

Nr. 22/december/2004
86. årgang



Bogklub

Fysioterapeuter kan
fremover købe bøger
med op til 35 procent
rabat. Side 24

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

Smerter

Forskning fører til ny strategi
for behandling.

SIDE 6



Artikler

Ekspérimentel kortlægning af muskelsmerter



Den bedst mulige behandling af smerter i muskler og skelet opnås, hvis ny viden omkring smertemekanismer inddrages. Specielt er det vigtigt at inddrage fænomenet omkring central sensitisering.

6

Med helbredet som indsats

En næsten religiøs holdning til behandlingsprincipper. Sådan forklarer ergoterapeut i Arbejdstilsynet, Susanne Wiuff, det fænomen, at ergo- og fysioterapeuter sætter deres egen sikkerhed i anden række ved at udføre forflytninger uden hjælpemidler

18

Fysioterapeuten som personlig træner



Begrebet personlig træner er ved at blive almindeligt, og klienter er blevet til kunder.

21

Fysioterapeuternes bogklub

Fysioterapeuter kan fremover købe billige fagbøger udgivet på FADL's forlag. Medlemmer af Danske Fysioterapeuter får op til 35 procent rabat.

24

Stemmer og konflikter sammen



Sammenholdet i Sundhedskartellet er blevet forseglet i en fælles forhandlingsaftale, som betyder, at de enkelte faggrupper stemmer og konflikter sammen.

26

Den farlige julefrokost

Som bekendt er julefrokoster forbundet med visse farer. Den gode nyhed er, at nogle af dem kan udløse erstatning, hvis det går galt. Snubler man for eksempel over en ølflaske eller forvrider ryggen på dansegulvet, er der mulighed for erstatning fra arbejdspladsens forsikring. Dette gælder dog kun så længe uheldet finder sted under den arrangerede del af festen. Bladet Arbejds miljø fortæller om en medarbejder, der brækkede halebenet ved at glide i en sjat øl. Han fik erstatning, mens en medarbejder, der brækkede foden ved at snuble på en trappe, fik afslag, fordi det skete, efter arbejdsgiveren var gået hjem. Det er uvist om ulykker i forbindelse med kopiering under festen har givet anledning til erstatningssager.

Kilde: Arbejds miljø nr. 11/04



Foto: Michael Medgyesi/Scanpix

Det faste

| | |
|------------|---------|
| Fysnyt | 4,26,28 |
| Litteratur | 24 |
| DFnyt | 27 |
| Kalender | 30 |
| Uddannelse | 33 |
| Job | 39 |



FORSIDE:
GITTE SKOV

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



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Stavgang over skatten

For nylig blev jeg ringet op af en journalist, der ville vide noget mere om stavgang. Vi talte lidt frem og tilbage om fænomenet: Om de mange danskere, der har købt stave og vandrer af sted alene eller i flok. Om hvor godt det er, at alle de mennesker kommer ud og bevæger sig. Og så kom spørgsmålet: Skal der være offentligt tilskud til stavgang?

Mit svar var ja. Selvfølgelig. Stavgang er fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er behandling på linie med medicin og en anerkendt sundhedsfaglig behandlingsform. Hvis det sundhedsfagligt anbefales at behandle en patient med fysisk aktivitet, og stavgang er relevant, skal det naturligvis bruges – i regi af klinikker, hospitaler, kommunale genoptræningscentre osv.

Journalistens meget relevante spørgsmål viser, at vi fysioterapeuter har en stor kommunikationsopgave. Vi har stadig ikke fået budskabet om fysisk aktivitet som behandlingsform ud over rampen.

Derfor er det vigtigt, at fysioterapeuter tager del i debatten, at vi viser os på banen, også i det offentlige rum, og gang på gang understreger, at fysisk aktivitet ikke bare handler om velvære og gode sociale relationer, men at det også virker som behandling. Det betyder, at fysisk aktivitet skal være på linie med alle andre behandlingsformer. Der skal være samme tilskud som til andre anerkendte behandlinger, og der skal forskes i fysisk aktivitet som i andre anerkendte behandlinger. Vores kommunikationsopgave bliver godt hjulpet på vej af Sundhedsstyrelsens Håndbog om Fysisk Aktivitet, men vi må også se i øjnene, at det nok er de færreste borgere, der har læst den. Derfor må vi blive ved med at gentage budskabet.

Så ja, naturligvis skal vi fysioterapeuter støtte den skatteyderbetalte stavgang, for patienterne har forventning om, at vi giver den fagligt bedste behandling, og vi har pligt til at give den. Også selvom stavgang kan se lidt sjovt ud.

Glædelig jul og godt nytår!

Utraditionelt samarbejde

Sklerose ■ Fem etablerede behandlere og fem udøvere af alternative behandlingsformer går sammen om at finde den bedst mulige behandling for mennesker med sklerose. 'Projekt Behandlerteam' er et initiativ fra Scleroseforeningen til 7,5 mio. kroner. Rekrutteringen af patienter vil ske fra forsommeren 2005, og mellem 300 og 400 skleroseramte vil komme til at deltage i projektet i de følgende år. De to behandlergrupper vil i fællesskab søge at finde frem til den behandling, der passer den enkelte patient bedst. Forsøget skal afvikles på Sclerosecenter Haslev, og resultaterne vil blive sammenlignet med en kontrolgruppe af andre normalt behandlede sklerosepatienter på Sclerosecenter Ry.

fysnyt

Smerter øger faldrisiko

Ældre ■ 1000 australiere indgik i en undersøgelse af faldrisikoen blandt ældre +65-årige. De ældre i undersøgelsen, der alle var hjemmeboende, blev inddelt i tre grupper: dem, der faldt ofte (to eller flere faldepisoder), sjældent (et fald) og aldrig. 29 procent af de ældre rapporterede, at de var faldet i det sidste år. 19 procent faldt én gang og kun 10 procent mere end én gang. Det var primært kvinder, der faldt og kvinderne led endvidere af flere sygdomme. Der var desuden sammenhæng mellem faldepisoder, dårligt syn og rygsmerte. 17 procent af dem, der var faldet mere end én gang det sidste år, angav, at de var bange for at falde. Kun 7 procent af dem, der faldt én gang, var bange for at falde. *Morris et al: Predisposing for occasional multiple falls in older Australians who live at home. Austr Jour Physiotherapy 2004, vol. 50, s. 153-59.*



Fedtsyrer, antioxidanter og fysioterapi

Forskning ■ Den danske fysioterapeut Søren Mavrogenis har sammen med to forskere fra Bodø undersøgt effekten af fysioterapi og indtagelsen af præparatet Bio-Sport, som indeholder en kombination af fedtsyrer og antioxidanter. Denne behandling blev afprøvet på 40 aktive motionister, der havde en længerevarende overbelastningsskade. De inkluderede blev delt i to grupper. Den ene gruppe fik behandling med ultralyd kombineret med Bio-Sport. Den anden gruppe fungerede som kontrolgruppe og fik ultralyd og snydepille. Efter en måneds behandling blev der målt en 99 procent smertelindring hos dem, der havde fået Bio-Sport kombineret med fysioterapi. I kontrolgruppen fik kun 31 procent smertelindring. Motionisterne, der havde fået en kombinationsbehandling af fysioterapi og Bio-Sport kom hurtigere i gang med deres idræt. *Mavrogenis*

S, Johannessen E, Jensen P, Sindberg C: "The effects of essential fatty acids and antioxidants combined with physiotherapy treatment in recreational athletes with chronic tendon disorders. A randomised, double-blind, placebo-controlled study". Physical Therapy in Sport 5 (2004) 194-99.



Ultralyd og laser til carpal tunnel syndrom

Behandling ■ To iranske forskere har sammenlignet effekten af ultralyd og laser til behandling af carpal tunnel syndrom. 40 patienter med dobbeltsidigt og 10 med enkeltsidigt carpal tunnel syndrom indgik i studiet. Patienter med problemet i begge arme blev delt i to grupper. Den ene gruppe fik behandling med ultralyd på højre side og laser (LLLT) på venstre. I den anden gruppe fik de inkluderende den samme behandling, men bare på

modsatte side. De ti patienter, der kun havde et enkeltsidigt problem blev delt i to grupper, der enten fik laser- eller ultralydsbehandling. De tviste sig, at der var størst effekt af ultralydsbehandlingen, både hvad angik smerter, styrken i pincetgribet og gribestyrke. *Bakhtiary HA, Rashid-Pour A: Ultrasound and laser Therapy in the treatment of carpal tunnel syndrome, Austr Jour Physiotherapy 2004, vol. 50, s. 147-51.*

MARKEDETS BEDSTE KØB

POWER LASER

-et effektivt værktøj i klinikken

FORDELE ved laserterapi:

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

NU KUN 29.500,-
(inkl. moms)

Køb NU og betal til næste år. Udnyt fradraget i år.

LASERTERAPI = evidensbaseret fysioterapi

GRATIS SPECIALKURSER

- laserterapi for fysioterapeuter

I samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted

14. december København

25. januar Aalborg

8. februar København

Alle dage kl. 17.00 - 21.00

Let anretning serveres

Se flere datoer på www.andi.dk



CE₀₅₄₃

HØJ KVALITET



POWER LASER

- 500 mW
- 5 terapi-PROGRAMMER
- gedigent DESIGN
- TRÅDLØS
- batteridrevet
- 3 års GARANTI
- informativ PATIENTFOLDER
- 2 års forbrug inkl. ved køb
- RÅDGIVNING
- SUPPORT
- 22 års erfaring
- Terapimanual
- GRATIS hotline til
fysioterapeut Jesper Kousted
35 36 18 14

ANDI ELECTROMEDICAL har udviklet og produceret laserterapiudstyr siden 1982

ANDI ELECTROMEDICAL

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

Fax +45 59 44 29 11 · info@andi.dk

www.andi.dk

Eksperimentel kortlægning af musk

Den bedst mulige behandling af smerter i muskler og skelet opnås, hvis ny viden om smertemekanismer inddrages. Fænomenet om central sensitisering er specielt vigtigt

AF LEKTOR, PH.D. THOMAS GRAVEN-NIELSEN,
FYSIOTERAPEUT, PH.D. STUDERENDE HELLE ANDERSEN,
CENTER FOR SANSE-MOTORISK INTERAKTION (SMI),
AALBORG UNIVERSITET
ILLU: VASA JIRI, POLFOTO /HENNING CHRISTENSEN

Muskelsmerter er et stort klinisk problem i forbindelse med sygdom, overbelastningsskader samt akutte skader. Humane eksperimentelle studier til belysning af mekanismerne bag muskelsmerter kan være af stor betydning for udvikling af en mere rationel og effektiv forebyggelse og behandling.

Muskuloskeletale sygdomme er ofte forbundet med muskelsmerter; behandling samt genoptræning i forbindelse hermed er tidligere opgjort til den anden mest udgiftskrævende post i det danske sundhedssystem (21). Prævalensen af muskelsmerter i et repræsentativ udsnit af den danske befolkning (1504 personer, 30 til 60 år)

er 37 procent og 65 procent for henholdsvis mænd og kvinder (7).

Human smerteforskning kan opdeles i klinisk og eksperimentel forskning. Eksperimentel smerteforskning er i dag et forskningsområde med en bred tværfaglig forskningsprofil, der kan opdeles i to discipliner:

- Smerteinduktion hos raske frivillige forsøgspersoner
- Vurdering af de sensoriske og motoriske konsekvenser af smerten.

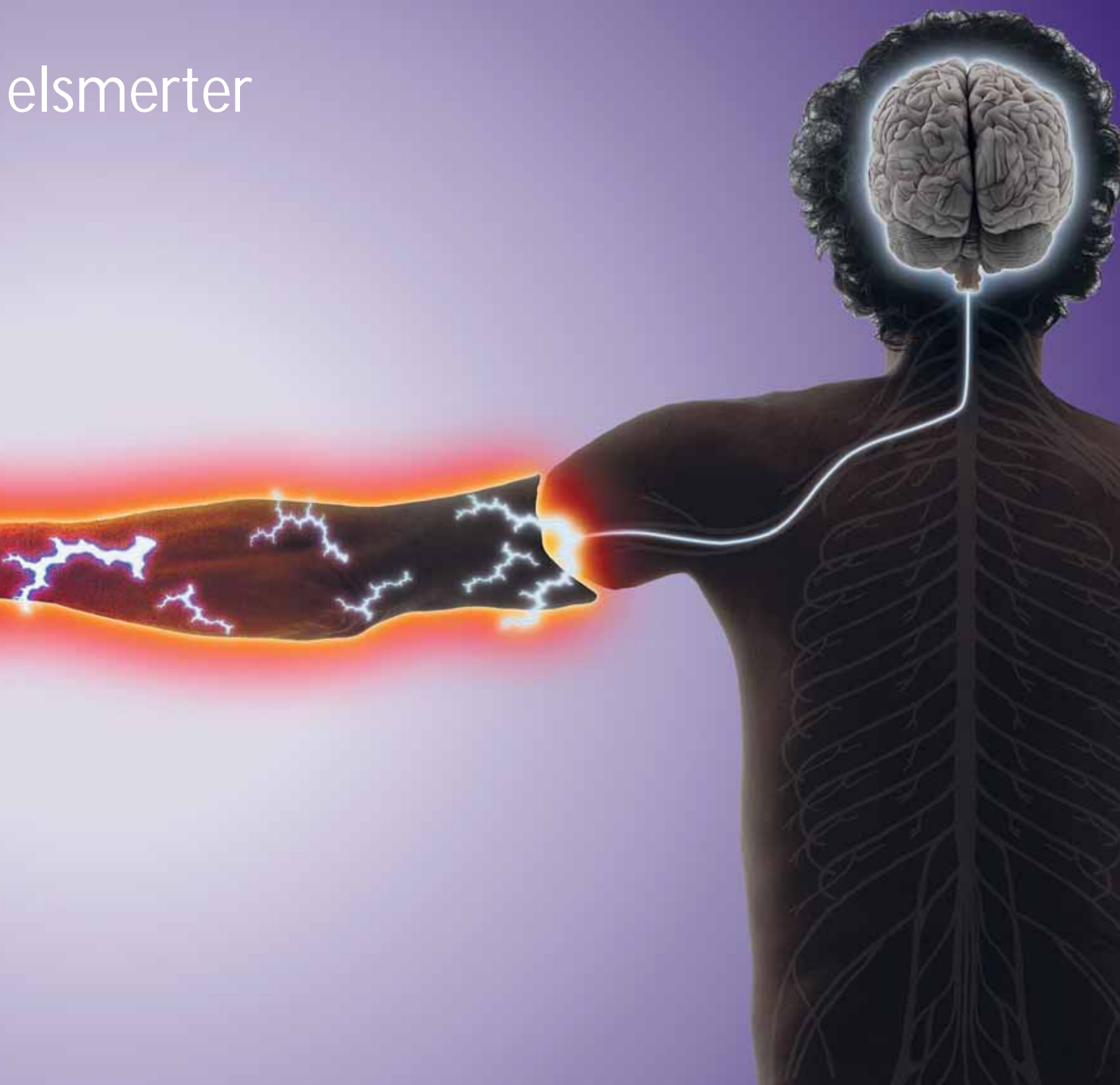
På grund af manglende teknikker er der gennemført relativt få studier med eksperimentel muskelsmerte set i forhold til eksperimentelle studier med hudsmerte. Dette på trods af den betydelige kliniske relevans af muskelsmerte.

indgang

■ Eksperimentelt induceret muskelsmerte giver vigtige informationer om smertemekanismerne. I artiklen gennemgås blandt andet viden om muskelsmerters effekt på muskelaktivitet, det teoretiske grundlag for triggerpunkter og den nye videns betydning for terapeutisk intervention.



elsmerter



- ▶ I denne artikel beskrives nye teknikker til induktion af eksperimentel muskelsmerte samt de sensoriske manifestationer og den sanse-motoriske interaktion som følge af muskelsmerte.

SMERTEMÅLING

Der er de seneste 20-25 år sket en kraftig teknisk udvikling af mulighederne for at måle psykofysiske og fysiologiske reaktioner, som har med smertesystemets tilstand at gøre.

Smerte som sådan kan ikke måles, men derimod kan de underliggende neurofysiologiske smerteprocesser (nociceptive processer), som fører til opfattelsen af smerte, måles og kvantificeres. Ved at påføre smerte på raske forsøgspersoner kan det undersøges, hvordan nervesystemet reagerer på en standardiseret smerte.

Den raske forsøgsperson kan altså opfattes som en standardiseret smertepatient i et kort tidsrum. Undersøges tilstanden af nervesystemet før og under smerte eller før og efter behandling, kan der opnås ny kvantitativ viden omkring de involverede smertemekanismer. Til at udløse en smertereaktion påføres eksempelvis muskler en standardiseret stimulation, der matcher de fysiologiske stimulations modaliteter, som er kendte for at aktivere nociceptorerne (smertereceptorer).

Det kunne være tryk appliceret på muskel ved en stimulator, der kontrolleres af en computer, således at trykintensitet og tidsmæssige parameter kan styres med stor nøjagtighed (fig. 1).

Et andet eksempel er kemisk påvirkning af nociceptorer i musklen ved computerstyret injektioner af

smerteproducerende substanser. Elektrisk stimulation af alle tilgængelige vævstyper kan ske ved anvendelse af specielle elektroder. Denne metode kan inducere smerte, der dog ikke er fysiologisk eller specifik, idet der sker en direkte aktivering af nervefibre, der har med såvel smerte som termale/mechaniske fibre at gøre.

Disse eksempler på stimulationsteknikker er alle metoder, der via højteknologi kan inducere smerte på standardiseret og kvantitativ vis. På figur 2 ses et typisk eksempel på en eksperimentel forsøgssituation.

MUSKELSMERTE

Musklernes nociceptorer signalerer en potentiel eller aktuel vævsskade i musklen. Nociceptorerne består af gruppe III og IV nervefibre, der kan exciteres af mekaniske, kemiske og elektriske stimuli. Gruppe III og IV nervefibre ender hovedsageligt i lamina I og IV-V i baghornet af rygmargen, og anden ordens neuroner (dorsal horn neuroner) projicerer muskulær nociception videre til talamus og hjernebarken (19).

Kraftig overbelastning af muskelvæv kan excitere nociceptorer direkte på grund af den mekaniske påvirkning. Sprængning eller overbelastning af muskelfibre resulterer i forøget intramuskulær koncentration af endogene substanser (heriblandt kalium, bradykinin, serotonin), som kemisk exciterer nociceptorerne og derved giver anledning til muskelsmerte (19). Muskelsmerte ved en akut skade kan således forklares ved den mekaniske excitering af nociceptorerne (på grund af den akutte mekaniske belastning), og den efterfølgende ømhed er sandsynligvis relateret til frigivelse af ▶

Figur 1. Apparat til at undersøge musklernes smertesensitivitet til mekanisk tryk. Trykket appliceres på musklen ved en aktuator, der computerkontrolleres, således at trykintensitet og tidsmæssige parameter kan styres med stor nøjagtighed.



Trykket forøges gradvis, og når eksempelvis smertetærsklen opnås, trykker patienten på en trykknop. Det tryk, der netop er tilstrækkeligt for at inducere smerte, registreres; et kvantitativt mål for smertesensitiviteten.

Figur 2. En typisk eksperimentel situation, hvor der undersøges sensoriske fænomener ved eksperimentelt induceret muskelsmerte. Eksempelvis undersøges smertesensitiviteten til trykstimulation i området med medelt smerte.



Træning med **hjerne**

Bliv stærkere og klogere
med Equilibrium
- en intelligent træningsserie

Hvorfor kravle når du kan gå? Fra barnsben sker din udvikling gennem konstante udfordringer af krop og hjerne. Og du er aldrig færdig med at udvikle dig - uanset alder er der altid nye udfordringer at hente. Equilibrium er det unikke resultat af menneskelig intelligens skabt til at styrke dig, din krop og din hjerne. Equilibrium er for dig, der ønsker en mere intelligent træningsform.



- Træning i frie baner styrker din krop og stiller krav til hjernen om koordination.
- Ergonomisk korrekt stokkestol. Giver optimale træningsbetingelser.
- Ideel til genoptræning.
- Flot italiensk design.

**Bcube**
the smart fitness partner

**KEBO CARE**

Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre
Tlf.: 36 39 80 00 • Fax: 39 39 80 55
info@kebocare.dk • www.kebocare.dk

- ▶ endogene smerteproducerende substanser, der kan excitere eller sensitisere nociceptorene.

En anden muskulær smertetilstand er kendetegnet ved at optræde et til to døgn efter en kraftig ekscentrisk belastning af musklen (DOMS – Delayed Onset Muscle Soreness). I dette tilfælde opstår muskelsmerten efter kraftige ekscentriske kontraktioner. Denne anvendelse af musklen kan virke overbelastende, så der frigives substanser, der sensitiserer nociceptorene. Efter et døgn vil almindeligt muskelarbejde excitere nociceptorene på grund af sensitiseringen. Dette forklarer også, hvorfor man typisk oplever DOMS, når musklen anvendes og ikke er i hvile.

Den mest anvendte model for muskelsmerte er intramuskulær infusion af hypertonisk saltvand. Denne teknik blev lanceret ved klassiske eksperimentelle muskelsmertestudier af Kellgren i trediverne (16). Hypertonisk saltvand (for eksempel 5 procent) exciterer nociceptorene i musklen. For at standardisere saltvandsmetoden er der udviklet et computerbaseret system for intramuskulær infusion af hypertonisk saltvand. Samtidig med infusion af saltvand angiver forsøgspersonen smerteintensiteten på en elektronisk visuel analog skala (VAS). Smertekvaliteten kan vurderes med et spørgeskema, og smerteudbredelsen indtegnes på anatomiske tegninger. Det er således muligt på en reproducerbar måde at inducere og vurdere muskelsmerte ved intramuskulær infusion af hypertonisk saltvand (10).

Systemet giver også mulighed for at fastholde en tilnærmelsesvis konstant muskelsmerte over længere tid (15-30 minutter) ved kontinuerlig infusion af hy-

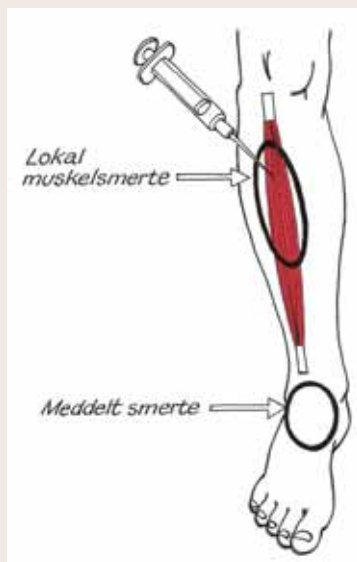
pertonisk saltvand (11). Før, under og efter en periode med muskelsmerte kan den sensoriske og motoriske effekt af muskelsmerte undersøges.

MEDELTE SMERTE

Ved smertefuld stimulation af muskler og indre organer opfattes smerte ofte et helt andet sted end hvor de er udløst. Dette fænomen kaldes meddelt smerte eller refereret smerte, og årsagen til dette er endnu delvist ukendt. Det er dog accepteret, at det er en central smertemekanisme på rygmærvs- eller hjerneniveau, idet man kan opleve meddelte smerter i en amputeret arm eller i et område, der er bedøvet.

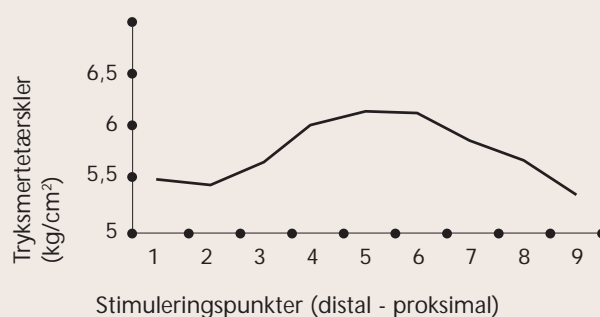
Meddelte smerter kendes også fra andre smertetilstande, hvor eksempelvis smerte i hjerteregionen (angina pectoris) typisk giver meddelte smerter til venstre arm. Tilsvarende kan galdestenssmerter opleves langt væk fra området, hvor smerterne opstår. Meddelt smerte er et vigtigt diagnostisk redskab. I forbindelse med behandling af patienter med ledsmerter kan der opstå forvirring omkring årsagen til smerten, idet eksempelvis hofteproblemer kan give anledning til meddelte smerter omkring knæet.

Humane eksperimentelle modeller er blevet udviklet til at undersøge meddelt smerte fra muskler. Intramuskulær infusion af hypertonisk saltvand forårsager muskelsmerte omkring infusionsstedet (lokalsmerte) samt meddelt smerte til områder, der ikke er direkte knyttet til lokalsmerten (fig. 3). Eksempelvis opleves infusion af hypertonisk saltvand i m. tibialis anterior dels som smerte i denne muskel, men også som med-



Figur 4. Anvendelse af ny teknik til automatisk undersøgelse af smertesensitiviteten til tryk (vist på figur 1). Tryksmertetærsklerne er forskellige ved stimulation af de forskellige dele af musklen. Eksempelvis er muskelbugen mindre sensitiv (højere smertetærskler) end området ved sene-muskelovergangen for m. tibialis anterior.

Figur 3. Illustration af lokal og meddelt smerte efter induktion af muskelsmerte i m. tibialis anterior.





Her er Mikkel. Mikkel er i gang med at betale sine regninger

Næste gang du skal betale kontingent, abonnement eller andre tilbagevendende udgifter, så grib fat i Betalingsservice. Det er det nemmeste i verden. Og du behøver ikke spekulere på, om regningerne bliver betalt.

Tilmeld regningen i din netbank, i dit pengeinstitut eller hos den, der har sendt regningen. Så går resten af sig selv.

www.betalingservice.dk

BS **BETALINGSSERVICE**
- det nemmeste i verden

- ▶ delte smerter til anklen. Der er en nøje sammenhæng mellem smerteintensiteten og arealet af den lokale og meddelte smerte (12). Desuden skal der en højere smerteintensitet til at give meddelte smerter, således at den lokale muskelsmerte opleves først, hvorefter smerten til andre områder opleves, hvis smerteintensiteten forøges. Den neurale mekanisme for meddelt smerte er ikke fuldstændig kendt, men de fleste teorier bygger på såkaldt konvergens af sensoriske nervefibre på baghornsneuroner fra forskellige somatiske strukturer.

Et kraftigt perifert input kan også facilitere den centrale behandling af efterfølgende perifere input (central sensitisering). Specielt muskulær nociception kan give central sensitisering, hvorimod kutan nociception ikke er så effektiv til at inducere en central sensitisering (30). Central sensitisering kunne være involveret i den forøgede sensitivitet af hud og muskler, der ofte findes hos muskelsmertepatienter (for eksempel fibromyalgi).

Et interessant fænomen omkring meddelt smerte er en progressiv forøgelse af smertealet og intensiteten ved gentagne smertestimuleringer med kort interval (temporal summation). Dette kan studeres ved gentagne injektioner af saltvand i en muskel. Hvis der gives injektioner adskilt med 6 minutter, opleves samme areal og intensitet af den meddelte smerte. Hver injektion giver smerte i cirka 3 minutter. Hvis injektionerne derimod gives med 90 sekunders interval, opleves en forøgelse af arealet og intensiteten af smerte. Smerteintensiteten fra de enkelte stimulationer summeres. Dette er en manifestation af den hukommelse eller plasticitet, der findes i centralnervesystemet.

Kroniske muskelsmertepatienter har en forøget følsomhed af centralnervesystemet således, at den progressive forøgelse af smerte ved gentagne muskelsmertestimulationer er mere udtalt hos disse patienter, når der sammenlignes med raske kontrolpersoner. Tilsvarende bevirker den forøgede følsomhed af centralnervesystemet, at eksperimentelt udløst meddelt smerte fra en muskel er kraftigere hos muskelsmertepatienterne i forhold til kontrolpersoner. Dette er fundet for fibromyalgi-, osteoartrose-, og piskesmældspatienter (5). Foreløbige data fra lændesmertepatienter viser samme tendens til forøget områder med meddelt smerte ved muskelsmertestimulation.

Denne viden omkring centralnervesystemets forøgede sensitivitet kan i fremtiden medvirke til at udvikle nye og forbedrede smertebehandlinger. Tidligere opfattede man smertesystemet som et statisk system, hvor der var en fast forbindelse fra periferien til hjernen. De seneste års forskning har dog vist, at smertesystemet kan ændre sin følsomhed og blive hypersensitiv til smertepåvirkninger. Dette fænomen kunne også forklare overgangen fra en akut til en kronisk smertetilstand.

TRIGGERPUNKTER

Myofasciel smerte er karakteriseret ved triggerpunkter, der er lokaliserede områder med forøget sensitivitet af dybe strukturer. Det er postuleret, at triggerpunkter er involveret i op til 85-90 procent af de muskelsmertetilstande, der er forårsaget af skader (akut opstået eller på grund af længerevarende belastning) og hos patienter, der behandles på smerteklinik (31).

Til trods for den anerkendte udbredelse af triggerpunkter, er der i litteraturen uoverensstemmelse omkring diagnostiske kriterier samt eksistensen af myofasciel smertesyndrom som en enkelt patologisk diagnose. Der findes ingen standardiseret diagnostisk kriterium for myofasciel triggerpunkter og tilsvarende ingen let tilgængelig laboratorie- eller billedteknik, der kan fastslå diagnosen (24). Diagnosen foretages derfor udelukkende på baggrund af kliniske karakteristika.

Triggerpunktet er identificeret som et hypersensitivt punkt beliggende i et stramt bånd af muskelfibre. Ved manuelt tryk er punktet smertefuldt og kan give anledning til en karakteristisk meddelt smerte, ømhed og autonome fænomener (23). En muskel med et triggerpunkt vil som regel være smertefuld under bevægelse, have nedsat bevægelighed og i nogle tilfælde have nedsat styrke samt udholdenhed. Triggerpunkter er endvidere kendetegnet ved, at man kan udløse en hurtig kontraktion af fibre i det stramme bånd (twitch response) under palpering (20). Når der palperes langs det identificeret stramme bånd, kan en lille knude lokaliseres, hvilket er triggerpunktet.

Et triggerpunkt kan være aktivt eller latent, et aktivt triggerpunkt er kendetegnet ved, at patienten genkender smertekvalitet og -lokalisering som tilsvarende den habituelle smerte ved aktivering af triggerpunktet. Et latent triggerpunkt kan i mindre grad have de samme karakteristika som et aktivt, dog uden klinisk smerteklage (3). Et aktivt myofascielt triggerpunkt kan opstå i en enhver muskel, men vil hyppigst dannes i posturale muskler, især er øverste del af m. trapezius, scalenerne, sternocleidomastoideus, levator scapulae og quadratus lumborum tit involveret.

Der er stadig meget usikkerhed om mekanismen involveret i triggerpunktdannelsen. Nogle mener, at de sensitive punkter opstår efter en skade. Det kan være overbelastning på grund af uvant ekscentrisk arbejde, maksimal koncentrisk arbejde, ensidig gentaget arbejde eller postural overbelastning. Skaden medfører en unormal høj frigivelse af acetylcholin, der fører til en konstant forkortning af sarcomerer i et lille område. Denne lokale proces skaber et øget behov for ilttilførelse. Kapillærene vil under normale omstændigheder kunne dække dette behov, men på grund af muskelfibersammentrækningen er de komprimeret. Der opstår en energikrise, og sensitiserende

substanser frigives. Nociceptorer i området bliver overfølsomme, og patienten kan føle smerte ved let palpering (20).

Som tidligere beskrevet, findes der ingen egentlig målemetode til at diagnosticere triggerpunkter. Trykalgometeret har vist sig at være en pålidelig metode til at vurdere sensitiviteten af triggerpunkter (29). Metoden kan også bruges til at sammenligne tryk-smerte-tærskler før og efter terapeutisk eller eksperimentel intervention.

Der er stadig mange uafklarede spørgsmål omkring triggerpunkter. Der er behov for nye målemetoder, der kan sikre en detaljeret beskrivelse af de dybe strukturer for at øge forståelsen for årsagen til dannelse af triggerpunkter. En ny eksperimentel teknik er udviklet til at kortlægge musklens sensitivitet til trykstimulation. Foreløbige resultater viser eksempelvis, at muskelbugen er mindre sensitiv end sene-muskelovergang og omvendt er vævets eftergivenhed større på muskelbugen end på sene-muskelovergang (fig. 4). Denne teknik forventes anvendt til at opnå større viden omkring de specifikke strukturer, hvor triggerpunkter dannes og dermed viden om hvilken mekanisme, der er involveret.

SMERTE OG MOTORISK FUNKTION

Muskelsmertes indflydelse på motorisk funktion har været et omfattende forskningsområde gennem mange år. Man kan undersøge muskelsmertes indflydelse, når musklen er afslappet og under statiske og dynamiske kontraktioner.

Den motoriske respons i hvile og under muskelarbejde er blevet undersøgt ved saltvandsinduceret muskelsmerte. Flere modeller har været foreslået til at forklare sammenhængen mellem muskelsmerte og muskelfunktion. En af de mest diskutererede modeller er hyperaktivitetsteorien, hvor muskelsmerte giver anledning til forøget muskelaktivitet, og på grund af den øgede muskelaktivitet opstår muskulær iskæmi, der igen inducerer muskelsmerte (fig. 5).

Ifølge hyperaktivitetsteorien dannes der således en ond cirkel: muskelsmerte-muskelaktivitet-muskelsmerte. Hyperaktivitetsteorien har tidligere været benyttet til at forklare overgangen fra akut muskelsmerte til en mere kronisk muskelsmertetilstand. I eksperimenter, hvor der er induceret eksperimentel muskelsmerte ved indsprøjtning af hypertont saltvand, er der ikke fundet forøget elektromyografisk aktivitet i den normalt afslappede og smertefulde muskel (13; 27).

I tilsvarende eksperimenter blev der induceret muskelsmerte, og efterfølgende skulle forsøgspersonerne udføre en maksimal kontraktion af den smertefulde muskel. Det viste sig, at forsøgspersonerne ikke kunne producere den samme kraft med en smertefuld muskel sammenlignet med en kontraktion med en ikke-smertefuld muskel (13; 26). Disse resultater understøtter således ikke hyperaktivitetsteorien.

Elektromyografiske undersøgelser af patienter med fibromyalgi, kæbeledsdisfunktion og lændesmerter har ligeledes ikke kunnet påvise en forøget muskelaktivitet (1; 32; 6). I studier med fibromyalgipatienter (14) og lændesmertepatienter (28) har man derimod kunne påvise nedsat muskelstyrke.

I et andet eksperimentelt studie skulle forsøgspersonerne gennemføre en statisk kontraktion på 80 procent af deres maksimale ydeevne indtil udtrætning (cirka 40 sekunder). Her blev det konstateret, at udtrætningstiden var nedsat, når eksperimentel muskelsmerte blev induceret sammenlignet med kontrolmålingen (13).

Ud fra ovennævnte ses det, at muskelsmerte har en generel hæmmende funktion på den statiske muskelkontraktion. Dette tilbageviser dermed hypotesen om sammenhængen mellem hyperaktivitet og muskelsmerte.

Dynamiske kontraktioner er også påvirket af muskelsmerte. I dette tilfælde er der dog tale om en mere kompleks interaktion. Det viser sig, at eksperimentel muskelsmerte giver anledning til nedsat muskelaktivitet i den aktivitetsfase, der er agonistisk til bevægelsen (13). ▶

Low Level Laser Therapy - LLLT Laser technology by **Easy-Laser**



Laserlys til smerter og opheling

Laserseminar
I en ellers travl og hektisk hverdag vil vi gerne invitere dig og dit personale til en inspirerende aften om behandling med Low Level Laser Terapi.

Næste laserseminar
Se på internettet: www.easy-laser.dk eller ring på telefon: 7571 1090.
Er I en mindre gruppe behandlere kommer vi gerne og holder gratis seminar hos jer.

Easy-lasers produkter omfatter:

- LLLT-lasere fra 50 mW til 6000 mW
- Kirurgisk CO₂-laser op til 15 W
- Specialudstyr (IPL) til hårfjerning og regenerering af huden.

Behandling med laserlys er overførsel af energi til cellerne. Det igangsætter cellernes funktioner og derved øges blodgennemstrømningen og immunforsvaret styrkes.

Easy-Lasers udstyr er medicinsk godkendt af TÜV 



Cenger Scandinavia A/S
- ODI Dental
Urlevvej 68 - 8783 Hornslyd
Tlf. 70 22 71 88 - Fax 70 22 71 58
e-mail: cenger@cenger.com - www.cenger.com

- ▶ Muskelaktiviteten i den antagonistiske fase er derimod forøget. Dette studie viste også, at muskelaktiviteten i en ikke-smertefuld muskel var ændret, når der var smerte i dens agonist eller antagonist. Denne ændring af koordinationen giver anledning til en mindre amplitude af bevægelsen (på grund af nedsat agonist-aktivitet og forøget antagonist-aktivitet). Tilsvarende koordinationsændring er også fundet i en lændesmertemodel, hvor smerte blev induceret i m. longissimus hos raske forsøgspersoner, der gik på et gangbånd. Der blev fundet forøget lændemuskelaktivitet i den fase, hvor muskelaktiviteten normalt er meget lav, hvorimod aktiviteten i faser med relativt kraftigt muskelaktivitet var uændret (4). Yderligere var skridtlængden nedsat i perioden med muskelsmerte.

Under tygning resulterede muskelsmerte i tyggemusklens nedsat agonist-muskelaktivitet (25). Generelt viser disse resultater, at bevægelse adapterer til muskelsmerte, således at amplituden og hastigheden af bevægelserne bliver reduceret.

Ved en undersøgelse af lændemuskelaktiviteten hos kroniske lændesmerterpatienter fandtes samme adaptive muskelaktivitetsmønstre under muskelsmerte (4). Der er fundet tilsvarende resultater i et studie, hvor muskelaktiviteten blev monitoreret under brystsvømning. Svømmere med smertefulde skuldermuskler havde forøget eller nedsat skuldermuskelaktivitet (sammenlignet med smertefrie svømmere), afhængig af hvilken fase af svømmetaget de gennemførte (22).

Den sanse-motoriske interaktion under muskelsmerte er formuleret i den såkaldte smerte-adaptionsmodel af

Lund et al. (18), hvor ændringer i muskelaktivitet modelles ved en kobling af nociceptorerne fra muskulaturen til præ-motorneuronerne, der kontrollerer musklens aktivitet. Smerte-adaptionsmodellen er hovedsageligt baseret på dyreeksperimentelle fund og litteraturstudier. De indeværende humane eksperimentelle resultater, illustreret summarisk i fig. 6, viser, at modellen også kan overføres til muskelpar, der udfører en bevægelse under muskelsmerte.

OPSUMMERING OG PERSPEKTIVERING

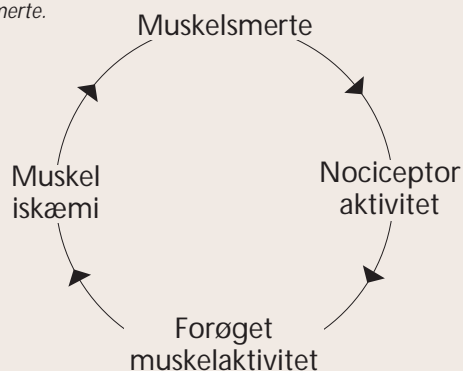
Den smertefulde muskel giver ofte anledning til smertefulde områder, der ikke har direkte forbindelse med musklen. Det ses ved triggerpunkter, hvor manuelt tryk kan fremkalde meddelt smerte efter et karakteristisk mønster.

Muskelsmerte kan bevirke en central sensitisering, der kan give en forøget sensitivitet af muskler på grund af den faciliterede centrale behandling af sensorisk information.

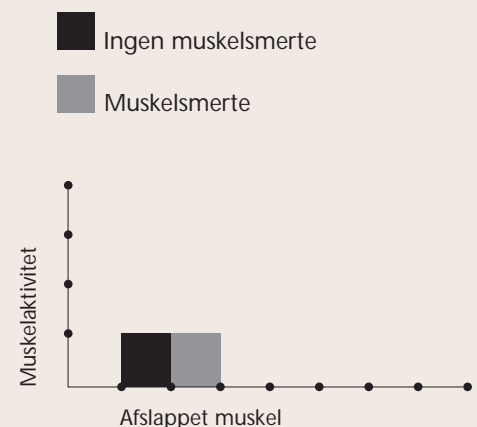
Central sensitisering ses hos mange kroniske patienter med muskelsmerter, hvor påvirkninger, der normalt ikke er smertefulde, opfattes som smerte. Denne respons kan skyldes input fra skadet væv men også fra raskt væv. Perifer sensitivering af muskel nociceptorer kan indtræffe ved tilstande, hvor der frigives substanser i musklen, der kan forøge sensitiviteten af nociceptorerne, eksempelvis ved overbelastende muskelarbejde, der kendes fra træningsømheden (DOMS).

Der er betydelig interaktion mellem muskelaktivitet og muskelsmerte. Interaktion mellem dynamisk muskelakti-

Figur 5. Illustration af hyperaktivitetsmodellen ("den onde cirkel") som tidligere var den mest anerkendte model for sammenhængen mellem muskelsmerte og muskelaktivitet. Ny forskning kan dog ikke påvise en forøget muskelaktivitet grundet muskelsmerte.



Figur 6. Summarisk gennemgang af resultaterne omkring muskelsmertes effekt på muskelaktiviteten. Muskelsmerte giver 1) ingen forøget muskelaktivitet i en ellers afslappet muskel, 2) hæmmer den maksimale kontraktionsevne, 3) nedsætter den agonistiske muskelaktivitet og i nogle tilfælde forøger den antagonistiske muskelaktivitet for herved at nedsætte amplituden af bevægelsen. Overordnet er der ingen markant forøget muskelaktivitet grundet muskelsmerte.



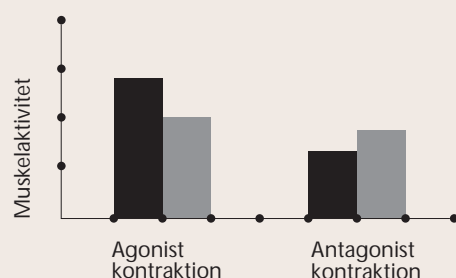
vitet og muskelsmerte er afhængig af musklens aktuelle funktion og fase af bevægelsen, således at bevægelsen tilpasser sig muskelsmerten.

Koordinationsændring på grund af muskelsmerte giver anledning til bevægelser med mindre amplitude og hastighed. Effekten af muskelsmerte på den motoriske funktion kan derfor virke som en reflektorisk beskyttende mekanisme overfor den smertefulde muskel.

Der er ikke bevis for hyperaktivitetsmodellen, der siger, at muskelsmerte medfører forøget muskelaktivitet, der igen fører til smerte. Derimod hæmmer muskelsmerten den statiske muskelkontraktion.

Den bedst mulige behandling af muskuloskeletale smertepatienter opnås, hvis ny viden omkring smertemekanismer inddrages. Specielt er det vigtigt at inddrage fænomenet omkring central sensitisering, da dette er en af de mekanismer, der kan forklare overgangen fra en akut til en kronisk smertetilstand. Psykosociale faktorer kan også have en vigtig rolle i udviklingen af en kronisk smertetilstand (2). Vigtige psykosociale faktorer er: holdning til situationen, erkendelse, depression, frygten for smerten, nervøsitet og lidelse (17).

Ligesom der i studier med fibromyalgipatienter og lændesmertepatienter er fundet nedsat muskelstyrke, har man også fundet nedsat udholdenhed og styrke hos patienter med kronisk nakkesmerter. Eksperimentelle studier af denne patientgruppe har øget forståelsen for den kompleksitet, der ligger til grund for cervikale dysfunktioner, og det har også tydeliggjort vigtigheden af en hurtig terapeutisk intervention (8).



Denne forskning har ført til et træningsregime, der fokuserer på kontrol af nakkeflexor synergien frem for en generel styrke- og udholdenhedstræning. Regimet foreskriver lav intensitets træning for at øge koordination mellem de forskellige lag af nakkeflexorer og denne tilgang viser en signifikant reduktion af antal dage med hovedpine og nakkesmerter (15).

Hvis forskningsresultater inddrages i praksis, kombineres med den faglige ekspertise og den individuelle patients situation kan der opnås en strategi, der er evidensbaseret, og herved sikre patienterne den bedst tilgængelige behandling.

REFERENCER

1. Ahern, D.K., Follick, M.J., Council, J.R., Laser-Wolston, N. and Litchman, H. Comparison of lumbar paravertebral EMG patterns in chronic low back pain patients and non-patient controls, *Pain*, 34 (1988) 153-160.
2. Aina, A., May, S. and Clare, H. The centralization phenomenon of spinal symptoms – a systematic review, *Manual Therapy*, 9 (2004) 134-143.

Professional TENS/FES

ELPHA II 3000

BIOFINA a/s

Filosofgangen 3, 5.
5000 Odense C
Tlf. 65 94 10 33 · Fax 65 94 16 81
mail@biofina.dk · www.biofina.dk

- ▶ 3. Alvarez, D.J. and Rockwell, P.G. Trigger Points. Diagnosis and Management, *American Family Physician*, 65 (2002) 653-660.
4. Arendt-Nielsen, L., Graven-Nielsen, T., Sværer, H. and Svensson, P. The influence of low back pain on muscle activity and coordination during gait: A clinical and experimental study, *Pain*, 64 (1996) 231-240.
5. Arendt-Nielsen, L. and Graven-Nielsen, T. Central sensitization in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders, *Curr Pain Headache Rep*, 5 (2003) 355-61.
6. Carlson, C.R., Okeson, J.P., Falace, D.A., Nitz, A.J., Curran, S.L. and Anderson, D. Comparison of psychologic and physiologic functioning between patients with masticatory muscle pain and matched controls, *J. Orofacial Pain*, 7 (1993) 15-22.
7. Drewes, A.M. and Jennum, P. Epidemiology of myofascial pain, low back pain, morning stiffness and sleep-related complaints in the general population, *J. Musculoskel. Pain*, 3 (1995) 68.
8. Falla, D. Unravelling the complexity of muscle impairment in chronic neck pain, *Manual Therapy*, 9 (2004) 125-133.
9. Gerwin, R.D. Classification, Epidemiology, and Natural History of Myofascial Pain Syndrome, *Current Pain and Headache Reports*, 5 (2001) 412-420.
10. Graven-Nielsen, T., Arendt-Nielsen, L., Svensson, P. and Jensen, T.S. Experimental muscle pain: A quantitative study of local and referred pain in humans following injection of hypertonic saline, *J. Musculoskel. Pain*, 5 (1997a) 49-69.
11. Graven-Nielsen, T., Arendt-Nielsen, L., Svensson, P. and Jensen, T.S. Stimulus-response functions in areas with experimentally induced referred muscle pain - A psychophysical study, *Brain Res.* 744 (1997b) 121-128.
12. Graven-Nielsen, T., Arendt-Nielsen, L., Svensson, P. and Jensen, T.S. Quantification of local and referred muscle pain in humans after sequential i.m. injections of hypertonic saline, *Pain*, 69 (1997c) 111-117.
13. Graven-Nielsen, T., Arendt-Nielsen, L., Svensson, P. and Jensen, T.S. Effects of experimental muscle pain on muscle activity and co-ordination during static and dynamic motor function, *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 105 (1997d) 156-164.
14. Jacobsen, S., Wildschjødtz, G. and Danneskiold-Samsøe, B. Isokinetic and isometric muscle strength combined with transcutaneous electrical muscle stimulation in primary fibromyalgia syndrome, *J. Rheumatol.* 18 (1991) 1390-1393.
15. Jull, G., Trott, P., Zito, G., Niere, K., Shirley, D., Emberson, J., Marschner, I. and Richardson, C. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache, *Spine*, 17 (2002) 1835-1843.
16. Kellgren, J.H. Observations on referred pain arising from muscle, *Clin. Sci.* 3 (1938) 175-190.
17. Linton, S. A review of psychological risk factors in back and neck pain, *Spine*, 25 (2000) 1148-1156.
18. Lund, J.P., Stohler, C.S. and Widmer, C.G. The relationship between pain and muscle activity in fibromyalgia and similar conditions. In: H. Værøby and H. Merskey (Eds.), *Progress in Fibromyalgia and Myofascial Pain*, Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 1993, pp. 311-327.
19. Mense, S. Nociception from skeletal muscle in relation to clinical muscle pain, *Pain*, 54 (1993) 241-289.
20. Mense, S. and Simons, D.G. *Muscle Pain Understanding Its Nature, Diagnosis, and Treatment*, Chapter 8, 205-288 2001, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
21. NASTRA, Forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab. In: Betænkning nr. 1284, Forskningsministeriet, 1995, pp. 77.
22. Ruwe, P.A., Pink, M., Jobe, F.W., Perry, J. and Scovazzo, M.L. The normal and the painful shoulders during the breaststroke, *Am. J. Sports Med.* 22 (1994) 789-796.
23. Simons, D.G., Travell, J.G. and Simons L.S. *Travell and Simons Myofascial Pain and Dysfunction The Trigger Point Manual*, Volume 1. Upper half of the body. Ed. 2. Williams & Wilkins, Baltimore, 1999.
24. Simons, D.G. Review of enigmatic MTRPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction, *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14 (2004) 95-107.
25. Svensson, P., Arendt-Nielsen, L. and Houe, L. Sensory-motor interactions of human experimental unilateral jaw muscle pain: A quantitative analysis, *Pain*, 64 (1996) 241-249.
26. Svensson, P., Arendt-Nielsen, L. and Houe, L. Muscle pain modulates mastication: An experimental study in humans, *J. Orofacial Pain*, 12 (1998a) 7-16.
27. Svensson, P., Graven-Nielsen, T., Matre, D.A. and Arendt-Nielsen, L. Experimental muscle pain does not cause long-lasting increases in resting EMG activity, *Muscle & Nerve*, (1998b) in press.
28. Thorstensson, A. and Arvidson, Å. Trunk muscle strength and low back pain, *Scand. J. Rehab. Med.* 14 (1982) 69-75.
29. Vanderweeën, L., Oostendorp, A., Vaes, P. and Duquet, W. Pressure Algometry in Manual Therapy, *Manual Therapy*, 5 (1996) 258-265.
30. Wall, P.D. and Woolf, C.J. Muscle but not cutaneous C-afferent input produces prolonged increase in the excitability of the flexion reflex in the rat, *J. Physiol.* 356 (1984) 443-458.
31. Wheeler, A.H. *Myofascial Pain Disorders Theory to Therapy*, *Drugs*, 64 (2004) 45-62.
32. Zidar, J., Bäckman, E., Bengtsson, A. and Henriksson, K.G. Quantitative EMG and muscle tension in painful muscles in fibromyalgia, *Pain*, 40 (1990) 249-254. ■

Med helbredet som indsats

En næsten religiøs holdning til behandlingsprincipper. Sådan forklarer ergoterapeut i Arbejdstilsynet, Susanne Wiuff, det fænomen, at ergo- og fysioterapeuter sætter deres egen sikkerhed i anden række ved at udføre forflytninger uden hjælpemidler

AF METTE LØVGREN, JOURNALIST
FOTO HEIDI LUNDGAARD

”Højt uddannede og kompetente ergo- og fysioterapeuter burde vide, hvilke konsekvenser det har at udføre forflytning uden tekniske hjælpemidler”, siger Susanne Wiuff, der i øjeblikket er i gang med tilsyn på en række sygehuse på Fyn.

Her ser hun det samme igen og igen: Akutte løfteskader med alvorlige følger - typisk rygskader - hos terapeuter, som har udført forflytning uden hjælpemidler.

Det er ikke et særligt fynsk fænomen; hun hører om den samme tendens fra kolleger i andre Arbejdstilsynskredse. Og hun ser det som et stort problem.

Behandlingskoncepterne i forhold til apopleksi-patienter, som skal på benene igen, er blandt andet kendetegnet ved, at man bruger så få hjælpemidler som overhovedet muligt. Det gælder for eksempel ABC-konceptet (udviklet af Affolter, Bobath, Coombes), hvor optræningen er problemorienteret, dvs. at opgaverne løses sammen med - ikke for - patienten.

”Det er i højsædet, at patienterne skal mobiliseres og trænes næsten for enhver pris. Og prisen er høj. Det er som om, man har en accept af, at det koster. Og den holdning ser jeg forfægtet med en vis grad af religiøs tilgang”, siger Susanne Wiuff.

RELIGIØS TILGANG

”Det religiøse kommer ind der, hvor man afviser at gå ind i en reel dialog. Når noget er indiskutabelt bedst eller sandt. Den holdning har jeg mødt i forbindelse med forflytning: At træningen af patienten er det vigtigste; mere vigtig end sikkerheden, hvis sikkerheden kræver tekniske hjælpemidler. Der er nogle meget stærke skoler omkring det her. Men man skal være opmærksom på, at de steder i verden der for tiden er i centrum for udvikling af neurokoncepterne, for eksempel ABC, ikke har den samme arbejdsmiljølovgivning, som vi har i Danmark, siger Susanne Wiuff.

”Som ansat i sundhedsvæsenet har man vel i sig selv en forpligtelse til at forholde sig til de sikkerheds- og sundhedsmæssige aspekter ved sit job”.

At så veluddannede og vidende medarbejdere vælger at sætte hensynet til deres egen sikkerhed i anden række er dybt paradoksalt, mener hun.

”Omvendt er det måske også forståeligt. Når man er specialist med stor indsigt, er der en tendens til, at målet helliger midlet. Optaget-heden af det unikke i det man gør, tilsidesætter andre hensyn; det er jo meget menneskeligt”, mener Susanne Wiuff.

LEDERENS ANSVAR

Hendes pointe er, at uanset hvordan ergo- og fysioterapeuter så end forholder sig til forskellige behandlingsprincipper, og uanset deres ekspertise, så bør det altid være den nærmeste leder, der går ind og tager ansvar for medarbejdernes sikkerhed.

Hun ser det som en mangel, at ledende ergo- og fysioterapeuter ikke træffer beslutninger, der sikrer at terapeuterne kan udføre arbejdet ”sikkerhedsmæssigt og sundhedsmæssigt forsvarligt” som det grundlæggende hedder i Arbejdsmiljølovens § 1.

”Lederne skal mere på banen her. Det vil fremme processen at lederne forholder sig til problemerne med forflytninger ved at lave rammer for arbejdet. De kunne for eksempel bruge formuleringerne i den nye AT-vejledning, som blandt andet siger, at de ansatte ikke bør udsættes for det dilemma, at hensynet til træningen prioriteres højere end hensynet til den ansatte” (se boks), siger Susanne Wiuff.

Hun vurderer, at det ofte overlades til terapeuterne selv at tage vare på sikkerheden, fordi de er specialisterne.

indgang

■ Ledende ergo- og fysioterapeuter skal mere på banen i stedet for at overlade det til terapeuterne selv, om arbejdet udføres ”sikkerhedsmæssigt og sundhedsmæssigt forsvarligt”.

At så veluddannede og vidende medarbejdere vælger at sætte hensynet til deres egen sikkerhed i anden række er dybt paradoksalt, mener Susanne Wiuff.



- ▶ De er fagligt dygtige; de er mere ekspert end lederen og ved bedst selv. Det synes lederen, og det synes terapeuterne selv. Og de er typisk også de mest kompetente, når det gælder træningen. Men uanset hvor meget eksperter terapeuterne er, kan det aldrig underkende ledelsens forpligtelse til at lave rammer for sikkerheden. Som leder skal man gå ind og forlange, at sikkerheden er i orden. Det skal ikke overlades til træningsterapeuterne selv at tage ansvar for det", mener Susanne Wiuff.

VEJLEDNING OM FORFLYTNING

Uddrag af Arbejdstilsynets vejledning d.3.3, juli 2004:

Akutte overbelastninger, nedslidning og andre former for bevægeapparatskader og -problemer er udbredte hos ansatte, der arbejder med forflytning, løft og andre former for manuel håndtering af personer. Arbejdsmiljøproblemerne er udbredt inden for social- og sundhedsområdet.

Arbejdet skal planlægges og tilrettelægges, så forflytning, løft og anden manuel håndtering af personer kan foregå sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt.

I planlægningen og tilrettelæggelsen kan bl.a. indgå, om der er egnede tekniske hjælpemidler ift. det arbejde, der skal udføres, den person, der skal hjælpes, og de ansatte, der skal udføre opgaven.

Ved genoptræning og integreret træning i plejen skal der i planlægningen tages hensyn til belastningen og især risikoen for pludselige uventede belastninger ved dette arbejde. Retningslinjerne for, i hvilke situationer der skal anvendes tekniske hjælpemidler, og om der er behov for specielle tekniske hjælpemidler, skal være kendt af de ansatte, der arbejder med dette. De ansatte bør ikke udsættes for det dilemma, at hensynet til patienten/personens træning prioriteres højere end hensynet til den ansatte, der skal udføre forflytningen.

HENSYNET TIL PATIENTERNE

Susanne Wiuff peger på, at hensynet til patienternes faldrisiko måske også burde veje tungere.

"Der er jo den "bivirkning", at hver gang en terapeut kommer til skade ved en forflytning, er der ofte også en patient, der kommer til skade – typisk ved fald".

Hun mener, at man godt kan bruge forskellige lift-systemer eller andre hjælpemidler til patienter med usikker standfunktion og dårlig balance, uden at det ødelægger træningen.

"Selv om et træningsforløb måske virker allerbedst uden hjælpemidler, så findes der jo forskellige hjælpemidler, som ikke hindrer bevægelse, men som blot hindrer fald - og som stiller terapeuten i en bedre udgangsstilling. Men på Rehab-messen i foråret fortalte flere producenter mig, at disse hjælpemidler faktisk ikke er særligt efterspurgt. Det er også mit indtryk fra mine tilsynsbesøg, at det virkelig er undtagelsen, at der er plads til hjælpemidler, når det gælder mobilisering af neurologiske patienter", siger hun. ■

ROHDÉ PRODUITS



| | |
|-----------------------|---|
| Massagecreme | Standard/Antiseptisk Oliven/Citron Heat |
| Sprit | 60% Badesprit 96% Hospitalssprit |
| Ultralyd Gel | Dane-gel (CE) |
| Rheumafin (CE) | Paraffinblanding til gigtbehandling |
| Paramed | Paraffinbad (3 kg) |
| Papir | Lejepapir Aftøringspapir Hovedlejepapir (løssark) |
| Sæbe | Håndcremesæbe u. parfume Håndsæbe (mild) |
| Sportstape | 20 mm og 38 mm |

Henvendelse:
Rohde Produits, Gl. Holtegade 40, DK-2840 Holte
 Tlf.: 4580 2023, Fax: 4550 5078
 E-mail: rohdepro@mail.tele.dk, www.rohdepro.com

Fysiot



Som personlig træner, fungerer Camilla Silberbrandt både som inspirator og garant for at øvelserne udføres korrekt. Her er det Solveig Wøldike, der får hjælp til de tunge løft.

Terapeuten som personlig træner

Begrebet personlig træner er ved at blive almindeligt. I takt med at folk investerer mere tid på deres velbefindende og udseende, vil de også se resultater. Det kan den personlige træner hjælpe dem med. Udfordringen som personlig træner baner vejen for at arbejde med raske personer. Klienter er blevet til kunder

AF JOURNALIST GITTE WILLUMSEN
FOTO BO TORNVIG

"Hyr en personlig træner og få mere ud af din træning." "Tab de sidste kilo ved hjælp af en personlig træner". "Form din krop - ved hjælp af en personlig træner". Udsagn som disse kan man læse, hvis man træder ind i et af landets fitnesscentre eller hvis man bladrer i forskellige motions- og fitnessmagasiner. Selv på internettet er det muligt købe sig til en personlig træner - eller en personlig coach, som det også kaldes.

Individualismen er i højsædet. Begrebet "personlig træner" er forholdsvis nyt og passer perfekt ind i tidsånden - i jagten på det ungdommelige udseende investerer vi store mængder tid og penge i at holde vores krop spændstig og i form.

ET STORBYFÆNOMEN I FREMDRIFT

Fysioterapeuten har foretaget en rundringning til nogle af de fitnesscentre, der reklamerer med, at kunderne kan købe sig til en personlig træner. Tilbage meldingerne er enslydende. Fænomenet er i fremgang. Flere og flere kunder benytter sig af tilbuddet. Foreløbigt mest i storbyerne, men det varer ikke længe, før vi ser det overalt.

I SATS, en landsdækkende fitnesskæde, gør man en aktiv indsats for at sprede fænomenet.

"Det er et produkt vi gør meget ud af. Vi har lavet pjecer, hvor man kan læse, hvad den personlige træner kan hjælpe med, og hvordan det foregår," fortæller Jørgen Panduro, produktchef i SATS.

"Det er blevet accepteret af kunderne og vi har kunne se en stigning i brugen af de personlige trænere på 30 procent over de sidste to år".

Jeanette Slot, manager i SATS i Parken, Østerbro forsøger at honorere kundernes behov.

"Efterspørgslen på personlige trænere er i fremgang, alene her i Parken har jeg kunder til ca. seks timer dagligt".

"Fitness.dk" i Adelgade, København har eksisteret i et års tid og er også et af de centre, der satser på at gøre fænomenet mere almindeligt.

"Procentvis fylder salget af personlige trænertimer endnu meget lidt. Men vi har ca. 25-30 faste kunder, og det er et tal, der er i fremgang. Nu arbejder vi mere målrettet på at lancere begrebet, fordi der er kunder til det. Fænomenet betragtes stadig som en luksusvare og er derfor lettere at sælge i city. Men vi kan helt klart se, at der er et potentiale her", fortæller Hans Henrik Sørensen, centerleder i Fitness DK i Adelgade, København.

Kundegruppen er meget forskelligartet. Blandt dem optræder både ganske almindelige mennesker, der ønsker hjælp til at opnå et vægttab, og sportsfolk, der har brug for



- ▶ at få pudset formen af. Fænomenet "Motion på recept" har også ledt nye kunder til.

UDFORDRENDE NOK?

De personlige trænere er som minimum uddannet fitnessinstruktører, massører eller begge dele. Derudover har de den personlige træneruddannelse. Nogle få er tillige uddannet fysioterapeuter.

Fysioterapeuterne er i høj kurs. Der er efterspørgsel på deres specialviden - ikke kun fra patienter, men også blandt raske kunder. I fitnesscentre og ude i sportsbutikkerne.

Fysioterapeuten kan med deres faglige ballast vurdere, om der skal tages specielle hensyn til tidligere skader eller svagheder i led og sener.

Der er ingen tvivl om, at den personlige hjælp og vejledning er pengene værd for kunden. Men får fysioterapeuten sit behov for faglig udfordring dækket?

Ja, lyder svaret, hvis man spørger Camilla Silberbrandt. Hun er uddannet fysioterapeut og fitnessinstruktør, og er, udover personlig træner, aerobicinstruktør og underviser i fitnesskæden SATS, også ansat som fysioterapeut på Bispebjerg hospital.

"Min største interesse som personlig træner ligger der, hvor jeg har klienter, der har brug for en vejledning, som tager afsæt i min faglige viden som fysioterapeut. Jeg synes ikke, at det er interessant at træne med folk, der udelukkende hyrer mig for at tabe fem kilo".

ET SOLIDT FAGLIGT FUNDAMENT

Camilla Silberbrandt mener, at fysioterapeuter kan give en personlig rådgivning, der er mere faglig funderet, end dem, der ikke har en baggrund som fysioterapeuter.

"Jeg har helt klart slået mig op på, at jeg er uddannet fysioterapeut. Mange af mine kunder er folk med rygproblemer eller folk, som er i en form for genoptræning efter en skade eller ulykke. De er for raske til at få behandling gennem sundhedssystemet, men er i fare for at gøre mere skade end gavn, hvis de træner uden opsyn. Og derudover er jeg selvfølgelig med til at holde motivationen oppe".

Camilla Silberbrandt tilrettelægger et træningsprogram, der tager specifikt hensyn til kundens skade og ønsker om resultat. Men ofte fungerer hun også som en inspirator og igangsætter.

"Jeg sørger for, at klienten udfører de forskellige øvelser korrekt. Jeg er også med til at højne intensiteten i træningen. Kunderne gør nemlig mere, end de ville gøre, hvis de trænede for sig selv. Jeg koster rundt med dem og sørger for, at de presser sig selv lige til grænsen. Undervejs noterer jeg træningsfremgang og eventuelle tilbagefald, så jeg kan sikre mig, at træningen bliver ved med at være varieret og progressiv," fortæller Camilla Silberbrandt.

Arbejdet som personlig træner fylder ikke meget. Hovedparten af arbejdet som fysioterapeut foregår på Bispebjerg Hospital.

"Jeg ville ikke orke udelukkende at arbejde som personlig træner. Kombinationen af mine jobs på hospitalet og i træningscentret giver den nødvendige faglige udfordring. De to job supplerer hinanden godt. Det giver mig mulighed for at arbejde med folk, der har vidt forskellige ressourcer og forudsætninger, og det sikrer variation i mit arbejde. På den måde bliver det aldrig kedeligt. På hospitalet kører jeg meget på min faglige viden. I træningscentret yder jeg mere mental støtte og trækker på min erfaring," siger Camilla Silberbrandt.

Camilla Silberbrandts kunder i træningscentret er meget forskellige. Der er patienter, der har haft en diskusprolaps og er blevet opereret. Nogle er blevet henvist fra praktiserende fysioterapeuter, andre kommer af sig selv. En enkelt gang har hun haft en flok unge mennesker, der ønskede at blive fit for fight, inden de søgte optagelse på politiskolen.

SPÆNDENDE AT ARBEJDE MED RASKE

Nogenlunde samme billede tegner sig, når man spørger Pernille Springer, fysioterapeut og personlig træner ved Fredensborg Sundhedscenter.

"For mig er det selve udfordringen i at coache folk til at nå deres mål, der gør det interessant at være personlig træner. Men jeg har helt klart valgt at prioritere fysioterapien, som derfor fylder min arbejdsdag. Mange af dem, der hyrer mig som personlig træner, ved, at jeg også praktiserer som fysioterapeut. Om det betyder noget er svært at sige. Men det tror jeg," fortæller Pernille Springer.

Fredensborg Sundhedscenter er en kombineret fysioterapi- og diæt klinik. Til centret hører også et motionscenter, der har 2-300 brugere. Pernille Springer fungerer som personlig træner ca. en time om ugen.

At arbejde med raske personer giver en speciel form for tilfredsstillelse, mener Pernille Springer.

"Klienterne i fysioterapien kommer, fordi de fejler noget. De har en sygdom eller har fået en alvorlig skade. De kommer her, fordi de har det skidt og skal have hjælp til at nå op til nulpunktet. Kunderne derimod - de har det fint. De er oftest allerede oppe over nulpunktet, når de henvender sig. De ønsker hjælp til at nå videre op."

I følge Camilla Silberbrandt, er markedet endnu ikke så stort, at man kan ernære sig som personlig træner.

"Det er stadig en luksusvare, som kun få har råd til at benytte sig af. Men efterspørgslen er stigende, og jeg mener bestemt, at jeg kan levere en vare, der er pengene værd," siger Camilla Silberbrandt. ■

Værdifulde holdepunkter

ANMELDELSE *Krop og Kompetence. Redigeret af Mette Krogh Christensen og Gitte Wichmann-Hansen. FADL's Forlag. Pris 200 kr. 191 sider*

BOG ■ Bogen 'Krop og Kompetence' sætter sig for at skabe klarhed og sætte gang i en debat om centrale begreber og antagelser, som er dominerende i den aktuelle diskussion om sundhed, pædagogik og idræt. Målgruppen er alle, der arbejder professionelt med krop, læring og sundhed.

Bogen består af otte artikler af forskellige forfattere, som fra forskellige teoretiske vinkler tager fat på forholdet mellem krop og kompetence.

Niels Kayser Nielsen ser begrebet bevægelse i et historisk lys og giver sine bud på, hvorfor det er moderne at tale om bevægelse. Sine Agergaard forholder sig historisk til begrebet folkelighed og dets ændrede betydning i forhold til dannelse og læring. Betydningen af kompetencebegrebet bliver i Gitte Wichmann-Hansens artikel set i et historisk og teoretisk perspektiv og anskuet fra mange vinkler. Hun konkluderer, at vi bruger og definerer begrebet som både viden og kunnen. Via tre forskellige opfattelser af forholdet mellem krop og intelligens udfordrer Per Fibæk Laursen den gængse antagelse, at



bevægelsesaktiviteter virker positivt på den intellektuelle udvikling. Han finder ikke belæg for denne antagelse, men pointerer, at kroppen er én blandt flere af menneskets intelligenser. Ejgil Jespersen reflekterer over Polanyis begreb tavs viden. Han tager begrebet som udtryk for, at man anerkender, at der er noget i menneskets eksistens, der ikke kan udtrykkes ved hjælp af det konkrete sprog. Der er noget i vores gøremål, der foregår uden for bevidstheden som en 'kropslig medviden'. Andrew Sparkes og Brett Smith nærmer sig en forståelse af, hvad en skadet krop kan betyde for personens selvopfattelse. Mette Krogh Christensen skriver om erfaringsbegrebet set i forhold til uddannelse. Om at lære gennem handling og derved skabe erfaringer, forstået dels som kropslig erfaring, dels som erfaring, der tilføjer elementer til livshistorien. I bogens sidste artikel sætter Morten Hoff fokus på den aldrende krop. Han tager udgangspunkt i livshistorien og lægger vægt på forholdet mellem den oplevede krop og omverdenen som kilde til erfaringsdannelse.

Bogen skal ifølge forordet ses som en mosaik, og som sådan præsenterer den læseren for mange perspektiver, der ikke nødvendigvis peger i samme retning eller skaber en umiddelbar sammenhæng. Men antologien præsenterer på en overskuelig måde en række teoretiske anskuelser og begreber, som kan give værdifulde holdepunkter, når man som fagperson ønsker at reflektere over sin praksis.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT
ANNE-MERETE KISSOW

bøgerm.m.

Smerteteorier

Smerter ■ Bogen beskriver forskellige smerteteorier, og hvordan man har bevæget sig bort fra stimulus-responsmodellen og givet

bevidstheden en mere central rolle i forståelsen af smertens oprindelse og menneskets evne til at mestre akut eller kronisk smerte. Bogen

giver også et etisk perspektiv på smerte. Den henvender sig til sundhedspersonale der arbejder med patienter med smerte.

Finn Nortvedt og Per Nortvedt "Smerte - Fænomen og forståelse". Gads Forlag, ISBN 87-12-03996-9, 159 sider. Pris: kr. 225,-.



Medfødt musikalitet

Børn ■ Professor i musikpædagogik Inger Marstal beskriver, hvor stor betydning musik har - eller kan få - i børns udvikling, og hvordan forældre og pædagoger med musik og sang kan stimulere barnet på det følelsesmæssige, sociale, kreative, sproglige og motoriske område.

Inger Marstal "Dit musikalske barn" Aschehoug forlag, 160 sider, Pris: 249 kr.



Bevægelse

Træning ■ Denne nye udgave er opdateret både med hensyn til layout og indhold. Tre nye kapitler om de særlige forhold, der gælder når undervisningen retter sig mod mennesker med handicap, hvad enten det er medfødt eller erhvervet. Mennesket i bevægelse beskriver i et klart og letforståeligt sprog, hvilke videnskabssyn der ligger til grund for forskellige didaktiske og pædagogiske tilgange til træning.

Anne-Merete Kissow og Hanne Pallesen "Mennesket i bevægelse". FADL's Forlag, 220 sider. Pris: 230 kr. inkl. moms



Fysioterapeuternes bogklub

Fysiobogklub.dk er et nyt tilbud til Danske Fysioterapeuters medlemmer, der fremover kan købe fagbøger med stor rabat

AF VIBEKE PILMARK

Fysioterapeuter kan fremover købe billige fagbøger i fysioterapeuternes bogklub. Bogklubben er resultatet af et samarbejde mellem DF og FADL's forlag. Medlemmer af Danske Fysioterapeuter er automatisk medlemmer af bogklubben og får 15-35 procent rabat på bogindkøb. Bøgerne kan købes og bestilles online, hvilket giver mulighed for at handle på alle tider af døgnet og overalt i landet.

FADL's forlag har i de seneste år udgivet en række fag- og lærebøger, som både studerende og færdiguddannede fysioterapeuter kan have glæde af, og forlaget besluttede derfor i foråret i samråd med

Danske Fysioterapeuter, at der var basis for at oprette en bogklub for fysioterapeuter.

BESTIL BØGER ONLINE

På hjemmesiden www.fysiobogklub.dk kan man finde en liste over bøger, der kan bestilles i bogklubben. Man har endvidere mulighed for at læse udvalgte kapitler samt anmeldelser af den valgte bog. Med medlemsnummeret til Danske Fysioterapeuter som adgangskode kan man bestille og betale bøgerne online. Bøgerne bliver herefter sendt med posten.

I det sidste år er der udkommet flere bøger på FADL's forlag, der er skrevet af fysioterapeuter. Per Linds bog "Ryggen – undersøgelse og behandling" udkom i efteråret og blev anmeldt i Fysioterapeuten. Roberta Rikli og Jessie Jones' bog "Senior fitness test" udkom før sommerferien. Ved køb af denne bog får man samtidig mulighed for at benytte computerprogrammet SeniorFit, der er udviklet af MedIT specielt til den danske udgave. Programmet gør det muligt at gemme testresultater, udskrive plancher, beregne BMI mm.

Her i efteråret udkom endvidere en ny og udvidet udgave af Anne-Merete Kissows bog "Mennesket i bevægelse". Af tidligere udgivelser kan nævnes: Marianne Lindahls "Med stok over sten", Michael Harbo og Hanne Lisbys "El-terapi", Johannes Friis' "Reumatologi", M. Vybergs "Patologi og farmakologi". "Grundbog for ergoterapeuter og fysioterapeuter" og Bente Schiby's "Menneskets fysiologi". "Hvile og arbejde".

Ved at tilmelde sig et nyhedsbrev får man løbende

oplysninger om nye bogudgivelser direkte i sin mailboks. På fysio.dk og ffy.dk er der direkte link til bogklubben.

FLERE FAGBØGER PÅ DANSK

FADL's forlag har gode erfaringer med Ergoterapeuternes bogklub, der blev introduceret for to år siden. Bogsalget steg markant, og boghandlerne mærkede ikke som forventet en nedgang i bogsalget på grund af bogklubben. Jan Freilev er direktør for FADL's forlag. Han fortæller, at ergoterapeuternes bogklub fik fat i helt nye grupper af ergoterapeuter, der ikke tidligere købte bøger. "Det samme forventer vi også med fysioterapeuterne. Vores markedsføring har tidligere været rettet mod hospitalerne og de ansatte der, men det har været sværere at få fat i for eksempel de praktiserende fysioterapeuter. De har en travl hverdag, og for dem vil det være ideelt at kunne købe bøger på nettet", siger Jan Freilev.

"Vi håber, at flere fysioterapeuter får øjnene op for, at der mangler fagbøger på dansk, og at de får lyst til at skrive dem. Et af resultaterne med ergoterapeuternes bogklub har netop været en større interesse blandt ergoterapeuter for at skrive fagbøger", fortæller Jan Freilev.

FADL's forlag ønsker også at samarbejde med Danske Fysioterapeuter om nye bogudgivelser. "Vores erfaring er, at hvis foreningen er med i beslutningen om, hvilke bøger der skal sættes i gang, får vi udgivet bøger, som medlemmerne er meget interesserede i at læse".

GODT MEDLEMSTILBUD

"Vi ved, at fysioterapeuter læser meget faglitteratur og bruger penge på at holde sig fagligt opdateret. Jeg er sikker på, at vores medlemmer vil være glade for bogklubben. Både studerende og fysioterapeuter, der blev uddannet for mange år siden, kan drage nytte af fysioterapeuternes bogklub", siger DF's formand Johnny Kuhr.

Han understreger, at der ikke er købetvang, og at medlemskabet i Danske Fysioterapeuter automatisk sikrer rabat på bøgerne i bogklubben.

Klik ind på www.fysiobogklub.dk ■

indgang

■ Medlemmer af Danske Fysioterapeuter kan fremover få rabat på bøger udgivet af FADL's forlag. På www.fysiobogklub.dk kan man bestille bøger og abonnere på nyhedsbrev.



Ildrætsdag på CVU Aalborg

Bevægelse ■ Sundheds CVU Aalborgs hus blev indviet den 26.marts i år. Det blev startskudtet til at skabe et nyt studiemiljø og en ny studiekultur for de fem sundhedsfaglige uddannelser ergoterapeut-, fysioterapeut-, jordemoder-, radiograf- samt sygeplejerskeuddannelsen. I foråret 2004 var CVU Aalborg heldige at få bevilget økonomisk støtte til en idrætsdag. Idrætsdagen skulle afholdes i 2004. Formålet med dagen var at sætte fokus på sundhedsfremme og forebyggelse igennem fysisk aktivitet på tværs af professioner, årsgange og holdninger. Idrætsdagen blev afholdt d. 3. november. Det blev en dag med mulighed for at vælge forskellige fysiske workshops og foredrag om fysisk aktivitet. Om formiddagen var der praktiske workshop, som de studerende stod for. Af indendørs workshop kan nævnes træning med store bolde, Battle (kamp i total mørke), Effect, boksetræning, boldspil og måling af kondital og blodtryk. Udendørs var der tilbud om stavgang, amerikansk fodbold, samt alternativ hård muskeltræning, hvor den værste modstander var en bidende kold novemberblæst. Bengt Saltin, professor, dr.med., Center for Muskelforskning holdt et foredrag om fysisk aktivitet og

livsstilssygdomme. Det andet foredrag stod Michael Andersen for. Han er direktør for Sundheds CVU Aalborg og tidligere lektor ved Institut for Idræt, Syddansk Universitet. Emne var "Børn og Idræt". Eftermiddagen blev indledt med et foredrag ved Hans Bonde, professor, dr.phil., Institut for Idræt Københavns Universitet, omkring "Kropsidealer – før og nu". Et andet foredrag med Thomas Skovgaard, ph.d., lektor Institut for Folkesundhedsvidenskab, Syddansk Universitet, handlede om "Fysisk aktivitet og sundhedspolitik". Igen om eftermiddagen var der mulighed for at være fysisk aktiv med Showdans, Pilates træning, yoga eller måling af kondital og blodtryk. Ligesom om formiddagen var det studerende, der havde ansvaret for de forskellige workshop. Dagen har allerede medført, at den næste fælles temadag for studerende og medarbejdere på CVU Aalborg er planlagt til maj 2005, hvor fysisk aktivitet på en eller anden måde vil være udgangspunktet. For yderligere oplysning kontakt: Anette Bentholt, fysioterapilærer, telefon: 96 33 15 51 eller: anette.bentholt@scvua.dk



Kliniske retningslinjer for fysioterapi

Temadag ■ Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi afholdt i november måned i samarbejde med Danske Fysioterapeuter en temadag om kliniske retningslinjer for fysioterapi. Der var fuldt hus til temadagen, der bød på oplæggene: hvad er kliniske retningslinjer, hvordan finder jeg kliniske retningslinjer, og hvordan udarbejdes og vurderes kliniske retningslinjer. Oplægsholderne var Hans Lund, Carsten Juhl og Philip van der Wees. Fysioterapeut Janne Kromann har været med til at udvikle retningslinjer inden for den fysioterapeutiske behandling af KOL. Hun beskrev i sit oplæg processen, og hvilke konsekvenser retningslinjerne har haft for behandlingen af patienterne på Frederiksberg Hospital. Efter oplæggene fik deltagerne lov til at selv at vurdere og diskutere konkrete kliniske guidelines inden for hjerterehabilitering, osteoporose, whiplash, osteoartrose i knæ eller hofte og akut low back pain. Danske Fysioterapeuter har i samarbejde med forskningsselskabet udarbejdet en strategi for udvikling af kliniske guidelines i Danmark. Der er i foreløbig afsat et beløb på 400.000 kr. i 2006 til at aflønne en fysioterapeut til det koordinerende arbejde med at udvikle kliniske retningslinjer i Danmark. På ffy.dk kan man finde Hans Lunds, Carsten Juhls og Philip van der Wees powerpoint præsentationer. Det er endvidere muligt at finde links til de guidelines, der blev drøftet på temadagen.

Multipel System Atrofi

Web ■ Multipel System Atrofi er en progressiv, neurologisk sygdom og opstår ved at nerveceller i særlige områder af hjernen degenererer. Denne celle-degeneration giver problemer med bevægelsen, balancen og med automatiske funktioner i kroppen som f. eks. kontrol med blæren. Landsforeningen for Multipel System Atrofi har åbnet en hjemmeside. Målet med hjemmesiden er at samle betydningsfulde informationer om sygdommen og tilbyde relevante links til andre informationskilder herhjemme og i udlandet. Læs mere på www.msa-danmark.dk

Stemmer og konflikter sammen

Fysioterapeuter, ergoterapeuter, jordemødre og de andre grupper i Sundhedskartellet står skulder ved skulder i overenskomstforhandlingerne. Sammenholdet er blevet forseglet i en fælles forhandlingsaftale, som betyder, at de enkelte faggrupper stemmer og konflikter sammen

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD
ILLUSTRATION GITTE SKOV

De 11 organisationer i Sundhedskartellet har givet hinanden håndslag på, at de står sammen hele vejen under overenskomstforhandlingerne. Det betyder, at fysioterapeuter, ergoterapeuter, jordemødre, sygeplejersker og resten af faggrupperne stemmer sammen og går i konflikt sammen, hvis der ikke findes en forhandlingsløsning. Det er konsekvensen af en forhandlingsaftale, som er blevet indgået mellem organisationerne i Sundhedskartellet.



I aftalen er det blandt andet beskrevet, hvordan fremgangsmåden vil være, når der skal stemmes om forhandlingsresultatet. Her står, at aftalen skal til urafstemning blandt organisationernes medlemmer, og at resultatet afgøres ved simpelt flertal.

Det betyder eksempelvis, at et flertal af nej-stemmer kan underkende et ja-flertal hos Danske Fysioterapeuters medlemmer, ligesom et massivt nej blandt fysioterapeuter kan blive underkendt, hvis flertallet siger ja.

FYSIOTERAPEUTER FYLDER MERE

Kigger man på stemmevægten i de enkelte medlemsgrupper, er det specielt sygeplejerskerne, der vægter tungt med mere end to ud af tre stemmeberettigede.

Men den skævhed mener formanden for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr, der sidder i Sundhedskartellets forhandlingsudvalg, ikke har den store betydning:

”Da vi var en del af Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte, KTO, var vi også underlagt, hvad medlemmerne af andre mere talstærke faggrupper stemte. Eksempelvis fyldte pædagoger, skolelærere og medlemmerne af FOA meget i det samlede billede. Så det nye i situationen er i virkeligheden, at fysioterapeuternes stemmer fylder mere, og at vi derfor har større indflydelse på det samlede resultat,” siger Johnny Kuhr.

Han er heller ikke bange for, at sygeplejerskerne, der traditionelt har lettere til at tage konfliktvåbenet i brug end fysioterapeuter, vil trække de andre faggrupper i Sundhedskartellet med i en strejke mod deres vilje: ”Nej, den situation kan jeg slet ikke forestille mig, da vi er meget enige om de krav, vi har stillet i fællesskab”.

FORHANDLINGERNE BLIVE SVÆRE

Dermed ikke sagt, at overenskomstforhandlingerne ikke kan ende med konflikt. Det afhænger i stort omfang af, hvordan arbejdsgiverne stiller sig over for Sundhedskartellets krav. Allerede på det første forhandlingsmøde i slutningen af oktober meddelte de (amts)kommunale arbejdsgivere, at der kun er begrænsede økonomiske midler til rådighed, og at de foretrækker en vedligeholdelsesoverenskomst frem for en fornyelse. Dertil kom-

fakta

SUNDHEDSKARTELLET

De 11 organisationer i Sundhedskartellet, der omfatter 115.000 ansatte i sundhedssektoren, er: Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Danske Bioanalytikere Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Farmakonomforeningen, Danske Afspændingspædagoger, Foreningen af radiografer i Danmark, Landsforeningen af statsautoriserede fodterapeuter, Økonomaforeningen, Jordemoderforeningen.

SIDSTE NYT: NOGET FOR NOGET

De offentlige arbejdsgivere har på det seneste forhandlingsmøde sagt ja til at forhandle om ny lønmodel for Sundhedskartellets medlemsgrupper, som har været et af hovedkravene. Til gengæld har Sundhedskartellet accepteret at drøfte lokal løndannelse, som har været et kardinalpunkt for arbejdsgiverne. Dermed har parterne givet noget for noget. Det betragtes som et vigtigt skridt på vejen mod en aftale.

mer, at arbejdsgiverne lægger vægt på, at det afsættes "betydelige midler til lokal løndannelse."

"På den led er det ikke nogen let opgave at finde en fælles løsning. Man kan vel dårligt forestille sig at parterne kan stå længere fra hinanden," siger Johnny Kuhr med henvisning til, at Sundhedskartellet har stillet krav om væsentligt højere løn til basisstillingerne, og at der skal indføres en ny lønmodel i stedet for ny løn. "Men jeg og resten af forhandlingsudvalget håber selvfølgelig på, at det bliver muligt at finde en fornuftig løsning. Det tyder da også på, at vi er kommet tættere på hinanden efter de første forhandlingsmøder".

ALLE MED I KONFLIKT

Hvis der ikke opnås enighed, kan det ende med en konflikt. I det tilfælde beskriver forhandlingsaftalen mellem organisationerne i Sundhedskartellet, hvilke grupper der skal i konflikt, og hvordan finansieringen af de konfliktramte vil være. De overordnede principper er, at konflikten skal være så effektiv som mulig, at alle Sundhedskartellets grupper skal opleve at være en del af konflikten, og at finansieringen skal være solidarisk med udgangspunkt i fordelingsnøgle, der afspejler, hvor mange stemmeberettigede medlemmer de enkelte organisationer har.

Overenskomstforhandlingerne skal være færdige seneste mandag 28. februar 2005. ■

FYSIO.DK

På hjemmesiden fysio.dk har du mulighed for at følge overenskomstforhandlingerne på det offentlige område. Klik ind på OK05 under menuen: Løn/ansættelse og læs de seneste nyheder. Du har også mulighed for at tegne abonnement på nyhedsbrevet og få nyhederne leveret direkte i din e-mailboks.

384.000 kroner til forskning

HB ■ 384.000 kroner fordelt på 18 forskningsprojekter. Således lød indstillingen fra Danske Fysioterapeuters Forskningsfond. På det seneste hovedbestyrelsesmøde blev det vedtaget at følge indstillingen fra fondens bestyrelse og fordele pengene på de 18 projekter. Samtidig sagde hovedbestyrelsen ja til at uddele 186.000 kroner til 39 fysioterapeuter, der er i færd med at tage en master-, kandidat- eller anden videregående uddannelse. Pengene kommer fra Danske Fysioterapeuters jubilæumsfond. Endelig blev der bevilget 75.538 kroner fra Danske Fysioterapeuters studielegat til 12 fysioterapeuter, der skal på studietur eller deltage i internationale konferencer. De projekter, der har fået penge fra forskningsfonden, er beskrevet på forskningsportalen ffy.dk

Fagforum for gynækologi og obstetrik

HB ■ Endnu en faggruppe er blevet til et fagforum. På det seneste hovedbestyrelsesmøde blev der nikket ja til at faggruppe for obstetrisk og gynækologisk fysioterapi skifter navn til Danske Fysioterapeuters fagforum for gynækologisk/obstetrisk fysioterapi. Det ny fagforum har omkring 250 medlemmer.

Næstformandens rolle

HB ■ På det netop overståede repræsentantskabsmøde rejste flere delegerede spørgsmålet om, hvilken rolle næstformanden skal spille fremover, når der kommer fem lønnede regionalformænd. På det seneste hovedbestyrelsesmøde havde næstformand Birgitte Kure derfor selv valgt at sætte punktet på dagsorden. Birgitte Kure foreslog blandt andet, at hovedbestyrelsen gør sig overvejelser, om den ny struktur har ændret grundlaget for at have en valgt næstformand. Og hvilke justeringer og ændringer i formål, ansvar og opgaver, der kan blive behov for.

"Det er relevante spørgsmål. Men det er mest naturligt at evaluere næstformandsfunktionen samtidig med at den regionale struktur bliver evalueret," sagde hovedbestyrelsesmedlem Lena Olsen. Hun advarede mod, at hovedbestyrelsen handlede overilet, fordi nogle repræsentanter valgte at rejse

spørgsmålet. Samme toner lød der fra et andet hovedbestyrelsesmedlem, Brian Errebo-Jensen: "Nu har vi brugt tre repræsentantskabsmøder på at få valgt en lønnet næstformand. Så man kan roligt sige, at der er tale om en velovervejede beslutning. Så skal vi ikke efter et halvt år begynde at afvikle posten. Det hænger ikke sammen". Der var bred enighed i hovedbestyrelsen om, at det er vigtigt at få evalueret såvel næstformandsrollen som den ny regionale struktur. "Det har vi en forpligtelse til over for repræsentantskabsmødet," som formand Johnny Kuhr formulerede det. Men der var også enighed om, at det var for tidligt at foretage disse evalueringer på nuværende tidspunkt. Hovedbestyrelsen har et arbejdsseminar i januar 2005. Her skal der tages stilling til, hvordan fremgangsmåden og tidsterminerne for evalueringen skal være.

Firmafysbussen

Klinik ■ Fysioterapeut Dorte Bruun har indrettet en lastbil til klinik for fysioterapi. Der er plads til en el-briks og et skrivebord, der opfylder kravene til en ergonomisk arbejdsplads. Klinikken har desuden ventilationsanlæg, oliefyur og rindende varmt og koldt vand. Det er tanken, at fysioterapiklinikken skal være et mobilt tilbud til virksomheder, der ønsker at tilbyde medarbejdere behandling på arbejdspladsen. Mange små firmaer har svært ved finde et lokale, der er egnet som behandlingsrum, men også større virksomheder med medarbejdere spredt på flere byggepladser eller kommuner, der har mange forskellige arbejdspladser vil kunne drage nytte af en mobil klinik. Dorte Bruun forestiller sig også, at bussen kan anvendes, hvis der er behov for fysioterapi til større sportsarrangementer. Dorte Bruun fortæller til tidsskriftet Arbejdsmiljø, at hun har haft ideen med en firmafysbus i flere år. Hun har brugt en halv million kroner på bussen, der blev leveret i foråret. Dorte Bruun har ansat Kaspar Stade Christensen til at hjælpe sig, og de har været rundt på Fyn for at besøge virksomheder og præsentere klinikken.



fysnyt

Kliniske guidelines

Begreber ■ Det engelske begreb Clinical Guideline oversættes til enten klinisk retningslinje, klinisk vejledning eller referenceprogram. På dansk er der væsentlig forskel på betydningen af begreberne. Kliniske vejledninger, referenceprogrammer, kliniske retningslinjer er ord, der er på vej ind i den fysioterapeutiske hverdag, men der hersker stadig forvirring omkring disse begreber.

Referenceprogram er typisk et nationalt udviklet dokument, der oftest er tværfagligt. Referenceprogrammet er systematisk udarbejdet og beskriver de elementer, der bør indgå i sundhedsfaglige ydelser til en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer. Med sundhedsfaglige ydelser menes såvel forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. Referenceprogrammet udarbejdes på baggrund af evidens, og medtager organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser.

En klinisk vejledning eller klinisk retningslinje er ligeledes systematisk udarbejdet, men bruges når fagpersoner (og patienter) skal træffe beslutninger i specifikke kliniske situationer. Kliniske retningslinjer udarbejdes typisk i mindre enheder, på arbejdspladsen, på klinikken eller lignende, og kan (bør) være udarbejdet på baggrund af evidens. På dansk er der ingen forskel på en klinisk vejledning eller en klinisk retningslinje.

Forskellen på klinisk vejledning og et referenceprogram er, at referenceprogrammet er mere overordnet, oftest nationalt og oftest tværfagligt, mens den kliniske vejledning er lokal og en mere konkret vejledning til konkrete handlinger. Forvirringen opstår let når der oversættes fra engelsk, idet en "Clinical Guideline" kan oversæt-

tes med såvel et referenceprogram som en klinisk vejledning, ligesom der på engelsk ikke er forskel mellem en "Clinical Guideline" og en "Clinical practice Guideline".

I Danmark har der ikke været enighed om begreberne mellem forskellige faggrupper eller forskellige amter, men i 2003 udarbejdede en tværfaglig sammensat arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner". Fysioterapeut, cand.scient.san Birgitte Foged repræsenterede Danske Fysioterapeuter i denne arbejdsgruppe. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner kan downloades fra www.dsk.suite.dk og indeholder ud over disse definitioner en mængde andre definitioner på kvalitetsbegreber.

Udarbejdelsen af referenceprogrammer er en del af Danske Fysioterapeuters faglige strategi fra 2005 og har været temaet for det netop afholdte årsmøde i Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi (læs mere på side ?? i dette fagblad).

Kilde: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Januar 2003. www.dsk.suite.dk eller www.sst.dk

AF FYSIOTERAPEUT, CAND.SCIENT.SAN. THOMAS MARIBO, FAGLIG KONSULENT, DANSKE FYSIOTERAPEUTER.

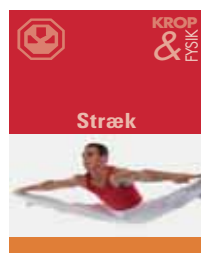
Fire nye pjecer

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.

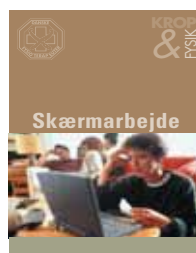
Pjecer



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 blive produceret yderligere pjecer, bl.a.: Langvarige rygsmarter, 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 rygsmarter"

_____ stk. plakater "Stræk" (format 50 x 70 cm)

_____ stk. stativ til pjecer og magasiner

Navn: _____

Att.: _____

Adresse: _____

Postnr./by: _____

Tlf. nr.: _____

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

Maskinel Magasinpost

Afsender:

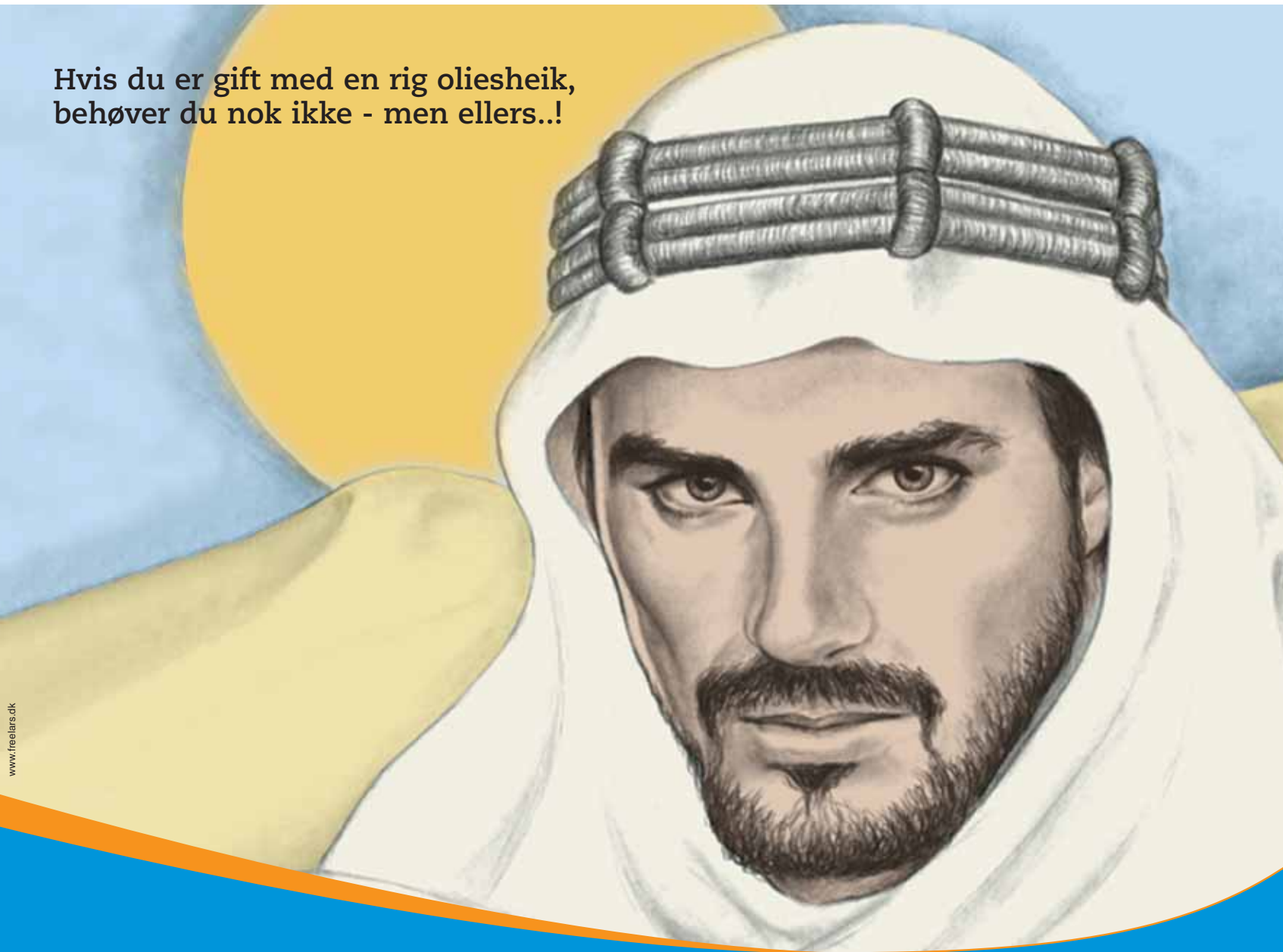
Postbox 7777

7000 Fredericia

ID NR. 42137



Hvis du er gift med en rig oliesheik,
behøver du nok ikke - men ellers..!



- Er du kommet sent ud i job?
- Har du arbejdet på deltid?
- Har du holdt orlov?

... Eller kunne du bare tænke dig en højere pension end den, du kan se frem til nu?

Så er det klogt at oprette en supplerende pensionsordning, Jo før, jo bedre.

Vidste du i øvrigt, at PKA-pensionskasserne har et livs- og pensionselskab, som tilbyder supplerende pensionsordninger og livsforsikringer på særdeles konkurrencedygtige vilkår?

Ring til PKA⁺Pension på tlf. 39 45 46 00 og hør nærmere, eller klik ind på www.pkaplus.dk og læs mere. Vi glæder os til at hjælpe dig.

PKA⁺
...mere pension