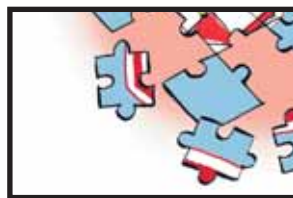


Nr. 17/september/2004
86. årgang



New look

Repræsentantskabsmødet skal blandt andet drøfte foreningens værdier, struktur og navn.
Side 16

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

Hovedpine

Patienterne uddannes i egen sygdom på Dansk Hovedpinecenter.

SIDE 4



Artikler

Fysioterapi i Dansk Hovedpinecenter



I artiklen præsenteres en oversigt over hovedpineområdet, og der gives en beskrivelse af det fysioterapeutiske tilbud til patienter i Dansk Hovedpinecenter.

4

Repræsentantskabsmøde



I en række artikler gennemgås de forslag, der er fremsat forud for Danske Fysioterapeuters repræsentantskabsmøde den 22.-23. oktober i Odense. Læs blandt andet om forslaget til ny struktur, to

forslag om nyt navn og forslag til fælles værdier.

16-24

Højere honorarer og pension



Honorarerne forhøjes, rammen for den vederlagsfri fysioterapi udvides, og der indføres obligatorisk pensionsordning for nye ydere. Det er hovedresultatet af en ny treårig aftale på praksisområdet.

26

Fokus på fysioterapien



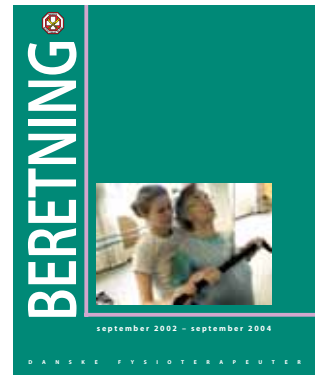
Med en systematisk fysioterapeutisk screening af alle relevante patienter på akut modtageafdeling på Slagelse Sygehus er der kommet fokus på fysioterapien og sat

skub i det tværfaglige samarbejde

28

Se foreningen i kortene

Med dette blad følger beretningen om foreningens virksomhed i de to år, der er gået siden sidste repræsentantskabsmøde. Medlemmer, der af en eller anden grund ikke har modtaget beretningen, eller som hellere ville have haft den lange udgave, som repræsentanterne får, opfordres til at kontakte foreningen på 3341 4620 eller klikke ind på www.fysio.dk/foreningen, hvor dels beretningen, dels alle forslag fremsat til repræsentantskabsmødet kan downloades.



Det faste

| | |
|---------------|----|
| Litteratur | 14 |
| Fysnyt | 25 |
| Debat | 31 |
| Opslagstavlen | 32 |
| Kalender | 34 |
| Uddannelse | 37 |
| Job | 41 |



FORSIDE:
HENRIK SØRENSEN/
SCANPIX

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 9.383
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2003 - 30. juni
2004

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

Ny praksisoverenskomst

Den nye overenskomstaftale for praktiserende fysioterapeuter er endnu et skridt i den rigtige retning. Aftalen giver acceptable forbedringer af økonomien med 8,7 procent og en samlet indbetaling på 3,5 million kroner til praksisfonden til fortsat faglig udvikling. Spørgsmål om indførelse af nye dokumenterede behandlingsformer placeres i et fagligt organ, og som noget ganske nyt indføres en obligatorisk erhvervsudygtighedsforsikring for alle ydere og en minipensionsordning for nye praktiserende.

Udgangspunktet for forhandlingen denne gang har måske været vanskeligere end nogen sinde. Regeringens skattestop dæmper effektivt op for en stigning i de offentlige udgifter, og der er bebudet en vækst på kun 0,5 procent om året i den offentlige økonomi. Dertil skal lægges amternes meget stramme økonomiaftaler med regeringen, så Sygesikringen spillede ud med småjusteringer af gældende aftale.

Derfor var det heller ikke muligt at ændre reglen, der giver Sygesikringen mulighed for at nedsætte honorarerne, hvis det i gennemsnit bliver dyrere at behandle patienterne. Dog fik vi forhøjet rammen for vederlagsfri fysioterapi med 4,2 millioner kroner og dermed mindsket risikoen for takstnedsættelse. Men det ændrer ikke på, at vi fortsat er nødt til at foretage en meget stram økonomistyring gennem overenskomstens informations- og kontrolbestemmelser.

Som ved tidligere overenskomstforhandlinger havde vi også denne gang en række krav baseret på den faglige udvikling. Eksempelvis et krav om tilskud til laserbehandling og en udvidelse af indikationsområdet for biomekanisk bevægelsesterapi til også at omfatte kardio vaskulær patologi. Kravene blev afvist i forhandlingerne og i stedet overgivet til et særligt fagligt organ med deltagelse af Sundhedsstyrelsen. Det kan give en mere dynamisk procedure for indførelse af ny behandling og ydelser i løbet af overenskomstperioden.

En nyskabelse i overenskomstsammenhæng er en mindre erhvervsudygtighedsforsikring og en obligatorisk minipensionsordning for nye ydere. De seneste omkostningsundersøgelser har vist, at praktiserende fysioterapeuter sparer foruroligende lidt op til alderdommen. Vel vidende, at det er et indgreb i den enkeltes dispositionsret, finder forhandlingsudvalget det så vigtigt at rette lidt op på det faktum, at man har ønsket denne ordning. Ordningen er da også meget beskeden, men man har mulighed for frivilligt at indbetale mere.

Det er i hovedindholdet i den nye overenskomst, som kan træde i kraft 1. januar. Aftalen sendes til urafstemning hos medlemmerne. Forhandlingsudvalget på sygesikringsområdet har indstillet overenskomsten til hovedbestyrelsen, som har godkendt resultatet og anbefaler medlemmerne at stemme ja.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Fysioterapi i Dansk Hovedpinecenter

I artiklen præsenteres en oversigt over hovedpineområdet, og der gives en beskrivelse af det fysioterapeutiske tilbud til patienter i Dansk Hovedpinecenter

AF FYSIOTERAPEUTERNE HELLE SØBERG RECHTER OG
HELLE FRAUSING HANSEN, DANSK HOVEDPINECENTER,
NEUROLOGISK AFDELING, KAS GLOSTRUP
FOTO JENS HASSE/CHILI

Hovedpinesygdomme er almindeligt forekommende, og da næsten alle har oplevet at have hovedpine, må det betegnes som en folkesygdom. De fleste har dog

hovedpine så sjældent, at det ikke udgør et sundhedsmæssigt problem, men for patienter med kroniske hovedpinesygdomme eller hyppig migræne medfører hovedpinen ofte både et væsentligt nedsat funktionsniveau og forringet livskvalitet (54). Samtidig er hovedpinesygdomme socioøkonomisk et stort problem, der for eksempel udgør 20 procent af alt sygefravær (55). En befolkningsundersøgelse viste i 1992, at hovedpinesygdomme alene i Københavns Amt var skyld i 300.000 tabte arbejdsdage årligt (53). Det svarer på landsplan til 3 millioner arbejdsdage om året.

Både ud fra et socioøkonomisk og et menneskeligt perspektiv synes det derfor oplagt at tilbyde patienter med kroniske eller svært behandlelige hovedpinesygdomme en tværfaglig behandling - og det er netop, hvad Dansk Hovedpinecenter (DHC) gør.

I denne artikel præsenteres en oversigt over hovedpineområdet, og dernæst beskrives DHC's funktion og arbejdsgrundlag: Hvad er det for en form for fysioterapi, som DHC tilbyder?

EVIDENSBASERET

Dansk Hovedpinecenter (DHC) er et tværfagligt behandlings- og forskningscenter for sjældne og svært behandlelige hovedpinesygdomme. Centret, der åbnede officielt i august 2001, har lands- og landsdelsfunktion. Den faglige tilgang i DHC baseres på mange ▶

indgang

■ Hovedpine er en folkesygdom, som udgør et betydeligt socioøkonomisk problem. Mange hovedpineramte vælger fysioterapi som første behandlingsvalg, men hvordan behandler vi hovedpine fysioterapeutisk?





- ▶ års internationalt anerkendt forskning og også i den fysioterapeutiske funktion er dokumentation derfor et essentielt udgangspunkt.

fakta om...

IHS-klassifikation af spændingshovedpine (TH) og migræne:

Spændingshovedpine har typisk mindst to ud af fire smertekarakteristika:

- bilateral lokalisering
- pressende/trykkende smertekvalitet
- mild/moderat intensitet
- ingen forværring ved fysisk aktivitet

samt

- højest et ledsagesymptom (fotofobi, fonofobi og let kvalme)
- anfaldsvarighed \geq 30 min.

Spændingshovedpine findes i tre former, der adskiller sig i frekvens: infrequent < 1 dg./md; frequent (=hyppig) >1 men < 15 dg./md og kronisk > 15 dg./md.

Migræne har typisk mindst to ud af fire smertekarakteristika:

- unilaterale lokalisering
- pulserende/dunkende smertekvalitet
- moderat/svær intensitet
- forværring ved fysisk aktivitet

samt

- mindst et ledsagesymptom (fotofobi, fonofobi og kvalme/opkastning)
- anfaldsvarighed 4- 72 timer

Der findes endvidere flere subgrupper inden for migræne, bedst kendt er distinktionen ml. migræne med og uden aura, men i relation til fysioterapi har dette ingen praktisk betydning.

Til centrets daglige funktion er tilknyttet læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og sekretærer, og der er herudover samarbejde med en tandlæge med specialiseret ekspertise i bidfunktion.

Centret var oprindeligt normeret til 700 nye patienter om året, men er siden udvidet til at kunne modtage 1000 nye patientforløb årligt. Forløbene er primært ambulante, men i særlige tilfælde med komplicerede hovedpinesygdomme kan indlæggelse tilbydes.

Årligt henvises cirka 450 patienter til fysioterapi i DHC. Det drejer sig primært om patienter, som har kronisk eller hyppig episodisk spændingshovedpine (chronic tension-type headache/CTH; episodic tension-type headache/ETH) samt patienter med kombination af CTH og migræne eller TH (spændingshovedpine) og Hortons hovedpine. Endvidere ses en del patienter med hovedpine på posttraumatisk baggrund samt patienter med hovedpine kombineret med mastikatoriske problemstillinger.

KLASSIFICERING

Forudsætningen for en effektiv tværfaglig teamindsats og dermed også for et effektivt fysioterapeutisk forløb er den indledende klassificering af hovedpine-symptomerne:

I Dansk Hovedpinecenter anvendes IHS-kriterierne (International Headache Society), idet disse i praksis er let anvendelige og anvendes både nationalt og internationalt (49). Klassifikationsmodellen har baggrund i eksisterende evidens, og klassificering sker ud fra kliniske karakteristika, som er enkle at anvende i hverdagen: Smertelokalisering og -kvalitet, intensitet, frekvens, varighed og følgesymptomer.

Af særlig relevans for fysioterapeuter er distinktionen mellem spændingshovedpine og migræne samt kendskab til medicin fremkaldt hovedpine, som beskrives nedenfor. Især inden for kiropraktik, men også i fysioterapeutiske kredse eksisterer endvidere en omfattende diskussion vedrørende klassifikation

og behandling af cervikogen hovedpine. Den interesserede læser henvises imidlertid til anden litteratur for en udførlig beskrivelse af denne type hovedpine, idet en sådan beskrivelse er uden for denne artikels sigte. Cervikogen hovedpine udgør i øvrigt ingen større diagnosegruppe i DHC.

MEDICINFREMKAJDT HOVEDPINE

Medicinfremkaldt hovedpine ses hos en tredjedel af centrets patienter, og det er kendt, at medicinsanering er en forudsætning for at præcis(e) diagnose(r) og efterfølgende specifik behandling kan have effekt (50) - også for det fysioterapeutiske forløb.

Medicinfremkaldt hovedpine er en sekundær hovedpine, det vil sige en hovedpine som kan tilskrives en anden oprindelse, der dokumenterbart kan udløse hovedpine (for eksempel medicin, infektion, traume eller psykiatri). Den medicin fremkaldte hovedpine opstår oftest hos patienter med migræne eller spændingshovedpine, som behandler denne med et uhensigtsmæssigt stort medicinindtag (det vil sige smertestillende anfaldsmedicin minimum 15 dg./mdl. eller migræneanfaldsmedicin minimum 10 dg./mdl.) i mindst tre måneder.

Behandlingen er altid totalt medicinstop i 1-2 måneder før stillingtagen til videre behandlingsplan, for eksempel iværksættelse af fysioterapi (63), da den daglige hovedpine og migrænen ved sanering ofte svinder betydeligt eller hovedpinemønsteret på anden vis ændres markant.

SPÆNDINGSHOVEDPINE OG MIGRÆNE

De hyppigst forekommende primære hovedpineformer er spændingshovedpine (TH) og migræne (M). Fra et stort antal klinisk kontrollerede og epidemiologiske undersøgelser ved vi, at spændingshovedpine og migræne er to forskellige typer hovedpine, klinisk såvel som patofysiologisk, selvom de ofte optræder hos den samme person (28). Det er dog kendt, at patienter ofte

fakta om...

Spændingshovedpine kontra migræne

- BK Rasmussen skriver, at "...data indicate some type of relationship between migraine and tension-type headache, but not likely a causal one. It has been suggested that severe tension-type headache precedes the onset of migraine rather than migraine disposing to more and severe frequent tension-type headache, but scientific evidence for this suggestion is lacking" (52).
- Undersøgelser viser, at diverse biokemiske og vaskulære forhold er anderledes v. spændingshovedpine end ved migræne, f.eks ses der kun ændrede cerebrovaskulære forhold ved migræne; og kun ændret myofasciel nociception ved spændingshovedpine (30, 3).

har vanskeligt ved at karakterisere og skelne mellem hovedpineformer, og at mange derfor opfatter migræne og spændingshovedpine som et kontinuum på samme skala. Det er ligeledes kendt, at det ved velklassificeret hovedpine indimellem ses, at migræne optræder før eller efter spændingshovedpine.

Differentiering mellem migræne og spændingshovedpine er særlig interessant for vores faggruppe, idet der ikke er evidens for, at fysioterapi kan afhjælpe migræne, mens der er sparsom evidens for at fysioterapi kan afhjælpe kronisk spændingshovedpine (67). Erfaring fra klinisk praksis er heldigvis mere opmuntrende.

FOKUS PÅ SPÆNDINGSHOVEDPINE

Patogenesen bag spændingshovedpine er fortsat uafklaret trods mange års forskningsindsats på området, men myofascielle forandringer antages at være en væsentlig faktor (28). Der er dermed et rationale for, hvorfor fysioterapi hyppigt er førstevalgsbehandling til diagnosegruppen (14).

Det er dokumenteret, at der hos patienter med kronisk spændingshovedpine er udbredte myogene forandringer i form af øget muskelømheden i og uden for anfald samt nedsat smertetolerance. Forandringerne kan tilskrives en kombination af perifere og centrale mekanismer:

- Lokal og reversibel sensitisering af nociceptorer især i de perikranielle muskler (27).
- Segmental central sensitisering.

I visse tilfælde sker en segmental central sensitisering (6, 28), hvor en mangelfuld supraspinal modulation af de indadgående stimuli sandsynligvis er en væsentlig faktor (28). Der forskes i disse år indgående i central sensitisering, idet mange faktorer endnu er ukendte: Hos hvem optræder fænomenet, hvad fremkalder det, og hvornår i smerteforløbet opstår centraliseringen?

Kronisk TH optræder hos tre procent af befolkningen og halvdelen af denne gruppe har daglig hovedpine. Som ved andre kroniske smertetilstande gælder det i øvrigt, at kronisk TH er mere udbredt blandt kvinder end mænd, og TH ses hyppigst i aldersgruppen 30-39 år (54).

FYSIOTERAPI MED FOKUS PÅ EVIDENS

Det er et paradoksalt faktum, at kun 16 procent af personer med spændingshovedpine søger egen læge på grund af hovedpine (54), uanset at mange som nævnt oplever, at hovedpinen påvirker det daglige funktionsniveau væsentligt. Det er ligeledes kendt, at kronisk spændingshovedpine oftest udvikles på baggrund af episodisk spændingshovedpine (28).

På den baggrund står det klart, at der ligger et væsentligt fysioterapeutisk indsatsområde i gruppen ▶

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

- ▶ af patienter, der har episodisk spændingshovedpine og dermed har øget risiko for udvikling af kronisk spændingshovedpine med mulig sensitisering, idet både kronificering og sensibilisering logisk set forringer prognosen for symptomlindring/helbredelse væsentligt!

En litteratursøgning på effektdokumentation af fysioterapeutisk behandling til personer med spændingshovedpine giver desværre et sparsomt resultat på hovedpineområdet:

I søgebaserne Pubmed og PEDro søgtes på diverse varianter af søgeordene "tension-type headache" kombineret med "physiotherapy" og "RCT". Vi fandt i alt 26 relevante artikler (af varierende metodisk kvalitet), som kategoriseres efter indhold i tabel 1.

TABEL 1

| Kategorisering af intervention | Antal RCTs | Reference-nr. |
|---|------------|---------------------|
| Aktive øvelser | 5 | 12, 13, 15, 22, 67 |
| Afspænding m./u. biofeedback | 1 | 61 |
| Massage | 1 | 51 |
| Manipulation | 6 | 7, 8, 9, 20, 24, 71 |
| Elektroanalgetisk behandling | 4 | 1, 2, 64, 73 |
| Akupunktur | 5 | 19, 23, 35, 40, 66 |
| Andet, uden relevans i denne sammenhæng, jvf. evt. referencer | 4 | 36, 37, 56, 75 |

Vi fandt ingen undersøgelser, som sammenligner effekten af forskellige aktive, fysioterapeutiske behandlingsformer. I de undersøgelser, hvor interventionen baseres på en aktiv indgangsvinkel, omfatter forløbet varierende aktive øvelser med fokus på holdningskorrektur, udspænding, isometriske øvelser for nakke/skulderåg, afspænding og automassage.

Det kan fremhæves, at der i både Carlssons (12, 13, 15) og i Hamills (22) undersøgelser vægtes et edukativt element, hvor den enkelte lærer at identificere og mestre faktorer, som kan udløse/forværre smerten.

Undersøgelserne oplyst under "aktive øvelser" i tabel 1 er ikke direkte sammenlignelige i hverken intervention eller effektparametre, men på varierende effektparametre viser følgende undersøgelser effekt: Reduceret hovedpinefrekvens (12, 22, 67); reduceret hovedpineintensitet (12, 13, 15); reduceret analgetika-indtag (13) samt diverse andre parametre vedrørende fysisk og psykisk velbefindende/funktionsniveau (22, 12, 15).

Andre evidensområder er interessante i behandlingen af hovedpinepatienter, idet disse i vores regi ofte har

flere smerteproblestillinger (for eksempel nakkegener, lændegener eller mastikatoriske problemstillinger), men det er for omfattende et område at behandle i nærværende artikel.

Som det fremgår af ovenstående giver litteraturen ikke solid basis for fysioterapi med et evidensbaseret udgangspunkt. At DHC's tværfaglighed samtidig er baseret på evidens, stiller os i et fysioterapeutisk dilemma, som mange kolleger vil genkende: Vi skal dokumentere vores kunnen, men står på et spinkelt forskningsmæssigt grundlag og anerkender i øvrigt (selvom vi i nærværende ignorerer) at ikke al god fysioterapi kan beskrives i RCT studier.

For at øge vores kvalificerede viden om patientgruppen har vi i fysioterapien i DHC udarbejdet en database, hvor vi beskriver patientpopulationen i relation til effekt af det fysioterapeutiske forløb: Er der subgrupper inden for TH-gruppen, som adskiller sig på fysioterapeutisk relevante parametre? Hvordan kan denne viden eventuelt implementeres i vores kliniske praksis (og derefter om muligt anvendes i RTC-designs)? Databasen er under fortsat udvikling og en artikel er indsendt til publikation (16).

DEN FYSIOTERAPEUTISKE FUNKTION

DHC's patientgruppe har oftest langvarige, kroniske muskuloskeletale smerter og desuden en bred erfaring med talrige behandlingsforløb i diverse regi uden sikker effekt. Ofte har patienternes smerter desuden et betydeligt socialt element i form af isolationstendens, "kort lunte" eller blot manglende overskud overfor familien. Dermed er hovedpinepatienter i DHC næppe direkte sammenlignelige med gruppen af hovedpinepatienter i primærsektoren, hvorfor der både vil og bør være forskelle i valg af behandlingstilgang.

Det fremgår af nedenstående, at fysioterapi i vores regi formmæssigt adskiller sig væsentligt fra praksis i primærsektoren, blandt andet via længere behandlingsintervaller. Endvidere tilbydes i vort regi ikke forløb bestående af udelukkende passive behandlingsformer (for eksempel almen massage).

DET FYSIOTERAPEUTISKE FORLØB

Tilgang

Den fysioterapeutiske tilgang til den enkelte patient har udgangspunkt i en biopsykosocial forståelse af smerteproblematikken, hvor patientens smerteoplevelse, -forståelse og -mestring er fokus i såvel undersøgelse som behandling (31).

Det er målet for forløbet, at den enkelte patient "uddanner sig" i sin smerteproblematik og tilegner sig redskaber til at arbejde selvstændigt med egen situation på det højeste mulige niveau. I det fysioterapeutiske forløb vægtes dermed en aktiv tilgang, og det pæda-

gogiske islæt prioriteres højt. Dette sker blandt andet i erkendelse af, at kun de færreste patienter opnår total smertefrihed, mens langt størsteparten også fremover skal kunne leve med en hovedpinesygdom.

Mål

Afhængig af den enkelte patients symptomer og habitus er målet for den fysioterapeutiske behandling:

- at patienten opnår blivende smertelindring i form af nedsat hovedpine intensitet og -frekvens (for hovedpine relateret til muskuloskeletale forhold).
- at højne patientens daglige funktionsniveau uden smerteforværring
- at forebygge smerteforværring af hovedpine at forebygge smerteudbredning til andre muskuloskeletale regioner.

Undersøgelse

En lang række parametre kan selvsagt i den indledende fysioterapeutiske undersøgelse være relevante, og det er af indlysende årsager ikke muligt at gennemgå disse i nærværende artikel.

Typiske, primære fokusområder i den grundlæggende fysioterapeutiske undersøgelse fremgår af indsat faktaboks side 10.

Samtidig understreges det, at undersøgelse af patienter med visse former for hovedpine afviger væsentligt fra det her beskrevne. Dette gælder for eksempel ved posttraumatisk hovedpine og hovedpine debuteret i relation til whiplashlignende traume, hvor den indledende undersøgelse for eksempel kan omhandle svimmelhed eller test af funktionsevne uden øget generelt smerteniveau.

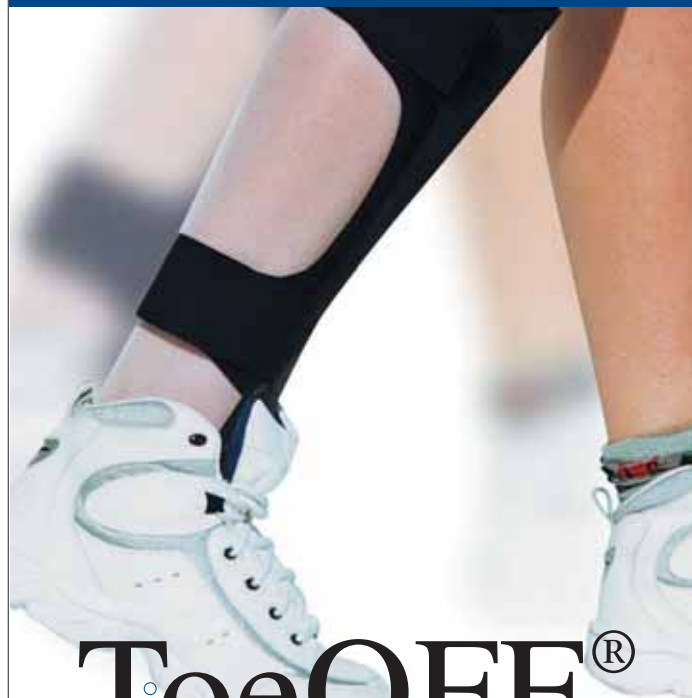
Behandling

Det fysioterapeutiske forløb omfatter diverse aktive behandlingstiltag, som fokuserer på aktivitet/øvelser uden væsentlig og/eller vedvarende smerteforværring, jvf. også ovenstående gennemgang af eksisterende evidens. Alle patienter får hjemmeøvelser til daglig brug, og patienterne ses ofte med lange intervaller (f.eks. 1 gang/mdl.).

Igennem den sidste årrække har der været et stigende fokus på betydningen af neuromuskulær kontrol ved smerter i bevægeapparat (17, 65). Området er udforsket på spændingshovedpineområdet, men da betydningen af neuromuskulær kontrol ved kroniske smerter generelt er anerkendt og i øvrigt er dokumenteret på visse andre hovedpinesygdomme, finder vi det værd at fremhæve i denne artikel, at litteraturen indikerer:

- at uhensigtsmæssige motor rekrutteringsmønstre eksisterer ved visse hovedpinesygdomme (25, 18, 65)

CAMP[®]



ToeOFF[®]

gør det lettere at g



At kunne klare sin hverdag og uhindret kunne g 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.

CAMP[®]
SCANDINAVIA

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

- ▶ at ændring i motor rekrutteringsmønstre kan opnås via øvelsesterapi (59)
- at udbedring af uhensigtsmæssige motor rekrutteringsmønstre kan medføre smertereducering (34, 59).

Det er endvidere evident, at psykosocial stress og andre psykologisk betonedede faktorer hyppigt udgør en væsentlig faktor i patientens hovedpinebillede. I DHC varetager kliniske psykologer sådanne aspekter af hovedpinesygdomme. Derfor er sigtet i den fysioterape-



peutiske behandling i DHC ikke primært psykomotorisk, uanset at mange behandlere og patienter har positive erfaringer på området.

MERE OM HOVEDPINE

Adskillige aspekter af hovedpineområdet er fortsat delvist uafklarede eller udforskede, både med hensyn til patogenese og behandling. Vi håber i fremtiden, at DHC's dokumentationsarbejde kan bidrage til vores fælles faglige viden om diverse aspekter vedrørende fysioterapi på hovedpineområdet, og der er i skrivende stund iværksat flere opgørelser vedrørende inddeling af patientgrupper og behandlingseffekt med henblik på faglig videreudvikling og evaluering.

For yderligere oplysninger:

hesq@glostruphosp.kbhamt.dk eller soeberg@mail.dk ■

fakta om...

Fokus i den fysioterapeutiske undersøgelse:

Undersøgelse af de muskuloskeletale forhold og vurdering af kongruens mellem undersøgelsesfund og symptomoplevelse.

På baggrund af anamnesen vælges videre foci i undersøgelsen.

Typiske fokusområder:

- Holdningsforandringer
- Bidfunktion inkl. suprahyoide og infrahyoide region
- Aktiv og passiv bevægelighed: AROM i nakkeskulderåg; intersegmentær bevægelighed især i cervikale og øvre thorakale columna.
- Palpation af muskelforandringer især i nakke/skulderåg med fokus på bl.a. øvre nakke/skulderåg, regio suboccipitale, anteriore halsregion og mastikatoriske apparat.
- Endvidere spørges ind til relevante ergonomiske faktorer.

fakta om...

Fokus i den fysioterapeutiske behandling:

Behandlingen omfatter diverse aktive behandlingstiltag, som udføres uden væsentlig og/eller vedvarende smerteforværring.

Hvor der fysioterapeutisk vurderes at være særlig indikation for det, suppleres med manuel terapi i relevant omfang.

Det fysioterapeutiske patientforløb er oftest individuelt baseret, men holdtræning kan tilbydes og vil typisk have sigte på relevante subgrupper, f.eks: Hypermobilitet; holdningstræning, posttraumatisk baggrund; generaliserede kroniske smertetilstande.

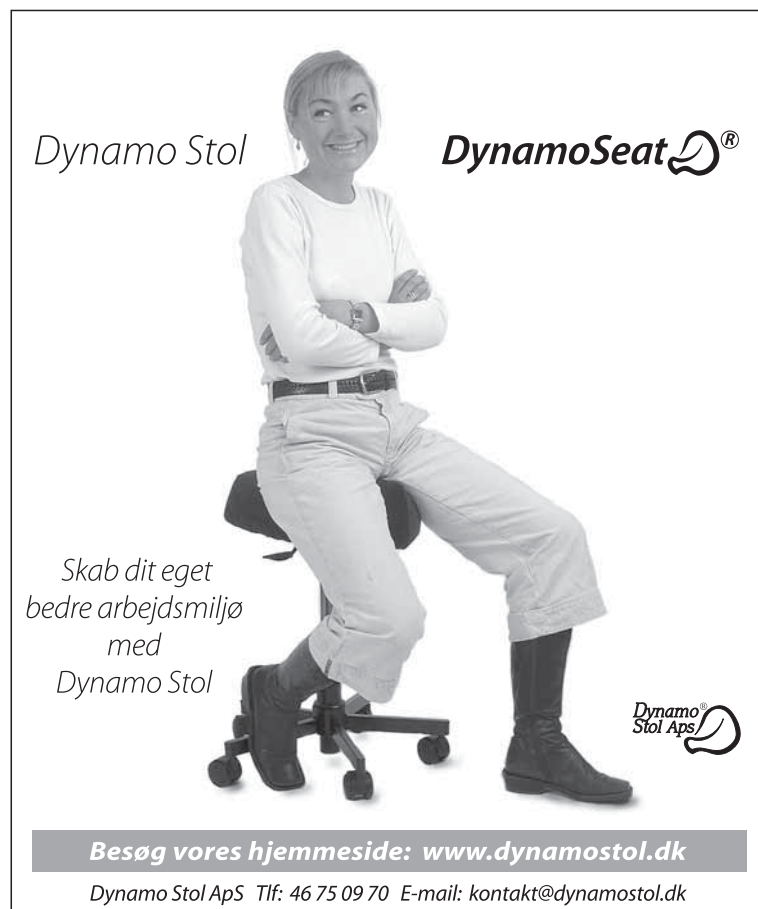
Under hele forløbet konfereres det enkelte patientforløb i tværfagligt regi.

(Se litteraturliste for relevante referencer og anbefalet læsning)

REFERENCER OG ANBEFALET LÆSNING

1. Ahmed HE, White PF et al. Use of percutaneous electrical nerve stimulation (PENS) in the short-term management of headache. *Headache* 2000; 40(4):311-5
2. Airaksinen O, Pontinen PJ. Effects of electrical stimulation of myofascial trigger points with tension headache. *Acupunct Electrother Res.* 1992;17(4):285-90
3. Bach F, Ferrari M. *Biochemistry*, i: Olesen J, Tfelt-Hansen P et al (eds.) *The Headaches*, 2nd ed., New York, Raven Press 2000: 605 – 614
4. Bakke M, Andersen K et al. Klassifikation af temporomandibulære funktionsforstyrrelser og dertil relateret hovedpine og ansigtssmerter. *Tandlægebladet* 1998, 102 (13): 678- 85
5. Bakke M, Vilmann A et al. Behandling af temporomandibulære funktionsforstyrrelser og dertil relateret hovedpine og ansigtssmerter. *Tandlægebladet* 1998; 102 (14): 730 – 38
6. Bendtsen L, Jensen R et al. Qualitatively altered nociception in chronic myofascial pain. *Pain* 1996; 65:259-64
7. Bolin PD, Kassak K et al. Spinal manipulation vs. amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headache: a randomized controlled trial. *Journal of manipulative & physiological Therapeutics* 1995; 18(3):148-54
8. Bove G, Nilsson N. Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache. a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280(18):1576-9

9. Bronfort G, Assendelft WJ et al, Efficacy of spinal manipulation for chronic headache. A systematic review. J Manipulative Physiol Ther 2001; 24(7):457-66
10. Carlson C, Collins FL et al, Muscle stretching as an alternative relaxation training procedure. J Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 1990; 21 (1):29-38
11. Carlson C, Curran SL, Stretch-based relaxation training. Patient Educ Couns. 1994 Apr;23(1):5-12.
12. Carlsson J, Augustinsson LE et al, Health status in tension headache treated with acupuncture or physiotherapy. Headache 1990; 30(9): 593-9
13. Carlsson J, Fahlcrantz A et al, Muscle tenderness in tension headache treated with acupuncture or physiotherapy. Cephalalgia 1990; 10(3):131-41
14. Carlsson J, Jensen R, Physiotherapy of tension-Type Headache, i: Olesen J, Tfelt-Hansen P et al (eds.) The Headaches, 2nd ed., New York, Raven Press 2000: 651-6
15. Carlsson J, Rosenhall U, Oculomotor disturbances in patients with tension headache treated with acupuncture or physiotherapy. Cephalalgia 1990; 10(3):123-9
16. Carstensen C, Blunck CH, Hovedpine – er der effekt af fysioterapi?. Indsendt.
17. Comerford MJ, Mottram SL, Functional stability re-training: principles and strategies for managing mechanical dysfunction. Man Ther 2001;6(1):3-14
18. Comerford MJ, Mottram SL, Movement and stability dysfunction – contemporary developments. Man Ther 2001; 6(1): 15-26
19. Dowson DI, Lewith GT et al, The effects of acupuncture versus placebo in the treatment of headache. Pain 1985, 21(1):35-42
20. Grunnet-Nilsson N, Bove G, Therapeutic manipulation of episodic tension type headache. Ugeskrift for Læger 2000;162(2):174-7
21. Hack G, Koritzer R et al, Anatomic relation Between the Rectus Capitis Posterior Minor Muscle and the Dura Mater. Spine 1995; 20(23)1484-2486
22. Hammill JM, Cook TM et al, Effectiveness of a physical therapy regimen in the treatment of tension-type headache. Headache 1996;36(3):149-53
23. Hansen PE, Hansen JH, Acupuncture treatment of chronic tension headache – a controlled cross-over trial. Cephalalgia 1985; 5(3):137-42
24. Hobson WH, Shiraki et al, Spinal manipulation vs. amitriptyline for the treatment of chronic tension headache: a randomized clinical trial. J Manipulative Physiol Ther. 1996;19(4):278-9
25. Janda VL Muscles and Motor control in cervicogenic disorders. assessment and management. I: Grant R (eds) Physical Therapy of the Cervical and Thoracic Spine 2nd ed, Churchill Livingstone, Melbourne 1994, kap. 10, 182-214
26. Janda VL Evaluation of Muscular Imbalance. I: Liebenson C (ed.), Rehabilitation of the spine. A practitioner's manual. Williams & Wilkins 1996, kap. 6, 97- 112
27. Jensen R, Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: a review of epidemiological and experimental studies, Cephalalgia 1999; 19: 602-21
28. Jensen R, Peripheral and central mechanisms in tension-type headache: an update. Cephalalgia 2003; 23 (suppl. 1): 49-52



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

29. Jensen R, Graff-Radford S. Oromandibular Dysfunction and Tension-Type Headache, i: Olesen J, Tfelt-Hansen P et al (eds.) *The Headaches*, 2nd ed., New York: Raven Press 2000: 593-7
30. Jensen R, Rasmussen BK et al. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. *Pain* 1993; 52:193-99
31. Jones M, Edwards I et al. Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practise. *Manual Therapy* 2002; 7(1):2-9
32. Jull G. Deep. Cervical Flexor Muscle Dysfunction in Whiplash. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2000; 8(1/2): 143-54
33. Jull G, Barret C et al. Further clinical clarification of the muscle dysfunction in cervical headache. *Cephalalgia* 1999;19:179-85
34. Jull G, Trott P et al. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine* 2002, 27: 1835-43
35. Karst M, Rollnik JD et al. Pressure pain threshold and needle acupuncture in chronic tension-type headache: a double blind placebo-controlled study. *Pain* 2000; 88(2):199-203
36. Keller E, Bzdek VM. Effects of therapeutic touch on tension headache pain. *Nursing Research* 1986; 35(2):101-6
37. Larsson B, Carlsson J. A school-based, nurse-administered relaxation training for children with chronic headache. *Journal of Pediatric Psychology* 1996; 21(5):603-14
38. Lee WY, Okeson J et al. The relationship between forward head posture and temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain* 1995;9:161-67
39. Loew TH, Sohn R et al. Functional relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. *Altern Ther Health Med* 2000;6(69):70-5
40. Lundeberg T, Hurtig T et al. Long-term results of acupuncture in chronic head and neck pain. *Pain Clinic* 1988;2(1): 15-31
41. McPartland JM, Brodeur RR et al. Chronic Neck Pain, Standing Balance, and Suboccipital Muscle Atrophy – A Pilot Study. *J Manipulative and Phys Ther* 1997; 20(1): 24-29
42. McPartland JM, Brodeur RR. Rectus capitis posterior minor: a small but important suboccipital muscle. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 1999; 3(1): 30-35
43. Mercer S, Bogduk N. Joints of the Cervical Vertebral Column. *J Orthop Sports Phys Ther* 2001; 31(4):174-82
44. Nagasawa A, Sakakibara T et al. Roentgenographic Findings of the cervical Spine in Tension-Type Headache. *Headache* 1993; 33:90-95
45. Nicolakis P, Erdogmus E et al. Effectiveness of exercise therapy in patients with internal derangement of the temporomandibular joint. *Journal of oral Rehabilitation* 2001;28:1158-64
46. Nicolakis P, Erdogmus E et al. Effectiveness of exercise therapy in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *Journal of Oral rehabilitation* 2002;29:362-68
47. Nilsson N, Bove G. Evidence that tension-type headache and cervicogenic headache are distinct disorders. *JMPT* 2000; 23(4):288-9
48. Olesen J. Clinical and pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by inte-

Findes der en effektiv hands-on behandling for hovedpine og migræne?
 Download kap. 10 i *Lærebog i Kranio Sakral Terapi*



www.stanleyrosenberg.com

gration of vascular, supraspinal and myofascial inputs. Pain 1991; 46:125-32

49. Olesen J (ed.). The International Classification of headache Disorders, 2nd edition .Cephalalgia 2004, 24, suppl. 1

50. Pascual J, Colás R et al. Epidemiology of Chronic Daily Headache. Current Pain and Headache Reports 2001; 5:529-36

51. Quinn C, Chandler C et al. Massage therapy and frequency of chronic tension headaches. Am J Public Health 2002; 92(10):1657-61

52. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache are separate disorders. Cephalalgia 1996; 16: 217-23

53. Rasmussen BK, Jensen R et al. Impact of headache on sickness. Absence and utilisation of medical services. A Danish population study Epidemiol Community Health 1992; 46:443-6

54. Rasmussen BK, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache, i: Olesen J, Tfelt-Hansen P et al (eds.) The Headaches, 2nd ed., New York, Raven Press 2000: 545 – 549

55. Rasmussen BK, Jensen R et al. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44(11): 1147-57

56. Reich BA. Non-invasive treatment of vascular and muscle contraction headache: a comparative longitudinal study. Headache 1989; 29(1):34-41.

57. Revel M, Andre-Deshays C et al. Cervicocephalic Kinesthetic Sensibility in Patients with Cervical Pain. Arch Phys Med Rehabil 1991; 72:288-91

58. Revel M, Minguet M et al. Changes in cervicocephalic Kinesthesia After a Proprioceptive Rehabilitation Program in Patients With Neck pain: A Randomized Controlled study. Arch Phys Med Rehabil 1994;75:895-9

59. Richardson CA, Jull G. Muscle control: pain control. What exercises would you prescribe? Man Ther 1995; 1:1-9

60. Rocabado M, Iglarsch ZA. Musculoskeletal Approach to Maxillofacial Pain. J.B. Lippincott Company 1991

61. Rokicki LA, Holroyd KA et al. Change mechanisms associated with combined relaxation/EMG biofeedback training for chronic tension headache. Appl. Psychophysiology & Biofeedback 1997; 22(1):21-41

62. Roth JM. Physical therapy in the treatment of chronic headache. Current Pain and Headache Reports 2003; 7:482-89

63. Seeberg P et al 2004. Efficacy of multidisciplinary treatment in a tertiary referral Headache Center. Indsendt.

64. Solomon S, Elkind A et al. Safety and effectiveness of cranial electrotherapy in the treatment of tension headache. Headache 1989;29(7):445-50

65. Sterling M, Jull G et al. The effect of musculoskeletal pain on motor activity and control. J Pain 2001; 2(3): 135-45

66. Tavola T, Gala C et al. Traditional Chinese acupuncture in tension-type headache: a controlled study. Pain 1992; 48(3):325-9

67. Torelli P, Jensen R et al. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. Cephalalgia 2004; 24(1):29-36

68. Travell J, Simons D. Myofascial Pain and Dysfunction - The Trigger Point Manual. 2nd ed., Williams & Wilkins 1999

69. Treleaven J, Jull G et al. Cervical musculoskeletal dysfunction in post-concussional headache. Cephalalgia 1994; 14:273-9

70. Vacek J, Ellis R. Temporomandibular dysfunction, The Journal of Orthopaedic Medicine 2002; 24(3): 104-8

71. Vernon H, McDermaid CS et al. Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. Complement Ther. Med 1999; 7(3):142-55

72. Vilmann A, Bakke M et al. Bidfunktion i den nye sygesikringsoverenskomst. Initial bidfunktionsundersøgelse. Tandlægebladet 2000;104(7):380-2

73. Wang W, Schoenen J. Reduction of temporalis exteroceptive suppression by peripheral electro stimulation in migraine and tension-type headaches. Pain 1994; 59(3):327-34

74. Wright F, Domenech M et al. Usefulness of posture training for patients with temporomandibular disorders. JADA 2000; 131: 202-210

75. Wylie KR, Jackson C et al. Does psychological testing help to predict the response to acupuncture or massage/relaxation therapy in patients presented to a general neurology clinic with headache? J Tradit. Chin. Med. 1997; 17(2):130-9 ■

fakta om...

Læs mere om IHS: www.i-h-s.org
Download hovedpinedagbog: www.hovedpine.dk

Hold masken

Ansigtssløft ■ Et træningsprogram for ansigt og hals. CD og instruktionshæfte. Ansigtet og halsens muskler skal trænes og vedligeholdes. Programmet indeholder 10 styrketræningsøvelser og afsluttes med afspænding.



Bodil Hjorth "Hold masken – ansigtssløft uden kniv". Forlag for Afspændingspædagogik og Psykomotorik. Pris: 139 kr. Varighed 20 min. www.dap.dk

Neuroanatomi

Nervesystem ■ Første del giver en generel oversigt over nervesystemets opbygning, celler, funktion og udvikling. Anden del beskriver nervesystemets strukturelle opbygning, og sidste del omhandler de strukturelle komponenters funktionelle samspil i overordnede sensoriske, motoriske, autonome og limbiske systemer.



Carsten Reidies Bjarkam "Neuroanatomie". Forlaget Munksgaard Danmark. ISBN 87-628-0495-2. Pris: 488 kr. inkl. moms. 248 sider

Film om at huske

Demens ■ Filmen viser den gode historie. Den viser en alternativ løsning, der vil kunne bruges flere steder til glæde for den demente og dennes pårørende.



Brøndby Kommune "Sammen husker vi bedre". Pris: VHS 300 kr. DVD 500 kr. Kan købes hos Ældresektoren Brøndby Kommune, Horsedammen 36 A, 2605 Brøndby

Spørgsmål og svar

Sindslidese ■ Recovery - det at komme sig fra alvorlig sindslidelse eller at overvinde et psykosocialt handicap – er på alles læber. Bogen formidler og diskuterer de internationale forskningsresultater og erfaringer med recovery og forbinder denne viden med den danske virkelighed og praksis. Hvis recovery er svaret – hvad er så spørgsmålet?



Pernille Jensen (red.), Karl Bach Jensen, Eril Olsen og Ditte Sørensen "Recovery på dansk" Forlag Sytime, ISBN 87-7675-005-1. Pris: 295 kr., 276 sider.

Kroppen med i behandlingen af stress

ANMELDELSE David Servan-Schreiber: *Behandling af stress, angst og depression uden medicin eller terapi*. Gyldendal 2004, ISBN: 8702024268, kr. 299,-

STRESS ■ I de sidste fem år har man på Shadyside Hospital forsket i en række behandlingsmetoder, der i højere grad bruger kroppen, som har et direkte samspil med det limbiske, end sproget og tænkningen, som overvejende er lokaliseret i neocortex.

Forskningsprogrammets overordnede principper kan sammenfattes således: Inde i hjernen er der en emotionel hjerne, faktisk en "hjerne i hjernen". Denne hjerne har en opbygning,

en cellestruktur og endog biokemiske egenskaber, der er forskellige fra den øvrige neocortex eller hjernebarken, dvs. fra den mest "udviklede" del af hjernen, som er sæde for sprog og tænkning. Den emotionelle hjerne fungerer ofte uafhængigt af neocortex. Sproget og erkendelseevnen har kun begrænset indflydelse på den: Man kan ikke få en følelse til at blive stærkere eller forsvinde på samme måde, som man kan få sindet til at tale eller tie. Den emotionelle hjerne har kontrol over alt, hvad der styrer psykologisk velvære og over en stor del af kroppens fysiologi: hjertefunktionen, blodtrykket, hormonbalancen, fordøjelsessystemet og immunforsvaret.

Følelsesforstyrrelser skyldes dysfunction i den emotionelle hjerne. Mange af disse dysfunktioner stammer fra pinefulde oplevelser i fortiden uden sammenhæng med nutiden, men de har sat varige spor i den emotionelle hjerne. Det er disse oplevelser, der ofte vedbliver med

at styre vore følelser og adfærd selv mange år efter.

Psykoterapeutens vigtigste opgave er at "omprogrammere" den emotionelle hjerne, så den tilpasser sig nutiden i stedet for at blive ved med at reagere på situationer fra fortiden. For at opnå dette er det ofte mere effektivt at anvende metoder, der inddrager kroppen, og som har direkte indflydelse på den emotionelle hjerne, i stedet for at bygge på sprog og tænkning, hvilket den er ret uimodtagelig over for.

Den emotionelle hjerne har naturlige selvhelbredende mekanismer: Det drejer sig om medfødte evner til at genoprette balance og velbefindende, de kan sammenlignes med kroppens andre selvhelbredende mekanismer som sårheling eller infektionsbekæmpelse. Metoder, der inddrager kroppen, drager nytte af disse mekanismer.

Forfatteren beskriver syv forskellige behandlingsformer, som alle på hver sin måde udnytter de selvhelbredende mekanismer, der findes i sindet og hjernen, og som henvender sig direkte til den emotionelle hjerne.

Pointen er, at vi mærker følelser i kroppen (den emotionelle hjerne), ikke i hovedet (den kognitive hjerne). Problemet er, at den kognitive hjerne kan dæmpe den emotionelle hjernes reaktioner, hvilke er en evne, som kan give alvorlige problemer for helbredet i form af klassiske stresssymptomer.

Bogen er skrevet i et let læseligt sprog, og der er mange gode forklaringer, så vore patienter vil også kunne have god gavn af at læse den.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT BIRTE CARSTENSEN

Læs hele Birte Carstensens indlæg med en grundig gennemgang af bogen og de beskrevne behandlingsmetoder på www.fysio.dk/debat

bøgerm.m.

Dejlig bog at have på hylden

ANMELDELSE Lind Per et al. "Ryggen – Undersøgelse og behandling" FADL's Forlag 2004. ISBN 87-7749-307-9 448 sider. Pris 500 kr. Bestilling: <http://forlag.fadl.dk>



RYG ■ Dette er den første danske bogudgivelse dedikeret regionen lænderyg og den kliniske tilgang - med vægt på såvel "uspecifikke" som "specifikke" lidelser.

Med et tilfældigt opslag i bogen fornemmer man straks en dejlig grafik, gode illustrationer og overskuelighed. Dette underbygger den pædagogik, som jeg synes er kendetegnende for bogen. Dette er udført samstemt med en detaljeret gennemgang af mange relevante emner. Der indledes bl.a. med epidemiologi og samfundsforhold, hvilket føres videre over i biomekanik/dysfunktion, neurodynamik, røde/gule flag, smertemekanismer og coping etc. Et oppebærende fundament er her den bio-psyko-sociale tilgang til de forskellige emner, som afspejler det multifaktorielle problem, som rygproblemer hos den individuelle patient altid er.

Klinisk ræsonnering berøres som et omdrejningspunkt i patienthåndteringen. I tilgangen lægger bogen vægt på medinddragelse af patienten og aktiv behandling. I undersøgelsen er et fokus lagt på klassificering ud fra gentagne bevægelser a.m. McKenzie, som konceptmæssigt også har fået et særskilt kapitel som indledning til undersøgelsesdelen. Øvrige procedurer fra den traditionelle undersøgelsesmodel gennemgås inklusive differentialdiagnostiske overvejelser, indikationer og kontraindikationer. Vedrørende segmentundersøgelserne savner jeg lidt en uddybning af de

mekaniske kvalitative/kvantitative forhold ved teknikkerne samt de fund, man kan udlede deraf (a.m. Maitland), om end det i bogen retteligt fremhæves, at smertesvar er de mest pålidelige fund.

Behandlingsmæssigt inddrages evidens i bogen primært ud fra guidelines som MTV-rapporten, dvs. eksisterende konsensus på området og anbefalinger omkring "det gode patientforløb". Et kapitel er tilegnet myofascielle teknikker, hvori det nævnes, at der er nogen evidens for manuel behandling – her tænker jeg, det kunne uddybes yderligere, hvilke manuelle behandlingsformer der er evidens for. Angående mobilisering og manipulation nævner forfatterne at, MT kræver videreuddannelse, hvorfor sådanne teknikker nærmest ikke er beskrevet. Specifik stabilitetstræning berøres i et detaljeret afsnit om MTT.

Cases anvendes løbende i bogen, hvilket fungerer godt. Det er tydeligt, at de tager udgangspunkt i de fremlagte teorier, koncepter og guidelines (samt forfatternes erfaringer) - dog savner jeg en beskrivelse af, hvordan de er "blevet til", hvilket metodemæssigt ville løfte troværdigheden yderligere.

Det er dejligt at se dette væsentlige område tilnærmet i en kompilation der integrerer mange opdaterede vidensfelter. Jeg er glad for at bogen er på min hylde, for så har jeg en nem adgang til emner, som er relevante for min daglige praksis.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT
MARTIN B. JOSEFSEN,
DALUM FYSIOTERAPIKLINIK

Udmærket bog om holistisk afspænding

ANMELDELSE "Holistisk afspænding. Teori og metode" . Ingrid Røder. Forlag: Underskoven, ISBN 87-91151-38-4. 145 sider. Pris 280 kr., studerende 250 kr. Kan købes i DAP, tlf.: 3379 1260 mail: dap@dap.dk



AFSPÆNDING ■ Bogen er en undervisningsbog især rettet imod afspændingspædagogiske elever. Men den kan også være inspirerende læsning for manuelle fysioterapeuter. Den indeholder en teoridel og en metodedel. Der redegøres for holistisk afspændings historie, teordannelse og for relevante studier og undersøgelser. Mit første indtryk af bogen var, at jeg savnede lidt overblik, idet overskrifterne i teoridelen ikke er særlig beskrivende. I den metodiske del har jeg lidt svært ved at forstå visse udgangsstillinger og metoder. Behandlingen er ret omstændeligt beskrevet, blandt andet

med angivelse af hvilke muskler terapeuten spænder for at lave behandlingsbevægelserne. Her kunne det være rart med illustrationer. Mit besvær er muligvis kun et tilvænningsproblem. Den metodiske del egner sig bedst til undervisning, hvor læreren kan

illustrere greb og metode.

Gennem læsningen får man mange virkelig spændende og kloge betragtninger om menneskets psykosomatiske funktion, og om hvordan man kan forholde sig til at behandle et menneske. Forfatteren kommer vidt omkring og kan af samme grund ikke gå helt i dybden i de fysiologiske eller psykologiske forklaringsmodeller. Men man får en fin start. I teorien antydes en teori om funktionelle paralleller mellem sind og krop. For eksempel det at være stiv i nakken og være "stivnakket" i sindet kan måske hænge sammen. Mange andre betragtninger er dog langt mindre kontroversielle. Hun advarer imod at drage forhastede konklusioner og tolkninger og påpeger, at det er patientens proces og patientens oplevelse, der er i centrum, og at patientens oplevelse ikke kan diskuteres.

Læsningen af bogen var spændende for mig, især teoridelen. Bestræbelsen på helhedsforståelsen af menneskets krop-psyke-funktion vækker genkendelse hos en psykosomatisk fysioterapeut.

Tillykke til afspændingspædagogerne med den første bog, der beskriver holistisk afspænding i sin helhed, og som er funderet i empirien.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT MIKKEL RIBER

bøgerm.m.

Puslespil om ny struktur

De delegerede på Danske Fysioterapeuters repræsentantskabsmøde i oktober skal holde tungen lige i munden under debatten om ny struktur i foreningen. Forslag, alternative forslag, ændringsforslag osv. vil blive fremsat i en lind strøm

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
ILLUSTRATION NIELS POULSEN

Som beskrevet i seneste nummer af Fysioterapeuten vil hovedbestyrelsen til det kommende repræsentantskabsmøde fremsætte forslag om en ny struktur i foreningen baseret på fem regioner i stedet for 15 kredse.

Siden er der dog løbet lidt vand i åen. Ikke sådan at forstå, at hovedbestyrelsens forslag ikke består, for det gør det. Det fremsættes bare ikke af en enig hovedbestyrelse, men derimod af et flertal. De to hovedbestyrelsesmedlemmer, der ikke er medunderskrivere på forslaget Brian Errebo-Jensen, Ribe Amtskreds og Lena Olsen, Fyns Amtskreds, har i stedet valgt at sætte deres navne under hver sit alternative forslag, repræsenterende to vidt forskellige holdninger til henholdsvis regionalisering og centralisering.

LOKALKENDSKABET ER VIGTIGT

Hovedbestyrelsens forslag baserer sig på en regional struktur med regionsformænd på fuld tid, hvis opgaver udelukkende bliver af politisk karakter. De skal kunne købe sig til et vist mål af administrativ bistand, men alle forhandlingsopgaver, sagsbehandling og rådgivning af medlemmer skal flyttes ind i sekretariatet, og

det er her, det springende punkt er, forklarer Brian Errebo-Jensen om baggrunden for det forslag, han fremsætter sammen med repræsentanter fra Nordjyllands Amtskreds, Ringkøbing Amtskreds, Vejle Amtskreds og sin egen Ribe Amtskreds.

"Jeg synes, det er vigtigt at understrege, at der er grundlæggende enighed om, at vi skal have fem regioner, men ikke om, hvor sagsbehandling og rådgivning bedst varetages", forklarer han.

Af forslaget fra de fire jyske kredse fremgår, at alle

sagsbehandlings-, rådgivnings-, og forhandlingsopgaver, som ligger i kredsene på nuværende tidspunkt, bibeholdes i de nye regioner.

"Det er påfaldende, at jo længere, man kommer fra København, jo mere interesseret er man i at kunne yde lokal rådgivning ud fra et lokalt kendskab. Det er vigtigt at kunne se en sag fra flere synsvinkler og at kende den lokale arbejdspladskultur for at vide, hvilke realistiske forventninger, man kan have til udfaldet af en sag. Jeg mener, at det er at amputere regionsbestyrelserne at fratage dem forhandlingsopgaverne. At møde arbejdsgiverne i forhandlingssituationer skaber desuden de kontakter, man kan skabe politik ud fra", mener Brian Errebo-Jensen.

Han erkender, at lokalkendskabet i regionerne ikke kan blive det samme som i kredsene, men det er trods alt lettere at opnå et indgående kendskab til en region end til det ganske land, mener han.

FYNSK FORSLAG OM CENTRALISERING

Det mener man til gengæld ikke i Fyns Amtskreds, hvis repræsentanter stiller med et forslag, der trækker i den diamentralt modsatte retning: Nemlig et forslag om en struktur helt uden regioner.

"Vi tænker, at med de kæmpestore regioner, kan man alligevel ikke opnå det lokalkendskab, man har kredsene i dag" forklarer Lena Olsen om baggrunden for forslaget.

Ifølge forslaget skal der i stedet for regionskontorer etableres administrative enheder i sekretariatet med en fast kontaktperson for hver fem regioner.

"Jeg tror, at det vil være det mest rationelle og effektive, og med den teknologiske udvikling vil det ikke være noget problem at etablere nærhed og lokalkendskab centralt fra, ligesom de vigtige netværk af tillidsrepræsentanter og praktiserende kontaktpersoner

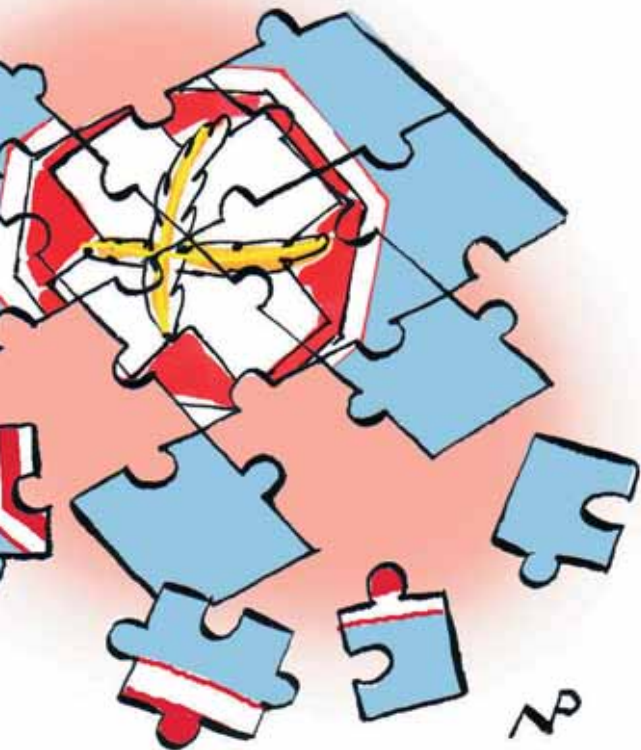
indgang

■ Når repræsentanterne mødes den 22. og 23. oktober i Odense, skal de tage stilling til en lang række forslag fra både hovedbestyrelse og andre.

Artiklerne på de følgende sider gennemgår nogle af forslagene, der kan læses i deres helhed på www.fysio.dk/foreningen eller rekvireres ved henvendelse til sekretariatet, Vita Vallentin, tlf.: 3313 8211.

Beretningen for perioden siden sidste repræsentantskabsmøde er vedlagt dette blad.





kommer den regn af ændringsforlag, debatten på selve repræsentantskabsmødet utvivlsomt vil resultere i. Spørgsmålet bliver, om det overhovedet vil lykkes repræsentanterne at samle brikkerne på dette møde – kedeligt bliver det i hvert fald ikke. ■

også sagtens kan koordineres centralt via telefon og email. Jeg tror faktisk, man vil kunne binde os tættere sammen og få større gennemslagskraft ved ikke at have det mellemlid. AC (Akademikernes Centralorganisation red.) har ikke nogen amtslig struktur, men har stor gennemslagskraft lokalt alligevel, og jeg tror ikke, deres medlemmer føler sig mindre knyttet til organisationen end DF's", siger Lena Olsen.

Fra samme forslagsstillere kommer et alternativt forslag om en urafstemning, hvor man lader det være op til medlemmerne, hvorvidt Danske Fysioterapeuter skal regionaliseres eller centraliseres.

Men rækken af forslag vedrørende strukturen stopper ikke her. Anna Frost, Roskilde Amtskreds har, som hun allerede luftede i artiklen i sidste nummer af Fysioterapeuten, fremsat et forslag om en regionsstruktur med regionsformænd, men uden regionsbestyrelser. Hertil

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



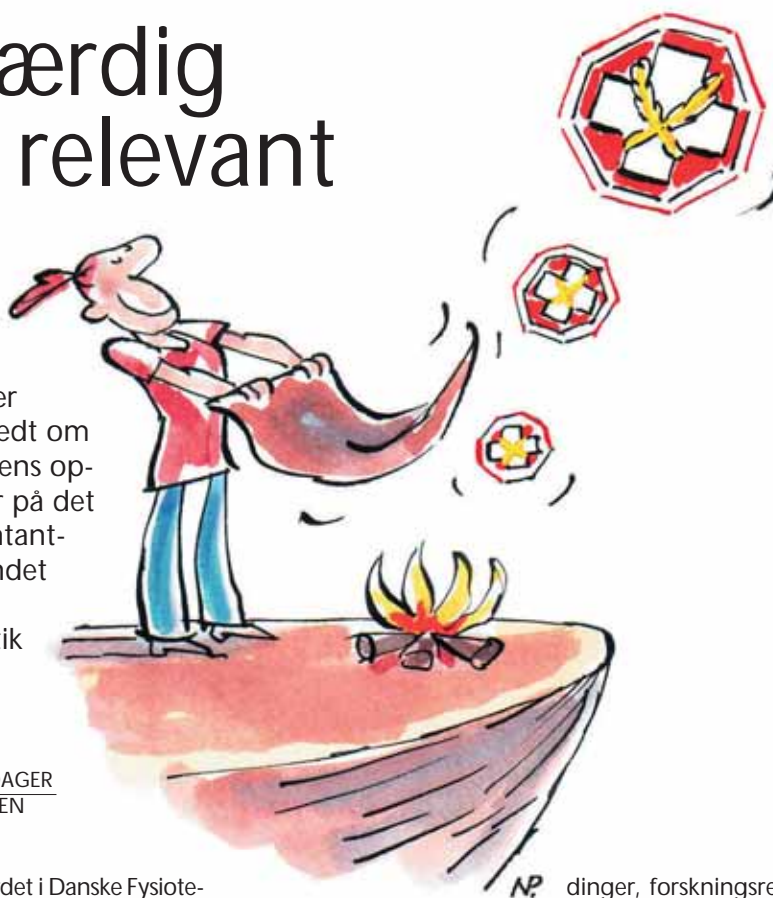
Easy-Laser

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

Åben troværdig og relevant

Synliggørelse af fysioterapi og fysioterapeuter er noget af det, medlemmerne vægter mest, når de bliver bedt om at prioritere foreningens opgaver. Derfor skal der på det kommende repræsentantskabsmøde blandt andet drøftes et forslag til kommunikationspolitik for foreningen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
ILLUSTRATION NIELS POULSEN



Kommunikation er nøgleordet i Danske Fysioterapeuters kontakt - ikke bare med medlemmerne, men også med omverdenen. Derfor er det naturligt, at der nu er formuleret et forslag til en kommunikationspolitik for foreningen. Et forslag, som repræsentantskabet skal diskutere på sit møde i oktober.

Kommunikationspolitikken skal sikre, at foreningens politikker og handlingsplaner føres ud i livet ved klart at kommunikere foreningens mål, handlinger og holdninger. Nøgleordene i foreningens kommunikation er: åben, troværdig og relevant.

Konkret skal der ifølge forslaget arbejdes for, at Danske Fysioterapeuter sætter den sundheds-, fag- og arbejdsmarkedspolitiske dagsorden i overensstemmelse med foreningens politikker og deltager aktivt og konstruktivt i den løbende sundheds-, fag- og arbejdsmarkedspolitiske debat.

Foreningen skal sørge for, at medlemmer, tillidsrepræsentanter, kontaktpersoner, kredsbestyrelser, faggrupper, fraktioner m.fl. har den nødvendige information for at kunne deltage i debatten, og foreningens kontakter til beslutningstagere og meningsdannere på alle niveauer skal udvikles. Desuden skal Danske Fysioterapeuter informere om nye faglige landvin-

ninger, forskningsresultater og fysioterapeuters kompetencer i alle relevante sammenhænge og medier.

I forlængelse af kommunikationspolitikken er desuden stillet forslag om en pressepolitik, der skal sikre, at foreningen er kendt som en attraktiv og tilgængelig kilde for journalister.

EGNE MEDIER

Udgivelse af foreningens egne medier er indeholdt i kommunikationspolitikken som en forudsætning for at bevare og udvikle et aktivt medlemsdemokrati og skal desuden give faglig og fagpolitisk service af høj kvalitet.

Om Fysioterapeuten hedder det blandt andet, at bladet skal skabe identitet og styrke medlemmernes tilhørsforhold til foreningen. Bladet skal desuden formidle Danske Fysioterapeuters værdier og mål og perspektivere den faglige og politiske udvikling i og omkring foreningen, fysioterapeuterne og faget.

Så vidt mulig skal foreningens kommunikation være baseret på informationsteknologi, hvilket blandt andet afspejles i den fortsatte udvikling af portalerne physio.dk og ffy.dk. ■

Politik for ledere

Indsatsen for ledere i Danske Fysioterapeuter skal oprustes. Ikke mindst fordi lederne spiller en vigtig rolle i de øvrige fysioterapeuters arbejdsvilkår

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Danske Fysioterapeuter skal som faglig organisation kunne rumme alle fysioterapeuter. Fra overfysioterapeuten til den menige. Det er et vilkår, foreningen deler med mange andre faglige organisationer, men også et vilkår, der stiller foreningen over for særlige udfordringer.

Dels skal lederne, ligesom andre af foreningens målgrupper, have særlige målrettede tilbud, hvis det skal blive ved med at være attraktivt for dem at være medlemmer, dels spiller de en betydelig rolle i forhold til de menige fysioterapeuters arbejdsvilkår og er dermed en vigtig alliancepartner for foreningen.

Det er baggrunden for det forslag til en revideret lederpolitik, der fremlægges på repræsentantskabsmødet.

I politikken fremhæves dels vigtigheden af, at foreningen samarbejder med de ledende fysioterapeuter, så de forbliver aktive medlemmer af foreningen, dels det vigtige i at rekruttere nye ledere.

Konkret lover Danske Fysioterapeuter ifølge forslaget til lederpolitik at arbejde for, at lederne opfatter Danske Fysioterapeuter som en vedkommende organisation, der varetager deres behov på en kompetent, saglig og uvildig måde, og at der på lederområdet aftales de bedst mulige løn- og arbejdsvilkår samt opnås et godt arbejdsmiljø. Desuden skal foreningen arbejde for, at lederne har mulighed for at kvalificere sig ledelsesmæssigt og for, at flere fysioterapeuter motiveres til at søge lederstillinger

Derudover er det vigtigt, at lederne kender Danske Fysioterapeuters politiske målsætninger og holdning til aktuelle spørgsmål inden for bl.a. sundhedspolitik, uddannelsespolitik og arbejdsmarkedspolitik.

I forbindelse med forhandlingen af løn- og arbejdsvilkår er det overordnede princip, at der til enhver tid skal arbejdes for, at ledernes løn- og ansættelsesvilkår – som minimum – svarer til vilkår for øvrige faggrupper på samme stillingsniveau. ■

FAGLIGT FORUM søger medlemmer

Hermed opslås 4 pladser i Fagligt Forum til besættelse i perioden 1. oktober 2004 – 1. oktober 2008.

SAMMENSÆTNING

Fagligt Forum er sammensat af 12 medlemmer med visioner inden for faglig udvikling, uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling: 8 menige medlemmer, 1 medlem af fondsbestyrelsen 1 fysioterapeutstuderende, lederen af faglig afdeling i DF og 1 medlem af hovedbestyrelsen.

ARBEJDSOPGAVER

Udvalget er rådgivende over for faglig afdeling og hovedbestyrelsen og anbefaler, hvilke fagpolitiske initiativer DF bør tage inden for professionsudvikling.

UDVALGET SKAL

- skabe ideer og debat inden for emner relateret til faglig udvikling, kvalitetsudvikling, dokumentation, forskning og uddannelse.
- medvirke til udarbejdelse af DF's uddannelsespolitik, forskningspolitik, sundhedspolitik og politik vedr. internationale forhold.
- søsætte handling/projekter i samarbejde med ad hoc grupper.

ARBEJDSFORM

Fagligt Forum afholder ca. fire årlige møder. Herudover indgår medlemmerne i ad hoc grupper og som sparingspartnere, hvor dette skønnes hensigtsmæssigt.

Udvalgets menige medlemmer udpeges for en fire-årig periode af DF's hovedbestyrelse. Genudpegning kan finde sted én gang.

ANSØGNING

Ansøgning om deltagelse i Fagligt Forum med beskrivelse af faglige og visionære kvalifikationer, vedlagt CV bedes sendt til Danske Fysioterapeuter senest den 15. oktober 2004. Spørgsmål vedrørende Fagligt Forum rettes til Annette Wandel, 3341 4653 eller Nina Holten, 3341 4646.

Tid til navneskifte?

Det er ikke alle, der forstår det samme ved at være "medlem af DF". Der er derfor til repræsentantskabsmødet indkommet to forslag om en navneændring, så foreningen får sit navn for sig selv og slipper af med ordet "danske"



AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
ILLUSTRATION NIELS POULSEN

Da Den almindelige Danske Massageforening i 1953 blev til Danske Fysioterapeuter, i daglig tale DF, var Pia Kjærsgaard 6 år, og at være "medlem af DF" var rimeligt entydigt. Foreningen Danske Folkedansere, der på Internettet råder over domænenavnet df.dk var ganske vist blevet stiftet i 1929, men uden at det gav anledning til alvorlige forvekslinger, og heller ikke Danske Fragtmands anvendelse af forkortelsen voldte problemer.

I dag er der imidlertid en tendens til, at forkortelsen DF giver nogle andre associationer end de fysiotera-

peutiske, hvilket bekymrer nogle af denne forenings medlemmer. Der er derfor indkommet to forslag til det kommende repræsentantskabsmøde om, at foreningen ændrer navn.

Det første forslag er stillet af Pernille Hoppe, Københavns Amtskreds. Hun foreslår, at navnet ændres til "Fysioterapeuter i Danmark", forkortet FD eller FiD. Begrundelsen er, skriver Pernille Hoppe, at "det er uhensigtsmæssigt, at man skal forklare sit tilhørsforhold, når forkortelsen er brugt uden for fysioterapeutkredse".

Pernille Hoppe fremfører desuden, at foreningens medlemmer ikke alle er danske, og at "i Danmark" derfor vil være mere korrekt.

Og her er hun på linje med Hovedstadskredsen, som står bag det andet forslag om en navneændring.

Deres begrundelse lyder, at dels kan DF forveksles, dels virker "danske" ikke tidssvarende i et samfund med fysioterapeuter med mange nationaliteter. Hovedstadskredsens forslag indeholder i modsætning til Pernille Hoppes ikke et konkret bud på et nyt navn, men er et forslag om at nedsætte et udvalg, der skal se på muligheden for en navneskifte.

Dog skriver forslagsstillerne, at et navn som "Fysioterapeut Foreningen" eller "Dansk Fysioterapeut Forening" kunne være en mulighed.

FISK OG FRISØRER

Redaktionen har været en tur på Internettet for at få et fingerpeg om, hvilke forkortelser foreningen i tilfælde af et navneskifte vil kunne have i fred, og det ser sort ud: Hvis navnet blev Fysioterapeuter i Danmark, forkortet FD, ville vi komme til at dele forkortelse med Fiskeridirektoratet, mens Fysioterapeut Foreningen, FF, ville kunne forveksles med Frisørfaget, et hav af fodboldforeninger, Finansselskabet Faaborg, og ikke mindst Fagkritisk Front, der var en løs organisering af studenter fra den udogmatisk venstrefløj på Århus Universitet i første halvdel af 1970'erne. ■

Farvel til gyldne håndtryk

Formand og næstformand skal ikke modtage et gyldent håndtryk, hvis posten forlades frivilligt. Kun hvis de vippes af pinden skal de have en pose penge med fra foreningen, mener en enig hovedbestyrelse

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
ILLUSTRATION NIELS POULSEN

Lex BUPL. Sådan kan man med god ret kalde det forslag til beslutning, hovedbestyrelsen fremsætter for repræsentantskabet vedrørende fratrædelseshonorar til formandskabet.

Som vedtægterne er i dag, modtager formand og næstformand en fratrædelsesgodtgørelse, uanset om man går frivilligt eller vippes af pinden af en modkandidat. Baggrunden for de nuværende vedtægter er blandt andet, at fratrædelseshonoraret er et økonomisk tilskud til genopfriskning af de fysioterapeutiske færdigheder og tilbagevenden til arbejdsmarkedet, ligesom det ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt, hvis en formand eller næstformand i modvind kan se en økonomisk fidus i at blive hængende frem for frivilligt at trække sig.

At en enig hovedbestyrelse alligevel vælger at se bort fra disse argumenter skyldes, som formand Johnny Kuhr tidligere har forklaret i en leder i Fysioterapeuten, at formand og næstformand bør være underlagt de almindelige regler på arbejdsmarkedet: Bliver man ikke genvalgt og dermed afskediget af medlemmerne, får man en aftrædelsesordning. Går man selv, følger der ingen penge med.

At fratrædelseshonorarerne overhovedet er kommet på dagsordenen skyldes sidste vinters voldsomme storm på BUPL-formand Bente Sorgenfrey, der fik en klækkelig fratrædelsesgodtgørelse med sig fra BUPL, da hun - frivilligt - forlod formandsposten til fordel for en tilsvarende post i FTF. Selvom

pengene efter en hidsig debat blev sendt tilbage til BUPL, gav det genlyd på gangene i en række faglige organisationer, hvis medlemmer over en bred kam kritiserede de såkaldte gyldne håndtryk.

Som Johnny Kuhr skrev i lederen: "Sagen viser med al tydelighed, hvor vigtigt det er, at faglige organisationer optræder på en måde, så ingen, hverken ansatte eller politiske valgte, kan mistænkes for pamperi eller for at tage for sig af medlemmernes kontingentkroner". ■



Mission, vision og værdier

Når repræsentantskabet mødes i slutningen af oktober, skal der blandt andet tages stilling til et forslag om mission, vision og værdier for Danske Fysioterapeuter

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
ILLUSTRATION NIELS POULSEN

"Du mærker forskellen". Sådan bør omdrejningspunktet for foreningen og faget lyde. Det skal afspejles i alle handlinger, beslutninger, debatter osv. I det daglige arbejde på uddannelserne, på arbejdspladserne, i det politiske arbejde og i foreningens sekretariat. "Du mærker forskellen" er med andre ord udgangspunkt for det forslag til foreningens mission, vision og værdier, der fremlægges for repræsentantskabet.

Forslaget er blevet til i en proces, der startede i januar 2004, hvor hovedbestyrelsen deltog i en workshop om foreningens mission, vision og værdier. Siden har tillidsrepræsentantrådet, lederfraktionen, fagligt forum, etisk udvalg, arbejdsmiljøudvalget, praksisudvalget samt kredse og sekretariat deltaget i identiske workshops, ligesom de i sommeren 2004 har haft mulighed for at komme med høringssvar til det første udkast til mission, vision og værdier.

Derudover har over 300 medlemmer fulgt opfordringen til via et spørgeskema på fysio.dk at sætte billeder og ord på foreningen og give et bud på, hvad der bør være visionen for foreningen, og hvilke tre områder DF bør prioritere højest fremover.

Der er ikke tvivl om, hvilke tre områder medlemmerne mener, foreningen skal prioritere højest: Danske Fysioterapeuter skal præge sundhedspolitikken, sikre fysioterapeuter gode løn- og arbejdsforhold og styrke udvikling og forskning i fysioterapi. Disse tre områder fremgår derfor af forslaget til både mission og vision for foreningen.



De værdier, der skal være bærende for den indsats, der skal til for, at visionen opfyldes er: dokumentation, indflydelse, igangsætning, samarbejde og sammenhæng. ■

Danske Fysioterapeuters værdier:

- 1: Dokumentation: "Danske Fysioterapeuter arbejder for at dokumentere professionens faglighed og resultater".
- 2: Indflydelse: "Danske Fysioterapeuter søger mest mulig indflydelse".
- 3: Igangsætning: "Danske Fysioterapeuter iværksætter, ser og skaber muligheder".
- 4: Samarbejde: "Danske Fysioterapeuter samarbejder for at skabe resultater".
- 5: Sammenhæng: "Danske Fysioterapeuter ser og skaber sammenhæng i indsatsen".

Danske Fysioterapeuters omdrejningspunkt: "Du mærker forskellen"

Danske Fysioterapeuters mission:

"Danske Fysioterapeuter udvikler den fysioterapeutiske profession og styrker samfundets opfattelse af fysioterapis værdi for den enkelte og for helheden".

"Danske Fysioterapeuter arbejder for at sikre de bedst mulige vilkår for fysioterapeuter, når det drejer sig om løn-, arbejds- og ansættelsesvilkår, uddannelse og kompetenceudvikling".

Danske Fysioterapeuters vision:

"Danske Fysioterapeuter sætter dagsorden for, hvordan befolkningen opnår mere sundhed".

"Danske Fysioterapeuter er den naturlige samarbejdspartner for enhver person, institution eller virksomhed, der arbejder for sundhed."

"Danske Fysioterapeuter sikrer fysioterapeuter attraktive lønforhold, honorarer og arbejdsvilkår, der afspejler deres betydning for sundheden."

Medlemmet i centrum

En af foreningens vigtigste opgaver har alle dage været at servicere medlemmerne. Der har bare aldrig været en politik for det før

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Medlemsservice er en kerneydelse for Danske Fysioterapeuter. Det har hele tiden stået klart, men står nu også sort på hvidt i det forslag til politik for medlems-service, repræsentantskabet skal tage stilling til, når det mødes til oktober.

Princippet i forslaget er, at Danske Fysioterapeuters service skal være af høj kvalitet med hovedvægten lagt på løn- og arbejdsvilkår samt medlemmernes faglige interesser.

Ifølge forslaget skal rådgivningen være "Nærværende, kompetent og troværdig" og altid have medlemmet i centrum. Det skal være let og hurtigt for det enkelte medlem at få og modtage service, hvad enten det drejer sig om personlig rådgivning eller elektronisk service via foreningens hjemmesider.

Konkret betyder det, at Danske Fysioterapeuter vil arbejde for en konstant udvikling af serviceydelser inden for kerneområderne. Det betyder også, at foreningens ansatte er servicemindede og hele tiden er opdaterede med relevant ny viden, og at organisationen er så

gennemsigtig og ubureaukratisk som muligt. Det sidste vil sige, at det skal være let at komme i kontakt med ansatte og politikere såvel personligt som via telefon og email.

Alt relevant viden skal i størst muligt omfang gøres umiddelbart tilgængeligt for medlemmerne, primært via foreningens hjemmesider, og medlemmerne skal så vidt muligt elektronisk kunne betjene sig selv via hjemmesiderne.

Der skal desuden udarbejdes standarder og servicemål, som løbende evalueres, ligesom der med faste intervaller foretages medlemsundersøgelser, bl.a. med fokus på medlems-servicen. I den forbindelse er der i hovedbestyrelsens forslag til arbejdsbudget for 2005 og 2006 afsat i alt 100.000 kroner til et "elektronisk medlemspanel", der skal gøre det muligt at foretage mindre, hurtige medlemsundersøgelser. ■

fakta om...

Politikker

Foruden medlemspolitik, kommunikationspolitik og lederpolitik fremsætter hovedbestyrelsen et forslag til beslutning om, at samtlige foreningens politikker inden repræsentantskabsmødet i 2006 skal revideres i forhold til mission, vision og værdier mål for foreningen Se side 22.

Konfliktfonden

Repræsentantskabet skal tage stilling til et forslag om, at nogle af pengene fra konfliktfonden bruges til informationsmateriale og møder i løbet af forhandlingerne om en ny overenskomst for de offentligt ansatte fysioterapeuter

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Konfliktfond A er den formelle betegnelse for den kasse, der skal udbetale konfliktstøtte til strejkeramte eller lockoutede offentligt ansatte fysioterapeuter.

Konflikter på arbejdsmarkedet er imidlertid sjældne, mens der kan være andre veje til at opnå bedre løn- og arbejdsforhold, og hovedbestyrelsen har derfor gennem de seneste år ønsket at bringe pengene i spil på en anden måde. Således har udgifter til løbende information og regionale møder i overenskomstfor-

handlingsfasen været afholdt over konfliktfond A.

I forbindelse med OK-05 ønsker hovedbestyrelsen, at der foruden udgifter til regionale møder og løbende information også afholdes efterfølgende udgifter til regelsamlinger, vejledninger og lønmagasinet over konfliktfond A. Desuden foreslås det, at også ekstraordinære møder i forbindelse med overenskomstændringer og strukturreform afholdes over konfliktfonden. ■



Flere forslag

Foruden forslagene omtalt på de foregående sider, skal repræsentantskabet, når det mødes i Odense den 22.-23. oktober, blandt andet tage stilling til følgende forslag:

- Et forslag fra Fyns amtskreds om oprettelse af en ny medlemskategori for fysioterapeuter, der er i gang med videreuddannelsesaktiviteter og modtager SU. Betegnelsen skal være hvilende medlemmer, og kontingentet skal være det samme som for passive medlemmer, men i modsætning til de passive medlemmer, skal de hvilende have mulighed for at deltage i politisk arbejde i Danske Fysioterapeuter.
- Et forslag fra lørgruppen i Århus Amtskreds om en revision af "Mål for arbejdet med lokale løn- og ansættelsesforhold". Ændringerne skal sikre, at tillidsrepræsentanterne ved lønforhandling kan få samme støtte og rådgivning fra sekretariatet, som lederne kan, og at der bliver åbenhed i forhold til lønforholdene for ledere.

- Et forslag fra hovedbestyrelsen om en øgning af kontingentet til forskningsfonden fra 100 til 150 kroner pr. år.
- Et forslag fra hovedbestyrelsen om en ændring af DF's love, så hovedbestyrelsen kan godkende fraktioner for fysioterapeuter, der ikke nødvendigvis har samme overenskomstmæssige stillingskategori, men samme arbejdsfelt. Baggrunden er et ønske fra sammenslutningen af selvstændige fysioterapeuter uden overenskomst med sygesikringen om at få en tilknytning til foreningen, svarende til en fraktion.
- Et forslag fra hovedbestyrelsen om et forhøjet pensionsbidrag til formand og næstformand samt et forhøjet honorar til næstformanden.
- En ny strategi for tillidsrepræsentantområdet (se årsberetningen side 20 og artikel i Fysioterapeuten nr. 9/04) samt afsættelse af i alt 200.000 kroner i arbejdsbudgettet for 2005 og 2006 til implementering af strategien.
- Et forslag fra Etisk Udvalg til reviderede etiske retningslinjer (se artikel i Fysioterapeuten nr. 15/04).
- Et forslag fra hovedbestyrelsen om en forlængelse af projektet med kommunale netværksansvarlige, foreløbig indtil en evaluering i september 2005.
- Et forslag fra Arbejds miljøudvalget om en udvidelse af udvalget med to medlemmer, så udvalget i alt har seks medlemmer.
- I udkastet til arbejdsbudget for 2005 og 2006 er afsat i alt 1,1 millioner kroner til afholdelse af Fagfestival i 2006.
- Et forslag fra hovedbestyrelsen om bevilling af i alt 100.000 kroner i 2005 og 2006 til køb og bearbejdning af sundhedspolitiske nøgletal med henblik på at styrke den sundhedspolitiske indsats.
- Et forslag fra Ribe, Vejle og Sønderjyllands Amtskreds om et pilotprojekt i form af en medlemsundersøgelse i den kommende region Syddanmark med det formål at skabe et grundlag for arbejdet i regionsbestyrelsen og ejerskab hos medlemmerne. ■

DANSKE FYSIOTERAPEUTER | NÅRER I KONTAKT I FORENINGEN | KRÆDSE | FAGPÅRBEJDE | FØRSTENØR | TILLIDSFORLØB

FORENINGEN

JOB | SERVICE | DEBAT | UDDANNELSE | HØRER | PRAKTIKPRIVAT | LØNANSÆTTELSE | UDVILKINGSFORSKNING | FYSIOTERAPEUTEN

LÆS HELE FORSLAGET

Se alle forslag til repræsentantskabsmødet 2004 på:

www.fysio.dk/foreningen

OM FYSIO.DK | www.fysio.dk | 2004-09-20

DANSKE FYSIOTERAPEUTER | NÅRER I KONTAKT I FORENINGEN | KRÆDSE | FAGPÅRBEJDE | FØRSTENØR | TILLIDSFORLØB

Leddegigt og slidgigt



Pjecer ■ Gigtforeningen har genoptrykt hæfterne "Et liv med slidgigt" og "Et liv med leddegigt". Hæfterne henvender sig til mennesker, der ønsker information om sygdommen, og om hvordan man lever med den. I

hæfterne gennemgås de almindelige behandlingstilbud som varme/kulde, kiropraktik, massage, fysioterapi og operationsformer. Hæfterne kan bestilles på tlf. 3977 8000 og koster 20 kr. for medlemmer og 40 kr. for andre.

Læge – kend din fysioterapeut

Inkontinens ■ Læge Gorm Jensen og professor Gunnar Lose gennemgår i Ugeskrift for Læger en case med en patient, der lider af inkontinens. I artiklen understreger de, at lægen skal signalere over for patienten, at man kan og vil gøre noget ved problemet. Det er vigtigt med en grundig udredning med vandladningsskema, samtale og gynækologisk undersøgelse. I den aktuelle patientcase beskrives en yngre kvinde, der efter to fødsler, er blevet inkontinent. Kvinden er tidligere eliteidrætsudøver og har problemer med urinlækage, når hun spiller badminton. Patienten opfordres til at henvende sig til en lokal fysioterapeut med speciel indsigt i urininkontinens. Hun skal endvidere

benytte en vaginaltampon i forbindelse med, at hun spiller badminton. Gorm Jensen og Gunnar Lose opfordrer i artiklen de praktiserende læger til at undersøge, om der i lokalområdet er fysioterapeuter eller uroterapeuter, de kan henvise patienterne til. Urininkontinens. Ugeskr Læger 166/36, 30. august 2004, p. 3103.



En glemt gruppe

CP ■ Fysioterapeut Reidun Jahnsen har undersøgt, hvordan voksne med CP klarer deres hverdag. I forbindelse med sin doktorafhandling "Being adult with a childhood disease" har hun sendt spørgeskemaer til 776 voksne personer med CP. 406 har besvaret spørgsmålene. Reidun Jahnsen mener, at voksne med CP er en glemt gruppe. Mange udvikler overbelastningsskader, og en tredjedel får kroniske smerter i muskler og led. En af årsagerne til, at flere voksne

med CP holder op med at arbejde, er ifølge Reidun Jahnsens undersøgelse, at de er slidt ned. Hun mener, mange ville have glæde af at benytte kørestolen, som de måske har fravalgt, da de var børn. Reidun Jahnsen mener, det ville være en god ide at oprette systematiske overgangsordninger mellem børne- og voksenrehabiliteringen. Man kan få yderligere informationer ved henvendelse til Reidun Jahnsens på mailadressen reidun.jahnsen@rikshospitalet.no

Knæundersøgelse

Ugeskrift ■ I Ugeskrift for Læger d. 23. august 2004 gennemgår 1. reservelæge Thomas Hahn og overlæge Bent Wulff Jakobsen en klinisk knæundersøgelse. Artiklen er illustreret med foto af Lachmans test, medial stabilitetstest og test af ledansamling. Ugeskr Læger 166/35, p. 3007-09.

Inhalationssteroider

Osteoporose ■ Inhalationssteroider er hovedbehandlingen ved astma bronchiale, men også mennesker med andre obstruktive lungesygdomme behandles med inhalerede steroider. En af de frygtede bivirkninger ved behandlingen er en øget risiko for at få osteoporose. Patienter, der tager inhalationssteroider, anbefales at tage kalk og motionere. Patienter, der tager en dosis inhalationssteroid over 800µ/døgn i mere end fem år bør overveje at få foretaget en DXA-skanning. Læs mere om inhalationssteroider og risiko for osteoporose på hjemmesiden "Institut for Rationel Farmakologi" www.irf.dk

God effekt med øvelser, laser og TENS

Artrose ■ Nasjonalt Kunnskapsenter for helsetjenesten i Norge har vurderet øvelsesbehandling, laser og TENS til knæartrose. En ekspertgruppe, der bestod af læger, fysioterapeuter og sundhedsøkonomer, stod for undersøgelsen. Leder af gruppen var post doktor stipendiat, fysioterapeut Jan Magnus Bjordal. Ekspertgruppen har studeret den foreliggende evidens i systematiske oversigtsartikler og videnskabelige artikler omhandlende primære studier. De fandt, at den fysioterapeutiske behandling var bedre end forventet. Det fortæller den anden fysioterapeut i ekspertgruppen professor Inger Holm til det norske fagblad. Gennemgangen af litteraturen viste, at øvelsesbehandling hos fysioterapeut reducerer smerteniveau, bedrer funktionen og giver øget livskvalitet, hvis behandlingen gives over minimum otte uger. Laserbehandling og TENS (Transkutan elektrisk nervestimulering) giver en god korttidseffekt på smerteniveau, men dokumentationsgrundlaget bag laserbehandling er noget svagere end for TENS. Den omfattende rapport med beskrivelse af metode, undersøgelsesresultaterne og konklusionerne kan læses og downloades fra www.kunnskapsenteret.no

fysnyt

Højere honorarer og pension

Honorarerne forhøjes, rammen for den vederlagsfri fysioterapi udvides og der indføres obligatorisk pensionsordning for nye ydere. Det er hovedresultatet af en tre-årig aftale på praksisområdet, som Danske Fysioterapeuter har indgået med Sygesikringen. Aftalen skal til urafstemning hos godt 1900 praktiserende fysioterapeuter

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD
FOTO CLAUS LUNDE/POLFOTO

Tilfredsstillende aftale under de givne omstændigheder.

Sådan lød vurderingen, da Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse 15. september fik præsenteret en ny tre-årig overenskomst på praksisområdet.

I første omgang havde DFs forhandlere sagt nej til Sygesikringens tilbud. Der var for få penge i udspillet, var vurderingen. Men efter godt en måneds tænkepause, kom Sygesikringen med et nyt og mere acceptabelt udspil. Så efter yderligere to forhandlingsmøder kunne aftalen skrives under.

Overenskomsten forbedrer over en treårig periode honorarerne med 8,7 procent, fordelt på honorarstigninger og en forhøjelse af rammen for vederlagsfri fysioterapi.

Sygesikringsandelen til honorarer stiger med i alt 52 millioner kroner, svarende til 8,1 procent. Forhøjelserne sker løbende over hele perioden og udmøntes to gange årligt, 1. april og 1. oktober.

Rammen for vederlagsfri fysioterapi forhøjes årligt med 4,2 millioner kroner, svarende til 0,6 procent af Sygesikringens totale udbetalinger til fysioterapi. Beløbet svarer til den nedsættelse, som fandt sted 1. april 2004 som følge af overskridelse af rammen for vederlagsfri fysioterapi.

Dertil kommer, at indbetalingerne til praksisfonden tredobles, så der fremover indbetales 3,4 millioner kroner om året. Pengene skal bruges til projekter, udvikling og forskning. Det betyder blandt andet, at praksiscertifikatet fremover finansieres via praksisfonden og dermed kan forventes at forblive gratis at erhverve for alle praktiserende.

PENSION OG FORSIKRING

Som noget nyt bliver alle klinikejere og indlejere, der starter i praksis efter 1. april 2005, omfattet af en kollektiv pensionsordning. Indbetalingen er 1.000 kroner om måneden, og pengene sættes ind på personlig konto i et pengeinstitut. Ordningen administreres af amtet,

der modregner beløbet i de månedlige afregninger. Det er muligt frivilligt at indbetale større månedlige beløb, ligesom at praktiserende, der i dag arbejder i praksis, kan tilmelde sig ordningen.

Derudover bliver samtlige praktiserende under overenskomsten omfattet af en kollektiv erhvervsudygtighedsforsikring. Forsikringen er indbefattet i indbetalingen til pensionsordningen, mens der endnu ikke er opgjort, hvad det koster for den praktiserende som alene vil være omfattet af forsikringen. Men et overslag ligger på 200 kroner om måneden.

IT PÅ ALLE KLINIKKER

Fra den 1. januar 2006 skal alle klinikker kunne afregne elektronisk med amtet, ligesom klinikken skal kunne sende og modtage elektroniske henvendelser, epikriser samt anvende EDI-korrespondancemeddelelser efter MedCom standarder. Samarbejdsudvalget har dog mulighed for at dispensere for fristen på grund af alder og sygdom, dog maksimalt i to år.

I overenskomsten anbefales det, at samtlige fysioterapeuter anskaffer sikker og hurtig adgang til internettet, herunder digitalt certifikat, og tilmelder sig den fælles offentlige sundhedsportal Sundhed.dk. Her har de praktiserende fysioterapeuter mulighed for at kommunikere med sundhedsvæsenets øvrige parter, ligesom de kan deklare deres praksis. Det vil sige give oplysninger om klinikkens beliggenhed, størrelse, adgangsforhold, faciliteter, åbningstider m.v., samt præsentere de enkelte fysioterapeuter med køn, alder, særlige arbejds- og interesseområder m.v. Dermed får lægen og borgerne via Sundhed.dk bedre mulighed for at orientere sig og vælge klinik og fysioterapeut.

LASER OG FYSISK AKTIVITET

Overenskomsten indeholder endvidere en række mindre revisioner og reguleringer, eksempelvis forhøjes udeblivelseshonoraret fra 125 til 160 kroner, ligesom henvisninger til vederlagsfri fysioterapi fremover gælder

Med den nye overenskomstaftale får de praktiserende fysioterapeuter en honorarstigning på 8,7 procent over tre år.

i et år, og at holdingselskaber fremover er omfattet af overenskomsten.

Danske Fysioterapeuter havde ønsket, at laser, akupunktur og fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling skulle omfattes af ydelsesbeskrivelsen. Men det var Sygesikringen ikke umiddelbart indstillet på. I stedet skal der nedsættes et udvalg, der bl.a. med udgangspunkt i anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen om fysisk aktivitet skal vurdere muligheden for at få dem omfattet af ydelsesbeskrivelserne.

Endelig er beskrivelsen af praksiskonsulentfunktionen udbygget, og anbefalingerne til amterne om at udbygge ordningen skærpet, ligesom der er kommet mere specifikke retningslinier for, hvordan samarbejdsudvalgene skal tackle de såkaldte overskridelsessager. Det skal give større retssikkerhed for den enkelte praktiserende fysioterapeut.

I løbet af oktober skal overenskomsten til urafstemning blandt de godt 1.900 praktiserende fysioterapeuter, som bliver omfattet af aftalen. Hvis afstemningen giver et ja til overenskomsten, og hvis Amtsrådsforeningens bestyrelse og Sundhedsstyrelsen godkender aftalen, træder den i kraft 1. januar 2005. ■

Læs også Johnny Kuhrs leder på side 3

fakta om...

Urafstemning

I løbet af oktober skal overenskomsten til urafstemning blandt de godt 1.900 praktiserende fysioterapeuter, som bliver omfattet af aftalen. Inden da vil de alle med posten modtage protokollatet, dvs. ordlyden af de ændringer i overenskomsten, som Danske Fysioterapeuter og Sygesikringen er blevet enige om, samt en vejledning fra DF, der i detaljer gennemgår aftalens punkter. Derudover vil protokollatet og vejledningen blive offentliggjort på fysio.dk.



Fokus på fysioterapien

Med en systematisk fysioterapeutisk screening af alle relevante patienter på akut modtageafdeling på Slagelse Sygehus er der kommet fokus på fysioterapien og sat skub i det tværfaglige samarbejde

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO LARS RØNBØG

Hvad gør man, hvis man ikke føler, at fysioterapien er integreret, hvor det er relevant i et indlæggelsesforløb, og man som fysioterapeut ikke føler, at ens ressourcer bliver brugt optimalt?

Det spørgsmål stillede fysioterapeuterne i fysioterapien på Slagelse Sygehus sig selv i relation til deres tilknytning til akut modtageafdeling.

Fysioterapeuterne havde ingen naturlig gang på afdelingen. Patienterne kunne være indlagt i dagevis,

inden de blev henvist til træning eller behandling, og deres funktionsniveau dalede derfor unødigt under indlæggelsen, mente man i fysioterapien og besluttede derfor at finde ud af, hvordan man kunne bidrage med fysioterapi til den samlede intervention.

DELTAGER I MORGENMØDER

I et år har de tre fysioterapeuter, Rosa Fuglsang, Kasper Hejlesen og Signe Hansen derfor arbejdet på at



udvikle og sikre optimale patientforløb i forbindelse med fysioterapeutisk intervention.

Efter deltagelse i en temadag blev de tre inspireret til at sætte fokus på test til ældre medicinske patienter og gik derfor i gang med et konkret screeningsprojekt.

Her bliver alle relevante patienter screenet af en fysioterapeut inden for 48 timer fra indlæggelsestidspunktet med henblik på at få identificeret behov for træning og mobilisering.

Det foregår ved at fysioterapeuterne deltager i morgenmøder på alle hverdage for at få et overblik over nyindlagte patienter, og eventuel intervention koordineres samme dag.

Fysioterapeuterne screenede i begyndelsen af projektet samtlige patienter, men det viste sig uoverkommeligt, og screeningen blev derfor indskrænket til kun at gælde +65-årige, patienter med KOL, rygsmerter, DVT (dyb venetrombose), pneumonier og andre lungelidelser, diabetes mellitus, hjertekarsygdomme samt patienter som aftales på det tværfaglige morgenmøde.

DET KAN BETALE SIG

De tre fysioterapeuter, der er tilknyttet akut modtageafdeling bruger i alt 20 timer om ugen til screening med et tidsforbrug pr. patient på i gennemsnit 15 minutter. Oplevelsen er, at ressourcerne til screeningen er godt givet ud. Resultatet har blandt andet været, at patienterne kommer hurtigere i gang med eventuel fysioterapi/hurtigere får udleveret relevante hjælpemidler. Desuden er der flere patienter end tidligere, der tilbydes instruktion i lungefysioterapi,

og der er flere henvisninger til træning i kommunalt regi.

At fysioterapeuterne er mere synlige i afdelingen giver de andre faggrupper en større viden om de fysioterapeutiske kompetencer, og en af projektets sidegevinster bliver derved mere tværfaglighed og mere fokus på aktivitet. De tre fysioterapeuter bag projektet konkluderer desuden, at screeningen også udvikler fysioterapeutens egne kompetencer, og herudover optimeres det tværsektorielle samarbejde, idet langt flere patienter end tidligere henvises til vedligeholdende træning. ■

fakta om...

Fra september 2003 til juli 2004 er 1.793 patienter blevet screenet. 491 fik tilbudt træning, 596 fik tilbudt hjælpemidler, og 48 fik tilbudt genoptrænings- og vedligeholdelsesplaner.

fakta om...

For at få en standardiseret fremgangsmåde til screeningen blev udarbejdet et screeningsark indeholdende patientdata, indlæggelsesdiagnose, oplysninger om habituel funktionsniveau, motionsvaner, sociale aktiviteter, funktionelle test (Timed Up and Go + Guralniks balancetest), oplysninger om hjælpemidler samt felt til fysioterapeutisk vurdering.

STUDERENDE SØGES

Danske Fysioterapeuter har en ledig plads i Internationalt Udvalg til en fysioterapeutstuderende.

Internationalt udvalg har til formål at

- være rådgivende og vejledende i forhold til Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse og sekretariat i sager vedr. general meetings i internationale fysioterapeutorganisationer, internationale fysioterapeuters samarbejde, grund- efter- og videreuddannelse, professionsudvikling, fri bevægelighed, m.v.
- holde sig løbende orienteret om arbejdet i de internationale fysioterapeut organisationer, WCPT m.v. samt i internationale emner med fysioterapirelevans
- løbende informere udadtil om Danske Fysioterapeuters internationale samarbejde.

Studerende opfordres til at melde sig til den ledige post i udvalget **senest den 22. oktober** til eh@fysio.dk, til Elisabeth Haase på telefon 3341 4623 eller til Nina Holten på telefon 3341 4646, der også besvarer eventuelle spørgsmål.

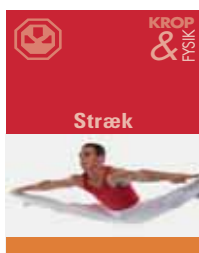
Fire nye pjecer

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.

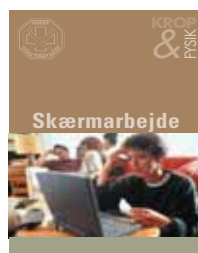
Pjecer



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 rygmerter, Osteoporose og Nakkesmerter. 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 rygmerter”

_____ 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.

Rehabiliteringsbegrebet til debat

Rehabilitering er meget mere end behandling og genoptræning. Hvordan opnås et **paradigmeskifte**?

DEBATINDLÆG

LOTTE PETERSEN, FYSIOTERAPILÆRER, MASTER I REHABILITERING, CVU SYD, ERGOTERAPEUT- OG FYSIOTERAPEUTSKOLEN I NÆSTVED

Rehabilitering er sat på dagsordenen, og rehabiliteringsbegrebet er derfor til debat. Det blev blandt andet manifesteret ved en konference ved Syddansk Universitet i Odense torsdag d. 26. august (omtalt i Fysioterapeuten nr. 16, red.) med en præsentation af en dansk definition på rehabiliteringsbegrebet:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.”

Med udgangspunkt i første udkast til hvidbogen, de kritiske input på konferencen og min baggrund som nylig udklækket master i Rehabilitering er det mit ønske at føre debatten videre ud i en større sammenhæng, da jeg mener, der er væsentlige problematikker, der bør sættes fokus på.

Ser vi på rehabiliteringsbegrebet i historisk sammenhæng, så har det traditionelt været brugt inden for det naturvidenskabelige paradigme og er ofte brugt synonymt med genoptræning. Krigsinvalidere fra de to verdenskrige kom hjem med amputerede lemmer og skulle genoptrænes til igen at fungere som før, og som det forventes af ”normale”.

Men som det fremgår af ovenstående definition, er rehabilitering meget mere end behandling og genoptræning. Denne klarhed er dog ikke åbenlys, hvis skal tage en del af kritikken på konferencen til efterretning.

Anders Hede fra Huset Mandag Morgen kritiserede (som også beskrevet i Fysioterapeuten nr. 16, red.) blandt andet det paradoksale i, at en person med et overskueligt funktionsproblem som for eksempel en brækket hånd i forhold til ovenstående definition nu

skal igennem en længere proces, hvor hele vedkommendes liv skal foldes ud.

Dette, mener jeg, er helt forfejlet, og er et udtryk for, at man ikke har forstået hvad forskellen på behandling og rehabilitering er. En brækket hånd skal behandles med reponering og immobilisering og derefter genoptrænes, for så vidt der ikke er andre problemer eller komplikationer, der kræver en yderligere indsats. Her er der ikke tale om rehabilitering. Rehabilitering er kendetegnet ved en flerfaglig koordineret indsats til en borger med sammensatte behov, en proces hvori behandling og genoptræning af forskellig slags kan indgå som en del af indsatsen. Det er derfor vigtigt med en afklaring og skelnen mellem begreber som behandling, genoptræning og rehabilitering, så der ikke kan være nogen tvivl om, hvornår der er tale om at iværksætte en rehabiliteringsproces.

I den forbindelse er det også nødvendigt at præcisere, hvad er menes med at være i risiko for at få begrænsninger i funktionsevne. Vi kan jo alle siges at være i en potentiel risiko for at få en funktionsnedsættelse i kraft af, at vi står op hver morgen og går ud af døren, hvilket jo ikke betyder, at vi alle konstant skal ses i en rehabiliteringssammenhæng. I hvidbogen præciseres denne formulering ved, som at det er baseret på en vurdering af fagfolk, hvorvidt man er i en risikogruppe, og formålet er en tidlig indsats for at undgå tilbagefald eller forværring af situationen.

Jeg mener, det kan diskuteres, hvorvidt denne vurdering kun skal foretages af fagfolk, hvis man skal tage det alvorligt, at rehabilitering skal være med udgangspunkt i borgerens hele livssituation og beslutninger. Der kunne være tale om, at en pårørende, som kender personen godt, bedre er i stand til at se, hvornår der kan være tale om en risiko om tilbagefald eller forværring, end en fagprofessionel vil være.

Professor i filosofi Uffe Juul Jensen rejste ved konfe- ▶

- rencen en kritik, der gik på, at hvidbogen i høj grad var baseret på de fagprofessionelles perspektiv på rehabilitering, og at rehabilitering i højere grad skal tænkes ind i en samfundsmæssig og politisk sammenhæng. Desuden mener han, der er behov for en begrebsafklaring. Mange af de begreber, der opereres med i denne sammenhæng såsom sygdom, sundhed, handicap og rehabilitering, står der strid om, og arenaen, hvor der kæmpes om disse begreber er ifølge Uffe Juul Jensen i skæringspunktet mellem den professionelle praksis, den statslige praksis og det civile samfund. Ifølge Uffe Juul Jensen repræsenterer hvidbogen det professionelle standpunkt i forandring, men hvor borgeren mest figurerer i en parentes sat af de professionelle. Jeg er meget enig i Uffe Juul Jensens kritik og savner som han et større fokus på det enkelte individs perspektiv og erfaringer.

Der bør desuden foretages en afklaring af spørgsmål om, hvad der er et selvstændigt og meningsfuldt liv i dagens Danmark, hvor der stadig hersker et forholdsvist snævert syn på, hvad der er "normalt", og hvor stigmatisering og det at stemple mennesker på baggrund af handicap og funktionsnedsættelse er fakta, vi ikke kan se bort fra. Brugerorganisationer og handicappede bør derfor have en mere central plads i udvikling af rehabiliteringsbegrebet som repræsentanter for det civile samfund, og vi må gøre os overvejelser om, hvordan vi kan inddrage menneskers erfaringer gennem et "levet liv" i rehabiliteringsbegrebet og i rehabiliteringsprocessen.

Anders Hede rejste en del spørgsmål i sin kritik af hvidbogen. Blandt andet pointerede han, at det er nemt at tale om problemerne, men sværere at gøre noget ved dem. Han henviste til, at hvis man ser tilbage på de rapporter, der er lavet omkring rehabilitering, står der stort set det samme, hvilket er et udtryk for, at debatten ikke flytter sig særlig meget. Der mangler mere handling.

Heri er jeg helt enig. Og man kan spørge sig selv, hvorfor denne handling udebliver? Måske fordi vi ikke er helt klar over, hvad det er for konkrete handlinger der skal iværksættes, og måske fordi der i bund og grund er tale om behov for et paradigmeskifte, hvilket også fremhæves i hvidbogen. Rehabiliteringsbegrebet har som tidligere nævnt rødder i det naturvidenskabelige og medicinske paradigme, som er fremherskende inden for sundhedsvidenskaben. Skal rehabiliteringsbegrebet, som det bliver defineret, tages alvorligt, skal vi have en mere helhedsorienteret indfaldsvinkel til de mennesker, der skal rehabiliteres, hvilket betyder at humanistiske og samfundsvidenskabelige fagfelter skal inddrages som basis for rehabilitering. Men hvor gode betingelser har disse i et samfund, hvor der stilles krav om evidens og videnskabelig tilgang til rehabiliteringsindsatsen? Et samfund, hvor der i visse sammenhænge stadig hersker en bestemt opfattelse af, hvilke krav der må stilles, for at der kan være tale om evidens, og hvilken form for viden der kan kaldes videnskabelig. Behovet for et paradigmeskifte blev debatteret på konferencen, og på spørgsmålet om hvad der skulle til for at fremme dette svarede læge Finn Biering Sørensen (repræsentant for tænketanken), at det drejede sig om ledelse, og at man måtte overbevise nogle overlæger om det nyttige i at se mere helhedsorienteret på rehabilitering. Desuden at der bør fokuseres på kompetencer inden for rehabilitering i potentielle stillingsopslag.

Anders Hede pointerede det problematiske i den manglende prestige inden for rehabilitering og fremhævede, at nogle faggrupper (læger??) skal ændre filosofi og adfærd. At der må opereres med "lokkemad" som forskningsmidler for at skabe prestige inden for rehabiliteringsfeltet fremgår af rapporten "Genoptræning – fra problem til princip". Men er overbevisning af nogle ledende overlæger, krav om kompetencer i stillingsopslag samt forskningsmidler så tilstrækkelig handling til at skabe et paradigmeskifte?

Næppe! Vi arbejder i vores sundhedssystem i dag stadig med en hierarkisk opbygning, hvor de tiltag, der skal sættes i værk, også i en rehabiliteringssammenhæng, ofte skal ordineres af en læge. Det må derfor også være disse læger, der skal have kompetencer inden for rehabiliteringsfeltet. Og hvordan får de så det? Ja, en mulighed er jo for eksempel at erhverve sig disse ved en master i rehabilitering, som nu er en mulighed. Men hvor mange læger ser vi her? På det første hold har der været to ud af 29, så det er måske ikke her vi skal sætte vores lid. Og kan det virkelig være rigtigt,

opslagstavlen

Til salg

■ Bobath briks 200 cm x 200 cm, elektrisk, 5 år gl. sælges. Kontakt Thyra Skou, tlf.: 8773 0113, email: tsk@langaa.dk

at det skal være økonomi og forskningsmidler, der skal være grundlag for et paradigmeskifte? Det er i så fald nogle andre underliggende "værdier", rehabiliteringsbegrebet bygges op omkring, hvilket der næppe er nogen, der i længden er tjent med!

Nej, der skal andre og mere omfattende og radikale tiltag til, for at der kan sættes skub i et nødvendigt paradigmeskifte. Måske skulle man overveje ikke kun at overbevise nogle ledende overlæger om vigtigheden af humanistiske og samfundsvidenskabelige tilgange til mennesker med rehabiliteringsbehov, men at kigge på værdigrundlagene i de grunduddannelser, som skal uddanne fagfolk til at indgå i rehabiliteringssammenhænge – og det er mange! Jeg tror blandt andet, vi er nødt til at bygge på et fælles fundament og en fælles forståelse af, hvad der er viden og evidens, og det skal være et fundament, der er bredere end det vi ser i dag. Jeg ser dette paradigmeskifte som den største udfordring i relation til en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, og mener, det er her, vi skal have vores fokus, hvis vi vil gøre ord til handling. Men det er til gengæld også her, de største barrierer findes, og et paradigmeskifte er næppe noget, vi vil se over de næste 5 eller 10 år – det vil tage tid, og det er derfor nemmere at tage fat på nogle mere håndgribelige tiltag som handleplaner, standarder, dokumentation osv.

Et andet omdrejningspunkt, som Anders Hede var inde på, er krav om, at rehabilitering skal være rutine og skal bygges op omkring standarder på baggrund af dokumenteret viden. Det, mener jeg, til gengæld kræver en præcisering. Der er ingen tvivl om, at standarder, rutiner, dokumentation, kvalitetssikring og akkreditering er vilkår, som vi ikke kan komme uden om, og som er nødvendige. Særligt når vi taler behandling. Når vi taler om rehabilitering, mener jeg dog, det er vigtigt, hvis vi skal have borgeren og dennes livssituation og beslutninger i centrum, at vi har mulighed for de helt individuelle og unikke tiltag, med udgangspunkt i den enkeltes behov. Det er her, begreberne behandling og rehabilitering igen bliver lidt uklare.

I en rehabiliteringsindsats kan der være behov for forskellige behandlingstiltag, som hver især bygger på standarder og rutiner, som er vidensbaserede. Men at tale om standardiserede og rutineprægede rehabiliteringsprocesser, tilrettelagt individuelt ud fra et unikt menneskes behov, ressourcer og mål, mener jeg er misforstået. Standardiseret ved, at der skal være én, der kan koordinere processen, standardiseret ved at der skal lægges en individuel plan, standardiseret ved

at der skal tages udgangspunkt i det enkelte individs behov osv. - ja, så kan der tales om standarder og rutiner. Men det skal i så fald præciseres.

Det er tværtimod min påstand, at man i visse tilfælde spilder dyrebare ressourcer i sundhedssystemet ved at tilbyde "standarder" til alle, uden at man har tilstrækkeligt indblik i den enkelte borgers baggrund til at vurdere, hvorvidt man i særlige tilfælde faktisk skal afvige fra en rutine, fordi personen har et andet behov og nogle andre forudsætninger end "gennemsnittet". At tage kvalificeret stilling til en eventuel afvigelse fra en rutine kræver dog viden, erfaring og kompetencer hos de fagprofessionelle, hvorfor en løbende udvikling af disse kompetencer må være et krav.

Det er min opfattelse, at hvidbogen er et utrolig godt udgangspunkt at diskutere rehabiliteringsbegrebet ud fra. Det er et godt og nødvendigt initiativ, der er taget, og det er nu en fælles opgave for alle deltagere i rehabiliteringsfeltet at gøre dette arbejde færdigt. Som det nok fremgår af ovenstående, er der efter min mening stadig brug for en afklaring af forskellige begreber, der bruges i sammenhæng med rehabilitering. Uffe Juul Jensen påpegede i sin kritik, at begreber ikke udvikler sig selv, men udvikles af mennesker og af praksis.

Et middel hertil er blandt andet konferencer, hvor begreber kan debatteres af fagfolk med rødder i hver deres praksis. Men de personer, det handler om, og som skal rehabiliteres, har også deres "praksis", og staten har også sin "praksis", hvorfor det er nødvendigt at folde debatten ud i en større sammenhæng for at supplere hvidbogens definition, således at samfundsmæssige, politiske og kulturelle perspektiver ligeledes belyses. Og sidst men ikke mindst, at de "handicappedes" perspektiv inddrages som et centralt element. ■



Debatindlæg kan sendes til Fysioterapeuten. Skriv kort. Redaktionen forbeholder sig ret til at returnere eller forkorte indlæg. Materiale sendes til redaktionen@fysio.dk - eller med post til Fysioterapeuten, Nørre Voldgade 90, 1358 Kbh. K.

Fysioterapeuten nr. 19/2004 udkommer 29. oktober.

Deadline for debat: 14. oktober.

Trænings- og Rehab Kongres 2004

Herning Kongrescenter weekenden 30. og 31. oktober

Robert Lardner i Danmark....



Kongressens store udenlandske navn er Robert Lardner. Måske du ikke kender ham, men han bør opleves. Robert Lardner er én af de internationalt store kapaciteter indenfor rehabilitering med tanken om "det hele menneske". Han har en eminent evne til at integrere funktionel og strukturel tankegang, med øje for nervesystemets kontrol af menneskekroppen. Med læremestre som Karel Lewitt og Vladimir Janda, er han en af de helt store - han bør opleves mindst én gang af alle!

Vi har derfor også valgt at arrangere et eksklusivt dagskursus (PREkongres) med ham fredag den 29. oktober fra kl. 11-17.

Gå ikke glip af chancen - oplev Robert Lardner på kongressen eller deltag på ovenstående PREkongres for kun kr. 2.275,-

SIDSTE UDKALD!!

Tilmelding senest 10. oktober 2004

Vi har grundet stor efterspørgsel indsat EKSTRA sessioner på kongressen, hvor du blandt andre kan opleve: *Fys. Robert Lardner, Fys. Birte Carstensen, Dr. Klaus Bak, Fys. John Verner, Fys. Marianne Olafsson, Dr. Jerk W. Langer og mange flere...*

Vælg mellem 32 forskellige workshops og foredrag, frokost begge dage, T-shirt og en gave fra PROacademy. Du har også mulighed for at bestille overnatning samt tilmelde dig middag lørdag aften.

Hele weekenden koster kun Kr. 1.975,-

Vi garanterer en kæmpe faglig oplevelse - **Kom og mød dine kollegaer!!**

SKYND DIG! - der er kun få pladser!!

- Al tilmelding foregår på www.proacademy.dk -

Kongres og/eller PREkongres tilmelding -

Senest 10. oktober 2004 på www.proacademy.dk eller ved henvendelse på telefon 4362 6243

PROacademy



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

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

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

Varemærket er;

Funktionel Træning og Rehabilitering
- Træning der gør en forskel!

KURSUSKATALOG 2004

- Bestil dit eksemplar på www.proacademy.dk -

