk udvalg er et ønske om, at Danske Fysioterapeuters etiske retningslinjer ligger tæt op ad WCPT's "codes of ethics".

Fakta om...

I april 2004 kom tre bachelorprojekter vedrørende etik i fysioterapi fra fysioterapeutuddannelsen i København:

- Etiske overvejelser hos fysioterapeuter som arbejder med hjerne-skadede voksne.
- Etik på klinik.
- Etik i idrætsfysioterapi.

Læs abstracts på www.ffy.dk/afhandling/bachelor/2004

MAN SKAL KUNNE KRITISERE HINANDEN

Ole Thyssen, der er professor på Handelshøjskolens institut for Ledelse, Politik og Filosofi, mener, at det vigtigste argument for at beskæftige sig med etikken i faget er at åbne for kritik i egne rækker.

"En professionsetik markerer, at der er noget, vi skal være opmærksomme på. Man lægger struben blot for kritik og åbner for gensidig kritik. Vi skal have lov at kritisere hinanden. Der vil dog altid være nogle, der ikke synes, det er interessant at diskutere værdier og etik, og som hellere vil passe deres arbejde. Det gælder især teknikere, men har man som fysioterapeut med andre mennesker at gøre, er etikken en del af professionen".

Særligt professioner, der arbejder med mennesker er forpligtet til hele tiden at diskutere relationen og

kan ikke bare blot forlade sig på en moralsk intuition, mener han.

"Forskellige fag må have forskellig etik, fordi de åbner for helt forskellige forhold mellem mennesker. Der kan være normale omgangsformer, der suspenderes i et professionelt forhold, og som derfor må omfattes af nye regler. En læge eller en fysioterapeut kan bede patienten tage tøjet af – det kan postbudet ikke, og det kræver, at lægen og fysioterapeuten har en anden opmærksomhed på forholdet til klienten, end det, postbudet har".

ETIK ER MODERNE

Netop lægerne kan med Hippokrates gå helt tilbage i historien, når de taler fagetik, mens andre professioner først i nyere tid har følt samme behov for nedskrevne etiske retningslinjer. På Internettet kan man således finde etiske retningslinjer for alt mellem himmel og jord, herunder banker, biblioteker, høreapparatchbranchen og FDB for blot at nævne nogle.

Det store boom i etik-interessen tilskriver Ole Thyssen det, han kalder "kravs-inflationen".

"Det er ikke tilstrækkeligt at forsøge at være saglig. Mennesker er blevet mere sensible over for krænkelse, patienterne finder sig ikke i ret meget. Ubehaget udtales frit, og det skærper opmærksomheden, så det, der før måske var en fælles tradition, som levede sit tavse liv, nu

CASE 2:

Elsebeth Thomsen er fysioterapeut på et plejecenter. Første gang hun møder Y, en gammel konfus kvindelig beboer, er Y lige blevet udskrevet fra hospitalet efter et bækkenbrud i forbindelse med et fald. Y blev genoptrænet og gik igen, men fik kort tid efter en femurfraktur efter at være klatret ud af sengen henover sengehesten.

Igen får Elsebeth Thomsen genoptrænet Y, og denne gang er det mere komplekst, da hun også har slået hovedet, men genoptræningsindsatsen bærer

frugt, således at Y kan foretage endnu en sengeflugt med en brækket arm og endnu en genoptræning til følge.

I forløbet har Elsebeth Thomsen flere gange spekuleret på, hvad det egentlig er, hun genoptræner Y til.

"På en måde er jeg jo med til at tilføre hende en smerteoplevelse, fordi hun med min genoptræning bliver i stand til at udsætte sig selv for at falde igen", siger Elsebeth Thomsen.

"Tidligere havde jeg en mandlig beboer, som jeg havde trænet med, så han

gik og gik og gik – helt op til motorvejen, hvor han tog bussen kun iført sko og blå ble. Jeg tror, der er overvejelser, man gør sig, når man arbejder med denne målgruppe: For hvis skyld er det, vi gør det, og hvor går vores egen etiske grænse".

Elsebeth Thomsen er klar over, at alternativet – at lade være med at træne og derved bevare en vis immobilitet – let kan opfattes som en slags spændetrøje, og hun tror derfor heller ikke på lette løsninger i form af generelle retnings-

får sat navn på. Det er ikke nok, at den professionelle er fagligt dygtig, der er også andre krav end de rent faglige - som respekt og kvalitet".

Mange gange er vores moralske intuition mere rig end vores ord, mener Ole Thyssen og nævner et ord som respekt som en værdi, der, når den bliver nedskrevet, ikke er særlig præcis.

"Mange ord i etiske retningslinjer bliver ofte meget banale, meget storslåede. Hvad vil det for eksempel sige at have respekt for patienten? Betyder det, at man kommer til tiden? At man vasker sig, så man ikke lugter af armsved, når man skal behandle, eller at man har taget alle de sidste videreuddannelseskurser, så man er up to date?", spørger han.

Af samme grund skal etiske retningslinjer ikke bruges som en forestilling om det perfekte, mener Ole Thyssen.

"Det fører blot til frustration, for vi bliver aldrig perfekte. Etiske retningslinjer, værdier eller hvad man nu vælger at kalde det, skal mere være fundamentet for en løbende diskussion af, hvad der ligger i ordene. Et ord som præcision er ikke det samme for en øjenlæge som for en rendegraver, men det kan være godt nok, så længe vi hele tiden diskuterer, hvad vi lægger i ordet. Man kan ikke blot ved at lave fælles retningslinjer få fri adgang til at parkere hovedet under armen. Værdierne skal holdes i kog, og organisationen skal aktivt fastholde og vedligeholde diskussionen om værdierne. Ellers stivner de. Det er ligesom hvis man bare siger ja i kirken og herefter er ligeglad med konen resten af livet".

linjer, men at man med kolleger, læge og pårørende må diskutere sig frem til fra gang til gang.

I tilfældet Y har Elsebeth Thomsens overvejelser ført til, at hun ikke træner med Y mere. Tiden bliver i stedet brugt til "behagelighedsoplevelser" som massage og en tur i skoven. ■

Ville du selv have handlet anderledes, eller har du stået i et tilsvarende dilemma, du gerne vil diskutere med dine kolleger, så gå ind på www.fysio.dk og deltag i debatten om etik i fysioterapi

DEBAT I HOVEDBESTYRELSEN

De etiske retningslinjer skal vedtages på repræsentantskabsmødet i oktober, men hovedbestyrelsen havde dem allerede til diskussion sit møde den 21. juni. Her blev de fremlagt af hovedbestyrelsens repræsentant i etisk udvalg, Brian Errebo-Jensen.

"Folk kender ikke de etiske retningslinjer. Vi skal mere ud over rampen, blandt andet ved at modernisere retningslinjerne", sagde han blandt andet.

Johnny Kuhr kaldte retningslinjerne "et godt og betydningsfuldt stykke papir, hvis det bliver kendt og regulerende for faglig udøvelse og den måde, man opfatter sig selv på".

Solvejg Pedersen fremhævede det vigtige i, at det fremgår af retningslinjerne, at man som ordentlig fagperson også siger nej nogle gange.

Patienter eller klienter

At der også kan være både etiske og politiske overvejelser i forbindelse med, hvilke ord man vælger at bruge, var diskussionen i hovedbestyrelsen et godt eksempel på. I forslaget til etiske retningslinjer opereres med fysioterapeutens relation til "patienten". Dette faldt nogle hovedbestyrelsesmedlemmer for brystet, da man ikke fandt, at ordet patient harmonerer med fysioterapeuternes arbejde med sundhedsfremme.

"Man er i 2004 nødt til at finde et andet ord for vores handleobjekter end patienter", som Johnny Kuhr formulerede det.

Tina Lambrecht mente, at patient stadig måtte være det bedst dækkende ord, mens Solvejg Pedersen indvendte, at man på hendes arbejdsplads, hverken må sige klient eller patient.

Se etisk udvalgs forslag til nye etiske

retningslinjer for fysioterapeuter på www.fysio.dk/fysioterapeuten/bilag til artikler

PROFESSIONSBEGREBERNE

I betydningen af ordet profession skelnes mellem to professionsbegreber: Det sociologiske professionsbegreb og det etiske.

I sociologisk forstand er en profession en erhvervsgruppe, der har opnået en særstatus i samfundet, og som blandt andet kendetegnes ved at have eneret på at levere bestemte ydelser, har en form for autorisation, har en grad af faglig autonomi og et kodeks for korrekt opførelse - for eksempel etiske retningslinjer.

Det etiske professionsbegreb knytter sig til de klassiske professioner. Her bygger hele deres virke på et etisk ideal som et overordnet mål for tjenesteydelserne. Kernen i de såkaldt etiske professioner er læge, lærer og advokat, og de etiske idealer er således helbredelse, menneskelig vækst og retfærdighed.

Både medlemmer af de klassiske professioner og af professioner i sociologisk og dagligdags forstand behersker og udøver en kunst, og den der udøver kunsten må bestræbe sig på at udøve den bedst muligt. Som noget særligt for de klassiske/etiske professioner gælder en særlig forpligtelse til hele tiden at stræbe efter at blive en god professionel, mens udøverne af de fleste professioner i dagligdags og sociologisk forstand kan overlade det til kunden at afgøre, om de har gjort et godt stykke arbejde.

I etiske professioner beskriver man professionsetikken inden for fire overskrifter: At gøre godt, ikke at skade, respekt for klienten samt retfærdighed.

Kilde: Jørgen Husted, professionsetik og lærergerning, www.dlf.org



Fysioterapeut, medlem af etisk udvalg Jeanette Præstegaard.

► EN VIGTIG FAGLIG DIMENSION

Etiske dilemmaer er med Jeanette Præstegaards ord uundgåelige i fysioterapi.

”Man kan godt sige, at etik langt hen ad vejen er noget, som opstår i mødet med konkrete erfaringer og i refleksionen over disse erfaringer. Etik er derfor først sekundært noget teoretisk og primært noget, som opstår, når vi forsøger at løse svære problemstillinger og dilemmaer og stille dem i en sammenhæng”, forklarer hun.

”I fysioterapien, hvor praktiske handlinger med andre mennesker er specialet, bliver etik en vigtig faglig dimension. Bevidst viden om, hvad der er etisk og uetisk handler om at kunne identificere en moralsk konflikt og kunne se, hvilke handlingsalternativer der findes i en specifik situation”.

Kernen i de dilemmaer, fysioterapeuten placeres i, er balancen mellem ansvarlighed for den professionelle faglige forpligtelse og omsorg for patienten, empatien, forklarer Jeanette Præstegaard.

”Når der opstår uenighed om, hvad der skal veje tungest i det konkrete tilfælde, vil det hjælpe at have værdier, som man er blevet enige om, er overordnet de andre. Dette er grundlæggende ens for alle sundhedsfaglige professioner, men vi kan ikke bare kopiere lægernes etiske retningslinier, idet fysioterapeutens autonomi, kontekst og vilkår er væsensforskellige fra andre sundhedsprofessioner. De etiske retningslinier er

nemlig med til at beskrive professionens egenforståelse af sit etiske ansvar”.

”Etiske retningslinier bidrager til at opstille grænser for professionen, men også til at afgrænse den i forhold til andre erhvervsgrupper. Man kan sige, at de etiske retningslinier regulerer fysioterapeuters forhold til patienter, klienter, kollegaer, professionen, arbejdsgiver, institutioner, samarbejdspartnere og andre professioner og samfundet”.

IKKE EN FACITLISTE

Etisk udvalg ser gerne, at fysioterapeuterne i fremtiden vil have de etiske retningslinjer ”tæt på sig”, som Jeanette Præstegaard formulerer det.

”Forskningsresultater viser, at fysioterapeuter - og andre sundhedsprofessionelle - ofte har meget svært ved at definere, hvornår en problemstilling er etisk, og ikke er en samarbejdsconflikt eller en psykologisk konflikt. Med de nye etiske retningslinier er det muligt at stimulere til diskussioner på klinikken, i fysioterapien, på grunduddannelsen og efter- og videreuddannelser om de etiske dilemmaer, fysioterapeuter kan komme i”, forklarer hun, men tilføjer, at retningslinjerne ikke skal forstås som en facitliste.

”Det er svært at give et kontant rigtigt svar i løsningen af etiske dilemmaer – det er jo netop det der forstås ved et dilemma”. ■

CASE 3:

Fysioterapeut Martin Egeberg arbejder med voksne udviklingshæmmede. En af hans patienter er en 39-årig mand, der er henvist af lægen til fysioterapeutisk træning. Også mandens forældre presser på for, at han skal trænes.

”Manden er ikke motiveret, hvis der bliver stillet for mange krav, men er heller ikke i stand til at forstå konsekvenserne ved manglende fysioterapi”, fortæller Martin Egeberg, der nærmest må skubbe og trække manden af sted til fysioterapien første gang. Da han endelig er i fysioterapien, vil han hverken deltage i træningen eller i udspændingen, og han tisser til sidst i bukserne i protest.

Martin Egeberg følte sig klemmt imel-

lem patientens ret til selvbestemmelse, forældrenes håb for sønnens bedring, deres kamp for hans rettigheder og lægens vurdering.

”Manden kunne ikke meget tydeligere sige fra. Han kommer stadig over til mig, men jeg presser ham ikke til noget. Nu har vi prøvet alt, vi kan tilbyde, uden at han har været villig til at deltage. Han skal derfor afsluttes, og læge og pårørende informeres om, at behandlingen ikke kan finde sted uden overgreb. Jeg kan ikke forsvare at give manden fysioterapi, da det ikke er en livsnødvendig behandling. Jeg må respektere, at det, der er godt for mig, ikke nødvendigvis er godt for andre”.

Oplevelsen har betydet, at Martin Egeberg i dag med det samme gør forældre og pædagoger opmærksomme på, at han ikke vil behandle folk, der ikke selv er interesserede i at deltage i behandlingen. ”Men der skal selvfølgelig prøves på forskellige måder, og jeg skal som fysioterapeut strække mig langt i den kreative proces for at finde den motiverende faktor, der gør at disse mennesker kan se et formål med træningen”. ■

Ville du selv have handlet anderledes, eller har du stået i et tilsvarende dilemma, du gerne vil diskutere med dine kolleger, så gå ind på www.fysio.dk og deltag i debatten om etik i fysioterapi.



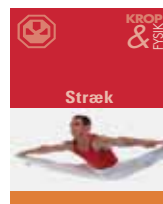
Fire nye pjecer

Danske Fysioterapeuter og Krop & Fysik tager hul på en helt ny serie pjecer, der skal give borgere og patienter information, råd og vejledning om, hvordan de kan tage vare på deres krop. Pjecerne, der er skrevet af fysioterapeuter alene eller i samarbejde med andre sundhedsfaglige professioner, kan benyttes på skoler, arbejdspladser, i idrætsforeninger samt i fysioterapien, hvor pjecerne kan bruges af fysioterapeuter som led i deres arbejde.

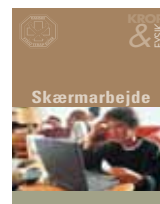
Pjecer



Seneste viden om træning af bækkenbundens muskler. Pjecen indeholder fakta, gode råd, illustrationer og øvelser.



Pjecen giver gode råd om udspænding, inkl. 12 øvelser. Pjecen kan bruges til genoptræning, forebyggelse, idræt og motion.



Gode råd om arbejdsrutiner og indretning af arbejdspladsen. Pjecen indeholder øvelser, der kan være med til at forebygge skader.



Seneste viden, gode råd om førstehjælp og forebyggelse, samt øvelser, der kan forebygge ryggener og mindske smerterne hvis skaden er sket.

Pjecerne er på 16 sider, med mange illustrationer og produceret i formatet 10 x 15 cm. Pris pr. pjece kr. 2,50,- inkl. moms.

Flere pjecer på vej

I løbet af efteråret 2004 vil der bliver produceret yderligere pjecer, bl.a.: Langvarige rygsmarter, Osteoporose og Nakkesmarter. Efterfølgende er det planen at lave 1-2 nye pjecer hvert år.

Plakat

Sammen med strækpjece er produceret en plakat med de 12 øvelser. Plakaten er lige til at hænge på væggen i træningssalen, i fysioterapiklinikken eller alle andre steder, hvor der trænes eller motioneres.

Kr. 99,-/stk.

Kampagnepris 229,-/3 stk. og 599,-/10 stk.



Stativ til pjecer

Der er produceret et stativ specielt til pjeceserien. Stativet har plads til 12 pjecer samt 2 magasiner i A4-format.

Str. på stativet: H: 162 cm, B: 56 cm, D: 9 cm. Pjecestativet er i et gedigent og tidsløst design, er lakeret i sølv-metallic og kan bestilles som gulv- eller vægmodel. Øverste modul på stativet er et udskifteligt felt til nyheder mv.

Bestil stativet inden den 1. oktober 2004 og få 15 stk. af hver af de fire nye pjecer gratis. Vægmodel kr. 2.999,- inkl. moms og ekskl. fragt. Tillæg for gulvmodel med hjul kr. 775,-



Læs mere om produkterne på www.krop-fysik.dk og www.fysio.dk

Bestilling

Pjecer, plakat og stativ kan bestilles på www.krop-fysik.dk og www.fysio.dk – eller ved at sende nedenstående bestillingsseddel på telefax 70 26 33 65 - udfyld venligst med blokbogstaver.

_____ stk. pjecer "Bækkenbunden"
_____ stk. pjecer "Stræk"
_____ stk. pjecer "Skærmarbejde"
_____ stk. pjecer "Akutte rygsmarter"
_____ stk. plakater "Stræk" (format 50 x 70 cm)
_____ stk. stativ til pjecer og magasiner

Navn: _____
Att.: _____
Adresse: _____
Postnr./by: _____
Tlf. nr.: _____

Bestillinger på pjecer og plakater tillægges et porto- og ekspeditionsgebyr på kr. 35,- uanset antallet.

Pilates med kvalitet, men kun til raske

ANMELDELSE *Pilates med kvalitet*
1. DVD *Fysioterapeut, Stott Pilates*
instruktør Lotte Paarup. 45 min.
Træningsprogram. www.denintelligentekrop.dk



DVD ■ Denne DVD er en teoretisk og praktisk indføring i Stott Pilates, som til forveksling ligner klassisk Pilates eller Body Control, selv om de internationale øvelses-

betegnelser er lidt forskellige. Vi bliver ført gennem 45 minutters øvelser med instruktør og elev. Man fornemmer den koncentration og ro, der skal til for at opnå resultat med øvelserne. Dette understøttes af en god stemme, som for en gangs skyld kan udtale Pilates korrekt, og velegnet musik. Den er inddelt i ni opvarmingsøvelser à fem gentagelser, 12 basisøvelser à 10 gentagelser og fire udspændingsøvelser, i et tempo så man kan nå at følge med på gulvet derhjemme.

Det er vigtigt for os som fagpersoner at gøre klart, hvem målgruppen er. "Til dig der vil træne Pilates med kvalitet", reklameres der med; og hvem er så det? Opvarmningen er for alle, unge, gamle, smertepatienter etc., men basisøvelserne bliver hurtigt sværere. Min praktiske erfaring med holdtræning for øvede pilatesudøvere er, at kun 10-15 af en gruppe på 80 elever (patienter i alle aldre og funktionsniveauer) ville kunne gennemføre hele programmet med alle gentagelser uden efterfølgende gener eller uden at udføre dem forkert.

Øvelsernes udgangsstillinger skifter konstant, så der er ikke tænkt på personer med akutte eller kroniske smerter eller på ældre mennesker. Målgruppen er altså en rask

almindelig trænet person uden nævneværdige skavanker. Der gives eksempler på progression af øvelserne, men kun til et sværere niveau. Der mangler alternative udgangsstillinger, for at øvelserne er velegnede til folk med ledproblemer og småskavanker, eksempelvis nedsat bevægelse i skulderled, hoftelid eller lænd. Ind imellem mangler jeg en forklaring af formålet med øvelserne f.eks. for at imødegå indlæringsfejl. Pilates er ikke kun tænkt som et øvelseskoncept for de dybe mave- og rygmuskler. Pilates er for kroppen som helhed og er karakteriseret ved en integrering af muskelbalance i holdning og i funktion., mens øvelserne på DVD'en tilsyneladende læner sig op af mere styrkepræget træning, hvorved det grundlæggende princip om økonomisk brug af musklerne går tabt. Nøgleordene fokusering og koordination fremhæves, men afspænding, flydende bevægelser og holdning er lige så vigtige.

Beskrivelsen af bækkenets neutralstilling er udmærket, men vises kun i rygliggende. Det kræver megen instruktion under træningen at kunne gøre det samme i f.eks. sideliggende, knæfirstående eller stående.

DVD'en kan anbefales til den, der på forhånd har stiftet bekendtskab med Pilates og kan være en inspiration til instruktører med erfaring i Pilates. Hos udøver kan den fungere som opfølgning, men Pilates er et system der kræver personlig instruktion, lang tids øvelse, og korrektion. Det kan ikke læres via video eller bøger.

ANMELDT AF HELLE GROVE
Fysioterapeut, Pilatesinstruktør, Mårset Fysioterapi

bøgerm.m.

Børn ■ "For tidligt fødte børn" handler om, hvordan disse fysiske og psykiske symptomer kan forstås som en følge af den for tidlige og hårde start. Den gør dermed opmærksom på et overset problem. Bogen indeholder mange praktiske råd, et kapitel om offentlig støtteforanstaltninger til familierne og en gennemgang af ny dansk og udenlandsk forskning på området.

Jonna Jepsen "For tidligt fødte børn. Usynlige senfølger. Hans Reitzels Forlag. ISBN 87-412-2305-5. Pris 228 kr. i.m. 224 sider.



Teknik ■ Undersøgelsesteknik beskriver relevante kliniske undersøgelser og differentialdiagnoser ved symptomer fra arme, ben og ryg. Den omtaler akutte skader og mere gradvist opståede belastningsskader. Bogen foreligger i en ny revideret og ret lækker udgave. 400 illustrerede stregtegninger.

Overlæge dr.med. Bengt Lund "Undersøgelsesteknik – ortopædkirurgi" Forlaget IBL, tlf. 8683 6840. Pris 285 kr. 160 sider.



Sygdomme ■ 35 forfattere fra hele Norden har bidraget med deres viden om "vensjukdomar". Bogen er både opslagsbog for læger, specialister samt lærebog for lægestuderende.

Lars Norgren, professor m.fl. "Vensjukdomar". Studentlitteratur ISBN 91-44-02489-4. 304 sider 1.

oplag. www.studentlitteratur.se



Hjernen ■ En grundbog i neuropædagogik med fokus på det særligt menneskelige. De væsentligste aspekter ved hjernens opbygning og funktion beskrives med henblik på at inspirere til, hvordan man kan planlægge og gennemføre et neuropædagogisk forløb, der frem-

mer læring hos eleven.

Kjeld Fredens "Mennesket i hjernen" System forlag ISBN 87-7675-004-3. Pris 200 kr. i.m. 160 sider

30 minutter om dagen

ANMELDELSE Træningsprogram på DVD med 30 min. fysisk aktivitet. Birgitte Nymann og fysioterapeut Lotte Paarup. www.denintelligentekrop.dk



DVD ■ Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at alle voksne bør have en halv times akkumuleret fysisk aktivitet af moderat intensitet dagligt, har Lotte Paarup og Birgitte Nymann lavet et træningsprogram på DVD, der hedder "30 min. fysisk aktivitet".

Træningsprogrammet er opbygget som et cirkelprogram, sammensat af opvarmningen efterfulgt af vekslen mellem tre gange styrketræning og to gange konditionstræning inden de afslutter med udstrækning.

I seancerne med konditionstræning er kredsløbspåvirkningen høj nok til at kunne forbedre konditionen hos mennesker med lavt til moderat aktivitetsniveau og dermed have en sundhedsfremmende effekt.

Til gengæld savnes der mere intensitet i styrketræningsdelen, især i forhold til at få det optimale ud af opbygningen som et cirkeltræningsprogram, hvor styrketræningen skal bruges til at opretholde den konditionsgivende kredsløbspåvirkning. Øvelsesvalget er rigtig godt med fokus på funktionelle øvelser, kropsholdningen og balancetræning, men vejledning i øget belastning evt. ved hjælp af elastikker vil være fint som progression og gøre øvelserne mere effektive idet de største styrkefremgange opnås ved et lavere antal gentagelser med en højere belastning. Det skal dog siges, at for en helt utrænnet person er niveauet og intensiteten fin.

Træningsprogrammet kan uden problemer udføres på stuegulvet. Lotte og Birgitte supplerer hinanden godt med instruktionerne som er gode og let forståelige. Desuden evner de at give træningsprogrammet et motiverende løft med deres spontane snak og meget afslappede facon.

"Rør dig 30 min. om dagen" er et velegnet træningsprogram til inaktive samt let aktive individer, som for at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal motiveres til at lave en halv times fysisk aktivitet af moderat intensitet dagligt.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT METTE NYBERG

Lidt mere humør, tak

ANMELDELSE Brug din krop. En motionsvideo til mennesker med psykiske sygdomme og problemer. Projektkoordinator Heidi Krumhardt Jensen. PsykiatriFondens Forlag, 26 min. Pris: VHS 95 kr. /DVD 145 kr. Kan købes hos PsykiatriFondens forlag.

DVD/VHS ■ Patienter med psykiatriske lidelser har en overdødelighed som følge af livsstilsrelaterede sygdomme. En del af denne overdødelighed kan relateres til inaktivitet og overvægt, der delvis skyldes at den medicinske behandling kan medføre store vægtøgninger. Fysisk inaktivitet blandt mennesker med psykiske problemer og sygdomme er beskrevet og alment kendt i psykiatrien, selvom der er begrænsede videnskabelige data om emnet.

Alle tiltag der kan forebygge og/eller behandle ovenstående problem er således mere end velkomne. Motionsvi-

deoer "Brug din krop" er et sådant tiltag. Videoen er udviklet af fysioterapeuter med erfaring fra psykiatrien og kan benyttes af alle uanset træningsniveau, i hjemmet eller på psykiatriske væresteder og afsnit. Jeg har afprøvet motionsvideoen sammen med to kolleger og seks patienter indlagt på psykiatrisk afdeling. Motionsvideoen fungerer i praksis!

Videoen varer godt en halv time, og indledes med en introduktion om motions betydning for vores psykiske og fysiske velvære. Efterfølgende præsenteres træningsprogrammet, som er traditionelt opbygget med opvarmning, pulstræning og udspænding. Øvelserne er taget fra den traditionelle aerobic træning og er tilpasset et niveau, de fleste kan være med på.

Programmet indeholder seks dele: Stræk, benøvelser, puls op, sving, stoleøvelser og igen stræk. Hver del indledes med en kort introduktion, og alle øvelser illustreres og udføres af instruktøren og en bruger. Der er, når det er relevant, alternative øvelser.

Programmet udføres i en nedlagt lagerhal, og selvom der ligger træningsudstyr på gulvet, finder jeg, at de triste omgivelser skæmmer. Personligt havde jeg hellere set programmet udført på en græsplæne på en solskinsdag.

Vi afprøvede træningsprogrammet med patienter fra vores løbehold som alternativ til holdets traditionelle opvarmning. Patienterne var godt tilfredse. Efter deres mening var øvelserne gode og sværhedsgraden i orden. Instruktøren og brugeren er nærværende og inspirerende. De var i midlertidig ikke imponerede over kravet til deres kondition. Det skal her pointeres, at patienterne, der deltog netop denne dag, var patienter der i forvejen havde en god kondition. Programmet er efter min mening gennemtænkt og godt instrueret. Instruktøren er en inspirerende underviser og en stor motivationsfaktor. Instruktionerne er klare og præcise og udføres perfekt. Videoen mangler dog lidt opfindsomhed. Den er ikke så levende som jeg havde håbet og mangler lidt kreativitet og humør - noget der giver lyst til at følge motionsprogrammet igen og igen.

Men motionsvideoen kan anbefales til alle der arbejder med mennesker inden for psykiatrien, selv ser jeg frem til DVD-udgavens special edition.

ANMELDT AF
FYSIOTERAPEUT
KIM HOLMSTED



bøgerm.m.

Indlejerprovisionen er for høj

Indlejerne bør have **indsigt** i klinikernes økonomi. Ikke alle klinikker kan koste det samme at drive.

DEBATINDLÆG
AF ALLAN T. MADSEN
ILLUSTRATION: PETER M. JENSEN



! Den følgende skrivelse skal ses som et debatindlæg og et diskussionsemne, ikke kun blandt medlemmerne – men også i DF og amtets sundhedsudvalg.
Indlejerprovision på 40 procent - 45 procent - 50

procent... Disse ord bliver mange nye klinikfysser mødt med, når de er til jobsamtale på den klinik, de nu engang har søgt arbejde på. Men er dette tal et udtryk for de omkostninger, der reelt er forbundet med at drive klinikken, eller er tallet mere et udtryk for en kartellignende tilstand, der kendetegner klinikkerne på landsplan og det faktum, at der bliver uddannet flere fysser, end der er jobs?

40 procent er ca. det beløb, som det offentlige giver i tilskud. Dvs. at klinikejeren som minimum høster alle offentlige tilskud til klinikken og derfor skummer fløden på det offentliges bekostning.

Ikke alle klinikker kan være lige dyre at drive. Nogle er store med sekretær på fuld tid; der er træningscenter og computer til hver fysioterapeut. Andre er små, uden sekretær og uden computer. Disse to klinikker kan ikke koste det samme at drive, men alligevel er indlejerprovisionen tit den samme!

Er vi kommet til et tidspunkt, hvor der ved en jobsamtale skal foreligge et regnskab fra klinikens side, så man kan få en indsigt i klinikens økonomi, og skal regnskabet fremlægges indlejerne hvert år? Det er jo trods alt vores penge, der bruges til driften!

Ydernumrene bliver ikke bare brugt som en handelsvare, men også som et middel til økonomisk gevinst. Men er det fair over for os, der ikke kan få et ydernummer af amtet, men gerne vil drive vores egen klinik, at vi ikke kan gøre det på lige konkurrencevilkår?

Ydernumrene er blevet en handelsvare, der sælges til højstbydende, men kan man sælge et ydernummer, som man har fået forærende af amtet, eller skal det for fremtiden returneres til amtet og gives ud igen, eller skal alle kunne åbne en klinik og få tilskud, og så må de bedste overleve og de dårligste lukke igen? ■

 Sundhedsstyrelsen

ÅRSMØDE OM MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING OG EVALUERING • 2004

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen inviterer til:

ÅRSMØDE
onsdag den 6. oktober 2004
kl. 10.00 - 16.00

Sted: Radisson SAS Skandinavia Hotel i Århus

Temaet for årsmødet er:
MTV i driften
- planlægning, ledelse og klinik

Få mere information på www.cemtv.dk

<http://www.sst.dk/Nyheder/>

EKSTRA - Basisuddannelse Træningsinstruktør efteråret 2004

Grundet den store efterspørgsel til Basisuddannelse Træningsinstruktør før sommeren, har vi besluttet at afholde en ekstra uddannelse senere på året. Uddannelsen er af 50 timers varighed med fokus på kvalitativ programlægning, og udgør en grundlæggende ballast for al videregående uddannelse indenfor træning og sport.

Uddannelsen foregår i København, fordelt på dagene i perioden fra 18. til 26. oktober i tidsrummet fra kl. 9-17

NYHED!! - PROa Pilates Uddannelse på dansk

Som et nyt tiltag udbyder PROacademy nu deres egen Pilates uddannelse, med danske undervisere og undervisningsmateriale på dansk. Uddannelsen tager udgangspunkt i den moderne udvikling af Joseph Hubertus Pilates' originale principper og tilgodeser såvel individuel Pilatestræning som holdtræning og Pilates anvendt som terapeutisk redskab.

Uddannelsen indeholder 50 timers undervisning og undervises af Birgitte Nymann & fysioterapeut Lotte Paarup.

Se mere omkring kurser og uddannelse på - www.proacademy.dk

HUSK tilmelding til Trænings- og Rehab Kongres 2004 senest den 9. september!!

Funktionel træning

Exercise Ball - Fitness Kr. 975,-

- Glostrup Søndag 26. september 2004 kl. 10-17

Trænings- & Rehab Kongres 2004 Kr. 1.975,-

- Herning 30. og 31. oktober 2004 SKYND DIG -få pladser!!!!
Rekvirer specialbrochure!

Basisuddannelse Træningsinstruktør Kr. 8.500,-

- København i alt 50 timers komplet uddannelse
18. oktober - 26. oktober 2004 kl. 9-17
Rekvirer specialbrochure!

PROa Pilates uddannelse Kr. 12.000,-

- København i alt 50 timers komplet uddannelse
15. november - 26. november 2004 kl. 12-17
Rekvirer specialbrochure!

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

Trænings- & Rehab Kongres 2004



SKYND DIG! - der er stadig få pladser!!

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!!

KURSUSKATALOG 2004

- Bestil dit eksemplar på www.proacademy.dk -

