



Ministeren svarer

Fysioterapeuterne har
stillet spørgsmålene,
og sundhedsministeren
svarer. Side 26

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

Pausen er vigtig

Trætte muskler sladrer ikke,
så det er svært at vide, om
pausen har varet længe
nok efter ensidigt gen-
taget arbejde.

SIDE 22



Artikler

Hvilken behandling er den bedste?



Hvis fysioterapeuter baserer deres valg af behandling på evidens og best practice, hvordan kan det så være, at behandlingstilbudet er forskelligt fra sygehus til sygehus?

4

Terapeuter er garanti for genoptræningsplaner



De patienter, der under indlæggelsen møder en terapeut, er næsten sikre på at få vurderet deres behov for genoptræning og få en genoptræningsplan med hjem. Det er mere usikkert for patienter, der ikke ser en terapeut under indlæggelsen.

16

Trætte muskler sladrer ikke



Varigheden af pauser over en arbejdsdag er afgørende for restitutionen i musklerne. Specielt restitutionen i de langsomme fibre tager tid, når musklen har arbejdet på lave spændingsniveauer. En frisk muskel har en anden lyd end en træt.

20

Ministeren svarer fysioterapeuterne



Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen svarer på spørgsmål fra Danske Fysioterapeuters medlemmer.

26

Fysioterapeut og bibelsamler

Fysioterapeut Johnny Kaspersen holdt op med at tælle sine bibler, da han rundede bibel nummer 1000. Kristeligt Dagblad har besøgt Johnny Kaspersens bibliotek, hvor de ældste udgaver af bibelen er fra 1500-tallet. Samlingen blev grundlagt, da Johnny Kaspersen i 1957 flyttede til Danmark fra Norge for at blive fysioterapeut og i fritiden gik på bibeljagt i de københavnske antikvariater. En af stolthederne i samlingen er en ungarsk torarulle fra 1750, skrevet på pergament og 28 meter lang, når den rulles helt ud. Højeste ønske er en Gutenberg bibel, som var den første trykte bibel. Men her slår en fysioterapeutløn næppe til. Sidste gang, der var en Gutenberg bibel på auktion, gik den for 20 millioner kroner.



FOTO: LEIF TUXEN

Det faste

Presseklip	13
Fysnyt	14
Personalialia	24
Dfnyt	25
Kalender	28
Uddannelse	31
Job	39



FORSIDE:
MICHAEL ALTSCHUL/
POLFOTO

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.

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

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

ISSN 1601-1465

Praktiserendes fraktion

Der var historisk sus over det, da de to fraktioner i praksissektoren nedlagde sig selv og efterfølgende dannede en ny fælles fraktion under navnet Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark. Historisk fordi den ældste fraktion hos Danske Fysioterapeuter - Fraktionen af klinikejere, etableret i 1952 - dermed forsvandt. Historisk fordi sammenlægningen blev en realitet efter mange års tilløb. Nu er der en fælles fraktion på praksisområdet. Tillykke med det.

Men alt forløb desværre ikke som ønsket. En af de væsentligste ambitioner er, at den nye fraktion skal repræsentere praksissektoren bredt. Fraktionen skal sikre det faglige fællesskab og varetage interesserne for såvel klinikejere som lejere og ansatte. Men den del af missionen lykkedes ikke. Der mødte nemlig kun fire lejere op til den stiftende generalforsamling, og ingen af lejerne blev valgt til den nye bestyrelse. Det er ikke noget godt udgangspunkt for den nye fraktion i bestræbelserne på at kunne tale hele praksissektorens sag. Der forestår derfor den væsentlig opgave for den siddende bestyrelse at få lejerne engageret i fraktionens arbejde.

Når jeg tager dette emne op i lederen, er det for at understrege, hvor vigtigt fraktionernes arbejde er. Fraktioner har på linie med fagfora og faggrupper en central placering i foreningens struktur, hvilket understreges af, at der til næste repræsentantskabsmøde kan vælges repræsentanter herfra. Fraktioner er ikke kun en stemme i den fagpolitiske debat, men er også en kilde for Danske Fysioterapeuter til at skaffe sig viden om arbejdsforhold og udviklingsbehov på de forskellige overenskomstområder. Derudover har fraktionerne til opgave at skabe fællesskaber, normer, erfarings- og videndeling. Det er opgaver, som de er bedst til at varetage.

Den nye fraktion var en mulighed for lejere til at komme på banen. Det gjorde de ikke i denne omgang. Forklaringen kan selvfølgelig være, at lejerne ikke synes de har nogen problemer og derfor behov for at komme til orde? Erfaringerne fra det daglige arbejde i foreningen viser dog, at dette ikke er tilfældet. Der er behov for at klinikejere, lejere og ansatte kan mødes og drøfte fælles problemer og udfordringer. Det er den nye fraktion et godt forum for. Derfor er det nødvendigt for den nye bestyrelse for Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark at sikre lejere og ansatte i klinikkerne rum og indflydelse. Men det er også nødvendigt, at disse grupper vil deltage og byder ind på de muligheder, der gives i den nye fraktion. Begge dele er forudsætningen for, at fraktionen kan tale på hele praksissektorens vegne.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Hvilken behandling er den bedste?

En workshop på Hvidovre Hospital havde som mål at få konsensus om "best practice" for fysioterapi til patienter med hofte-nær fraktur. Selvom forskningen er mangelfuld blev hurtig daglig funktionstræning kombineret med styrketræning en vigtig del af anbefalingerne

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

indgang

■ 75 deltagere fra 30 forskellige sygehuse og genoptræningscentre mødtes d. 11. april for at diskutere sig frem til, hvilken fysioterapeutisk behandling og test, man skal anvende til patienter med hoftefraktur under primær indlæggelse. Anbefalingerne bringes i dette fagblad efter denne artikel. Det originale konsensusdokument kan læses på fysio.dk/Fysioterapeuten/ bilag til artikler

Hvis fysioterapeuter baserer deres valg af behandling på evidens og best practice, hvordan kan det så være, at behandlingstilbuddet er forskelligt på sygehusene?

Dette enkle spørgsmål var baggrunden for, at fysioterapeuterne på Hvidovre Hospitals enhed for hofte-nære frakturer besluttede at indkalde alle fysioterapeuter, der arbejder med patienter med hofte-nær fraktur til en workshop. Målet var at blive enige om, hvilken fysioterapi, der er den bedste til patienter med hofte-nær fraktur under primær indlæggelse.

75 deltagere fra 30 forskellige sygehuse og genoptræningscentre fra hele landet havde meldt sig til workshoppen og havde forpligtet sig til dels at læse et omfattende materiale og at være med til at beslutte de endelige anbefalinger til den bedste

fysioterapeutiske behandling til disse patienter.

Det skulle hurtigt vise sig, at man på flere punkter savner evidens for den fysioterapeutiske behandling.

Således måtte fysioterapeut og forsker Nina Beyer, der var en af oplægsholderne på workshoppen, afsluttende konkludere: "På baggrund af data fra forskningen kan vi ikke sige, hvilken type træning vi skal tilbyde umiddelbart efter operationen, og vi ved heller ikke meget om intensitet og træningsmængde. Men evidensen peger på, at man skal starte træningen hurtigst muligt for at modvirke det hurtige fald i fysisk funktion som resultat af operation og sengeleje".

Workshoppen skulle ende med, at forsamlingen i fællesskab udarbejdede et konsensusdokument med anbefalinger til den fysioterapeutiske behandling. Det lykkedes til dels. Deltagerne blev enige om, at hurtig genoptræning gerne på operationsdagen, funktions-træning og styrketræning og mobilisering skal indgå i anbefalingerne. Der var derimod ikke en klar melding på, hvilke test- og målemetoder, der skal anvendes. ▶





På konsensuskonferencen var der livlig diskussion om valg af test. Centerfysioterapeut Birte Nørrelund fra Odense Universitetshospital (tv) fortalte, at man i Fyns amt har valgt at bruge Barthel, Timed Up and Go og VAS-skala til test af patienter med hofte-nære frakturer. Flere fysioterapeuter mente, at det er svært at nå at teste, når patienterne er indlagt i kort tid, men det afviser Birte Nørrelund. "Vi bruger testene som en del af behandlingen". På Universitetshospitalet har de gode erfaringer med Timed Up & Go. I forbindelse med kontrolbesøg fire måneder efter udskrivningen kan testen give en status over den enkelte patient

► FINGERPEG OM BEST PRACTICE

Inden fysioterapeuterne skulle diskutere sig frem til anbefalingerne gennemgik en række oplægsholdere den eksisterende viden og evidens inden for accelererede operationsforløb og rehabilitering, testredskaber, det fysioterapeutiske tilbud, organisering, test og målemetoder samt træning.

Der mangler evidens på en lang række områder inden for fysioterapi til patienter med hoftenær fraktur og den forskning, der foreligger, er desuden mangelfuldt beskrevet. I nogle studier har man for eksempel sammenlignet lidt fysioterapi med meget fysioterapi. "Det svarer til, at man sammenligner effekten af en pille med effekten af to piller – og det er vel og mærke, uanset hvilke piller det drejer sig om", sagde Nina Beyer på workshoppen. Men selv om der ikke foreligger mange studier over fysioterapeutiske behandlingstilbud, kunne oplægsholderne alligevel på basis af andre relevante studier skitsere, i hvilken retning anbefalingerne skulle gå, og hvilke elementer der var væsentlige at prioritere i behandlingen.

TIDLIG MOBILISERING ER NØDVENDIG

På Hvidovre Hospital oprettede man i 2002 den første specialenhed i verden for patienter med hoftenær fraktur, hvor konceptet var accelereret operationsforløb. Projektphysioterapeut Morten Tange Kristensen, klinisk

assistent Nicolai Bang Foss og projektsygeplejerske Pia Søe Jensen blev ansat til at implementere, dokumentere og udvikle et accelereret forløb for patienter med hoftenær fraktur.

Enheden for hoftenær fraktur søger at evidensbasere deres tilbud til patienterne og har selv været i gang med forskning på flere fronter (faktaboks side 8). Således har Morten Tange og Nicolai Bang Foss publiceret undersøgelse af CAS-score (1) og beskrevet det accelererede patientforløb i blandt andet i Fysioterapeuten.

Erfaringerne og dokumentationen fra enheden for hoftenær fraktur indgik som en del af det baggrundsmateriale, deltagerne skulle læse inden workshoppen.

Der er samlet en del erfaringer med accelererede patientforløb og betydningen af tidlig mobilisering. Professor, dr. med. Henrik Kehlet, der har udviklet konceptet accelererede operationsforløb på Hvidovre Hospital, mener tidlige mobilisering og dermed fysioterapi er en væsentlig del af forløbet. Forudsætningen for at et accelereret operationsforløb lykkes er ifølge Henrik Kehlet, at patienten hurtigt bliver smertefri og dermed hurtigere kan genvinde sin funktion.

I forbindelse med udviklingen af det accelererede forløb har det været nødvendigt at finde ud af, hvad der hindrer patienten i at komme op med det samme. "Vi forventer at en bil, der er blevet repareret kan køre med det samme, men den samme forventning har vi ikke til den nyopererede patient", siger Henrik Kehlet. Operationen påvirker samtlige organer og hvis det lykkes at minimere den kirurgiske stress på organerne og mindske smerterne, er der gode forudsætninger for hurtigt at få mobiliseret patienterne, fortalte Henrik Kehlet (2).

Tidligere blev patienterne primært smertedæmpet med morfin, men morfinen har mange bivirkninger og er dårlig til at behandle smerter, der kommer i forbindelse med bevægelse. Klinisk assistent, læge Nicolai Bang Foss fortalte om de nye muligheder for at smertedække patienten med regional analgesi. I et studie har man vist, at en optimal smertebehandling af patienter efter hoftenær fraktur medfører nedsatte smerter under bevægelse og minimerer smerte som begrænsende faktor. Og netop smerter er ifølge Nicolai Bang Foss en af de væsentligste begrænsende faktorer for fysioterapeutens mobilisering af patienten.

Andre begrænsende faktorer er kvalme, træthed, konfusion og anæmi. Anæmi har formentlig en væsentlig indflydelse på patienternes forudsætninger for at deltage i den fysioterapeutiske behandling. Derfor er man på Hvidovre hospital i gang med et nyt studie, der skal vise sammenhængen mellem hæmoglobin-koncentrationen i blodet postoperativt og evnen til at deltage i fysioterapi.

Så snart en af de begrænsende faktorer elimineres, vil den næste i rækken træde frem og påvirke patienten. "Vi har her at gøre med en pyramide af begrænsende faktorer, der spænder ben for jeres arbejde som fysioterapeut", sagde Nicolai Bang Foss. Hvis man skal teste effekten af fysioterapi kan det ifølge Nicolai Foss ligeså godt være, at det er en af de begrænsende faktorer, man måler på.

Professor Henrik Kehlet undrer sig over, at der ikke er flere sygehuse, der har indført accelererede forløb. Her peger han på ledernes rolle. Hvis et accelereret forløb skal lykkes, skal der være opbakning fra ledelsen, der skal udarbejdes standardiserede plejeplaner, nedsættes tværfaglige specialistteams, indrettes fysiske rammer, der gør, at patientene har et sted at være, når de ikke skal ligge i sengen.

VALG AF TEST

Et af punkterne på det afsluttende konsensusdokument skulle være valg af test og målemetoder. Derfor handlede et af oplæggene om, hvorfor vi tester og hvad vi kan bruge testen til. Fysioterapeut Bente Holm er forsknings- og udviklingsfysioterapeut på Hvidovre

fakta om...

Supplerende Litteratur

En referenceliste og links til relevante artikler findes på hjemmesiden www.hvidovrehospital.dk/hhfysioterapisektion.nsf

På samme side kan man finde yderligere materiale fra workshop om hoftenær fraktur.

En liste over publicerede artikler fra enheden for hoftenær fraktur på Hvidovre hospital er publiceret på fysio.dk/bilag til artikler.

hospital. Hun stod for gennemgangen og afsluttede med at skitsere, hvilke test der oftest benyttes til patienter med hoftenær fraktur:

- Cumulated Ambulation Score (CAS)
- New Mobility Scale (NMS)
- Functional Recovery Score (FRS)
- Timed Up and Go (TUG)
- Barthel Index
- Katz ADL test
- Hindsøes test (HT)

På enheden for hoftenær fraktur har fysioterapeut Morten Tange og læge Nicolai Bang Foss sammenlignet Timed Up and Go og New Mobility Score (3).

"I vores undersøgelse med 200 patienter, var det under halvdelen, der kunne gennemføre Timed Up and Go", mens alle kunne vurderes med New Mobility Score", fortalte Morten Tange. De fandt dog, at Timed Up and Go er god til at vurdere ændringer over tid og er en særdeles god prædikator for alle dem, der får en tid under 30 sekunder ved udskrivningen.

New Mobility Score blev oprindeligt udviklet til at forudsige mortalitet, men er siden blevet anbefalet til at forudsige genoptræningspotentialet. I Morten Tanges og Nicolai Bang Foss' undersøgelse viste NMS sig at være god til at vurdere genoptræningspotentialet, og den kunne bruges til alle patientgrupper, både de stærke og de svage. Dette studie vil blive publiceret i Ugeskrift for Læger i indeværende år.

Morten Tange og Nicolai Bang Foss har desuden udviklet CAS-scoren (1), der ud over at fungere som et dagligt arbejdsredskab til vurdering af basismobilitet, har vist sig som en god prædikator for indlæggelsesforløbet, komplikationer og dødelighed.

KERNEYDELSER

Almenmobilisering er en væsentlig del af behandlingstilbuddet i det accelererede patientforløb. Men spørgsmålet er, hvor væsentligt det er, at det er fysioterapeuter, der mobiliserer patienterne.

"Fysisk aktivitet og mobilisering er et fælles mål for det tværfaglige personale. Langt hen ad vejen er det ligegyldigt, om det er fysioterapeuten, portøren eller sygeplejersken, der står for gangtræning", sagde fysioterapeut Nina Beyer. Hun mener, fysioterapeuten skal have den overordnede styring af aktiviteterne, og tage over, hvis patienterne har særlige behov og

ikke følger den slagne vej. "Det er på det felt, vi er eksperterne", sagde hun.

Det er ifølge Morten Tange svært at finde evidens for tidlig intensiv fysioterapi til patienter med hoftenær fraktur. I et nyt studie af Kamel (4) viste det sig, at de patienter, der lå i sengene og ventede på at få ordineret gangtræning havde flere komplikationer end dem, der blev mobiliseret tidligt.

Andre undersøgelser understøtter dette fund. Således viser det sig, at det ikke er nødvendigt at afvente røntgenbillederne, inden man starter mobiliseringen. En tidlig mobilisering øger ikke risikoen for komplikationer og re-operation.

På enheden for hoftenær fraktur på Hvidovre Hospital starter fysioterapeuterne hvis muligt behandlingen allerede på operationsdagen og senest på førstedagen. Patienterne trænes to gange dagligt i alt 40-60 minutter. Lørdag, søndag og helligdage dog kun en gang om dagen.

TRÆNING

Der findes kun ganske få randomiserede træningsstudier med patienter med hoftenær fraktur, og disse er foretaget uger til måneder efter frakturen, fortalte Nina Beyer. Når der er tale om konsekvenser af immobilisering og sengeleje foreligger der på nuværende tidspunkt en solid evidens. Kort tids sengeleje selv hos yngre, raske personer betyder tab af muskelmasse og -styrke. I løbet af en uge reduceres muskelmassen med cirka 4 procent og muskelstyrken med omkring 20 procent, hvilket svarer til, hvad man kan opnå ved 2-3 måneders tung styrketræning, forklarede Nina Beyer.

Styrke, balance og gangproblemer er prædiktorer for udfaldet af rehabilitering efter faldrelaterede frakturer, men hvad skal der til for at modvirke disse problemer? Et studie har vist, at den præoperative tilstand har stor betydning for funktion efter operationen, og at træning i de første tre dage efter operationen giver størst fremgang (5). Et andet studie viste, at man i store træk fik de samme resultater, ligegyldigt om patienterne udførte vægtbærende eller ikke vægtbærende øvelser. Dette er i modstrid med andre forskningsresultater, sagde Nina Beyer.

Ei-stimulation, styrke- og balancetræning har i studier vist sig at have effekt, men da de fleste træningsstudier er udført på friskere patienter med hoftenær fraktur, mangler der stadig viden om den mere skrøbelige gruppe. At styrke har en væsentlig betydning i rehabiliteringen, er Nina Beyer dog ikke i tvivl om. Hun refererede blandt andet til den finske forsker Taina Rantanen, der har vist, at muskelstyrken er af betydning for mortalitet hos gamle mennesker, der har pådraget sig en fraktur. Rantanen viste, at hos den svageste ældregruppe var dødeligheden 15,2 pr. 1.000 ▶

fakta om...

Mere viden på nettet

Sygeplejerskerne på Rigshospitalet har samlet viden om accelererede patientforløb på www.periopsygepleje.rh.dk

FYSIOTERAPEUTER PÅ ENHEDEN FOR HOFTENÆR FRAKTUR

Der er 14 sengepladser på enheden for hoftefraktur. Projektleder Morten Tange står for den fysioterapeutiske forskning og udvikling af det accelererede patientforløb. To fysioterapeuter (fuld tid) står for træningen i hverdagen og en fysioterapeut på alle lørdage, søn- og helligdage.

Morten Tange har sammen med den tværfaglige gruppe i enheden forsket i forskellige dele af patientforløbet på sygehuset, herunder også betydningen af det fysioterapeutiske tilbud. Morten Tange og det tværfaglige team i enheden for hoftefraktur har publiceret flere artikler i Ugeskrift for Læger, Sygeplejersken og Fysioterapeuten. Læs om mere om enhedens resultater i Fysioterapeuten 2003, 16:4-8, 2004, 21:6-10 og 2005, 5:22-26.

- ▶ personmåneder, mens det for den stærke gruppe var 1,7 pr. 1.000 personmåneder.

Men måske er løsningen ikke alene træning. Professor Henrik Kehlet mener, at den svageste gruppe af patienterne kunne have glæde af medikamentel behandling i form af anabole steroider.

ORGANISERING OG ØKONOMI

Med udgangspunkt i oplæggene skulle deltagerne arbejde sig frem til et konsensusdokument.

I første omgang var målet at blive enige om den anbefalede træningsmængde. De viste sig, at det for de fleste var svært at hæve sig over de snævre rammer, der er for det fysioterapeutiske arbejde på de forskellige arbejdspladser. Økonomi, begrænsede personalemæssige ressourcer, prioriteringer og ortopædkirurger, der spænder ben for et accelereret forløb var forhold, som var svære at komme uden om.

”Vi vil gerne træne patienterne flere gange dagligt, men det har vi ikke ressourcer til”, var en replik man kunne høre ved flere af bordene. Nogle måtte kæmpe med plejepersonalet, der ikke ville være med til at mobilisere patienterne. Flere fysioterapeuter mente, at især de skrøbelige ældre ikke kunne klare en halv times fysioterapi dagligt.

Morten Tange gjorde opmærksom på, at selv om

der mangler klar evidens for træningsmængde, og de lokale muligheder er forskellige, er det nødvendigt at finde det minimum, der skal stræbes efter. Herefter enedes man om, at daglig fysioterapi måtte være et minimum for både stærke og skrøbelige ældre. Behandlingen kan deles op over to gange på en dag og opstarten skulle ideelt set være på operationsdagen – senest dagen efter.

HVORDAN SKAL DER TRÆNES?

Træningsformer var det næste punkt til diskussion. ”Hvis ikke vi kan læne os op af forskningen, når vi skal vælge træningsformer, hvad gør vi så?” spurgte fysioterapeut Susanne Testrup-Petersen fra uddannelsesafdelingen på Hvidovre hospital. Hendes rolle var at få de tilstedeværende guidet igennem eftermiddagen, til der forelå et konsensusdokument.

Der blev drøftet funktionel træning versus træning i maskiner, holdtræning versus individuel træning og hvor stor belastning patienterne kunne tåle.

”Der er ingen af os, der kan tåle at gå ud at træne med maksimale belastninger, så det skal patienterne selvfølgelig heller ikke. For mange er det styrketræning at rejse sig fra en stol” .

En af deltagerne foreslog, at der blev udarbejdet et katalog over progredieret træning, så fysioterapeuten selv kunne vurdere, hvilken belastning der var relevant for patienten.

”Skal vi overhovedet træne styrke på sygehuset. Er det ikke snarere funktionen, der er væsentligt, når vi taler om så korte liggetider på under en uge?”, spurgte en af deltagerne.

Nina Beyer var helt uenig. ”Det gælder om at modvirke faldet i muskelstyrke så hurtigt som muligt, så det er vigtigt, at I giver patienterne et billede af, at det er vigtigt at styrketræne. De skal måske også hjem og træne i kommunen og skal være indstillede på det”, sagde Nina Beyer.

At det er tilstrækkeligt at bygge sit behandlingstilbud ud fra erfaring, som en af deltagerne foreslog, blev afvist venligt men bestemt af fysioterapeut Thomas Maribo, der står for Danske Fysioterapeuters Projekt Målemetoder. ”Som Hippokrates sagde: Erfaring er svigefuld. Vi bliver nødt til at basere vores behandlinger på den forskning, der er” .

fakta om...

Fakta om hoftefraktur

- Der er cirka 11.000 hoftefrakturer om året i Danmark
- 35 procent af patienter med hoftefraktur er over 85 år
- Patientgruppens størrelse og belastning for økonomien hænger ikke sammen med den prioritering gruppen får i forskning.

Nyt Junior katalog !

Primo april 2005 udsendte Etac sit nye Junior katalog. Et komplet katalog i form af to ringbind, som indeholder alle de hjælpemidler til børn og unge, Etac idag forhandler herunder produkter fra R82, Tumble Forms, Carfix, RoMedic m.fl.

Junior kataloget indeholder følgende 12 temahæfter:

Ringbind 1

Etac A/S

Køre

Sidde

Turtle, formstøbte stole

Transport

Tryk og Sikker

Ringbind 2

Gå

Stå

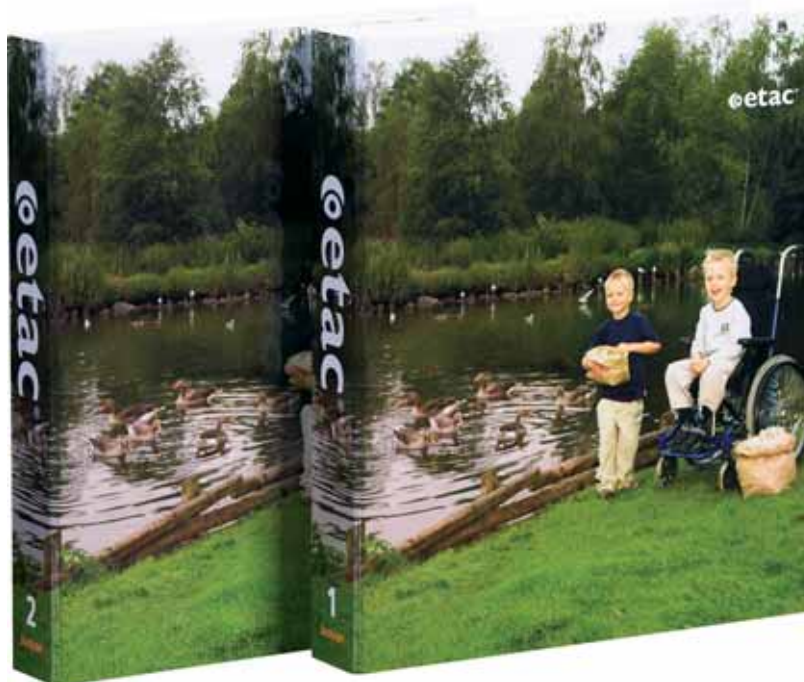
Ligge

Løfte, flytte og vende

Bad og toilet

Småhjælpemidler og Sansemotoriske hjælpemidler

Envidere er hjemmesiden www.etac.dk opdateret, så de samme temaer går igen her.



Såfremt I ønsker at modtage Junior kataloget eller nogle af temahæfterne, kan materialet rekvireres ved at sende en mail direkte til marketing@etac.dk eller via vores hjemmeside www.etac.dk med oplysninger om arbejdssted, adresse, telefonnummer, mailadresse samt hvem materialet skal stiles til. I vil så blive oprettet i vores adressedatabase, hvorefter I er sikret alle fremtidige opdateringer.

Etac A/S
Parallelvej 1, 8751 Gedved
TELEFON 79 68 58 33 FAX 75 66 52 57 E-MAIL info@etac.dk HJEMMESIDE www.etac.dk

 etac®

- ▶ Det er et centralt problem ved mange træningsstudier, at der mangler en beskrivelse af, hvordan der trænes. Desuden er de fleste træningsstudier foretaget på friske ældre, og der mangler viden om, hvordan den skrøbelige gruppe, der ikke kommer ud af sengen, skal behandles.

fakta om...

Principper for accelereret forløb på Hvidovre Hospital

- Information (video) før operation
- Tidlig operation
- Balanceret smertebehandling
- Regional smertebehandling
- Maksimeret peroral ernæring
- Rationel væsketerapi
- Standardiseret iltterapi
- Tidlig mobilisering og fysioterapi
- Tidlig planlægning af udskrivelse

En af deltagerne på workshoppen blev voldsomt provokeret af, at fysioterapi i de fleste studier ikke var defineret, og at det derfor kunne tolkes som om, det var ligegyldigt, hvad behandlingen bestod af.

Læge Nicolai Bang Foss smed bolden tilbage i forsamlingen og opfordrede fysioterapeuterne til at komme i gang med forskning. "Det hviler på jer at finde frem til den bedste behandling", sagde han og gjorde opmærksom på, at det var meget nødvendigt også at finde best practice for den skrøbeligste del af patientgruppen.

Enden på diskussionen blev, at man enedes om at anbefale træning af basismobilitet og styrketræning. Der var enighed om, at der skulle forskes i elstimulation til de svageste, og der var behov for RCT-studier på selekterede patienter, hvor man undersøgte effekten af træningsform, belastning og træningsmængde.

UENIGHED OM VALG AF TEST

Det sidste punkt i konsensusdokumentet var testing. Det viste sig at være svært, og her spillede den daglige erfaring og de muligheder man havde på de forskellige arbejdspladser en stor rolle. Flere fysioterapeuter havde erfaringer med TUG fra det Nationale Indikatorprojekt. I NIP havde man valgt en tid under 30 sekunder som indikator, og det var ifølge flere af deltagerne problematisk, da næsten ingen patienter kunne komme under 30 sekunder. Flere af deltagerne kunne ikke se en mening med at teste patienterne med TUG, når de ikke skulle bruge scoren i forbindelse med en efterkontrol.

På nogle arbejdspladser har fysioterapeuterne valgt selv at sammenstykke en test, andre steder tester man slet ikke. På Fyn har man valgt at benytte Barthel og i Nordjylland var man åbne for at bruge CAS. Flere fysioterapeuter ønskede at indkalde patienterne til efterkontrol, og her ville de benytte TUG. Fysioterapeuterne fra Hvidovre og Bispebjerg Hospital har erfaringer med CAS, som de synes er et godt tværfagligt redskab. Nina Beyer foreslog, at man eventuelt anvendte de funktionstest, man brugte i geriatrien, indtil der kom den helt rigtige test til patientgruppen.

Diskussionerne vidnede om, at det er meget svært at finde et måleredskab, der kan favne hele gruppen af patienter med hoftefraktur. Der var også uenighed om, hvad man skal bruge testen til.

Morten Tange mente, man både havde brug for en enkel test, der kunne sige noget om genoptræningspotentialitet, en til at vurdere den daglige basismobilitet og en til at vurdere, hvor tæt patienten var på udskrivningskravet. Han foreslog, at man anbefalede New Mobility Score til at vurdere træningspotentialitet, CAS som prædikator for udskrivning og TUG i forbindelse med udskrivning. Scoren fra TUG kunne benyttes, når patienten skulle træne videre i andet regi.

Da hensigten med dagen var at komme frem til konsensus, måtte deltagerne blive den ekstra halve time det tog, før man i det mindste kunne blive enige om kriterierne for valg af test. Enden blev, at testene skulle vælges ud fra kriterier som genoptræningspotentialitet under indlæggelse og på sigt, morbiditet/mortalitet og tværfaglig relevans.

Det anbefales, at man udreder patientens funktionsniveau før frakturen, og at man afdækker patientens genoptræningspotentialitet. De valgte test skal være sammenlignelige, og man skal lægge sig op af de test, der anbefales i forbindelse med det Nationale Indikatorprojekt, hvor indikatorerne står for en revision. NMS, CAS og TUG er velegnede test til at vise genoptræningspotentialitet (NMS), indlæggelsestid, morbiditet og mortalitet (CAS) og funktionsniveau, funktionel mobilitet. Barthel er relevant i det tværfaglige arbejde.

Resultaterne af denne første workshop med målet at skabe konsensus om den fysioterapeutiske behandling kan læses på den efterfølgende side.

REFERENCER

1. Kristensen MT, Foss NB, Kehlet H: CAS – en postoperativ score til hoftefrakturpatienter. *Fysioterapeuten* 2005, 5:22-26.
2. Kehlet H, Wilmore DW: Multimodal strategies to improve surgical outcome. *AM J Surg* 2002;362:1921-8.
3. Kristensen MT, Foss NB, Kehlet H.: Timed Up and Go og New Mobility Score til prædiktation af funktion 6 måneder efter hoftefraktur. *Ugeskrift for Læger* (i trykken).
4. Kamel HK, Iqbal MA, Mogallapu R, Maas D, Hoffmann RG: time to ambulation after hip fracture surgery: Relation to hospitalisation outcomes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003; 362:1921-8.
5. Penrod JD, Boockvar KS, Litke A: Physical Therapy and mobility 2 and 6 months after hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2004. July; 25(7):1114-20. ■

Konsensusdokument

Dokumentet er redigeret, men kan i sin fulde længde, inkl. referencer downloades fra www.fysio.dk/Fysioterapeuten/artikelbilag, red.

“Best Clinical Practice” for fysioterapi til patienter med hoftefraktur under primær indlæggelse. Kristensen MT¹, Beyer N², Foss NB³, Holm B¹, Kehlet H⁴, Isaksson H¹, Testrup SP⁵, Bjørnholt N¹, Maribo T⁶, Hovmand B⁷, Thomsen M⁸. Fysioterapien, H:S Hvidovre Hospital¹, Institut for Idrætsmedicin og Fysioterapien, Bispebjerg Hospital², Anæstesiologisk

og Ortopædkirurgisk afdeling, H:S Hvidovre Hospital³ og Sektion for Kirurgisk Patofysiologi 4074, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet⁴, udviklings og -uddannelsesafdelingen H:S Hvidovre Hospital⁵, Projekt Måleredskaber, Danske Fysioterapeuter⁶, CVU Øresund, Copenhagen College of Physiotherapy⁷, Sydvestjysk Sygehus⁸.

Konsensusdokumentet er udarbejdet med udgangspunkt i eksisterende forskning, samt debat ved en workshop den 11. april 2005. Følgende emner var til debat:

- Hvilken træningsmængde er optimal under primær indlæggelse (tid, frekvens)
- Hvilke træningsformer har bedst effekt (funktion, styrke, balance, el-stimulation.....)
- Hvilke test, scoringssystemer og prædiktorer kan anvendes.

HVILKEN TRÆNINGSMÆNGDE ER OPTIMAL:

Den foreliggende litteratur giver ikke klar evidens for det optimale omfang af den fysioterapeutiske behandling til patienter med hoftefraktur under primær indlæggelse.

Der er konsensus om at anbefale:

- Daglig fysioterapi – inklusive weekend og helligdage - af minimum 30 minutters varighed, enten i en træningsseance eller fordelt over flere gange.
- Påbegyndelse af fysioterapi på selve operationsdagen, senest 1. postoperative dag.
- Daglig fysioterapi under indlæggelsen, indtil patienterne har opnået selvstændig ambulerende svarende til basis-mobilitet, defineret som evnen til selvstændigt, at komme ud/ind af seng, op/ned af stol og gang (med/uden gangredskab). Dette forudsat at niveauet var til stede før hoftefrakturen.
- Fælles mål for udskrivelse på tværs af faggrupper.

Hvordan etableres bedre viden om den optimale træningsmængde:

Der er behov for randomiserede studier, der belyser effekt af interventioner med forskellig træningsintensitet, under primær indlæggelse.

Der er konsensus om at anbefale:

- Test/score, der kan vurdere præfraktur funktionsniveau og genoptræningspotentialer under indlæggelsen, f. eks New Mobility Score.
- Et scoringssystem der dagligt vurderer udviklingen i basismobilitet og giver et tidligt bud på rehabiliterings/indlæggelsesforløbet, f. eks Cumulated Ambulation Score.
- Test der kvantificerer basismobilitet, som er følsom overfor ændringer over tid og som kan anvendes som et kommunikationsredskab i forhold til primærsektoren, f. eks. Timed Up & Go.

HVILKE TRÆNINGSFORMER ER BEDST:

Den foreliggende litteratur giver ikke klar evidens for, hvilke træningsformer der har bedst effekt til patienter med hoftefraktur under primær indlæggelse.

Der er konsensus om at anbefale:

- Funktionel træning af basis-mobilitet, kombineret med
- styrketræning efter klassiske styrketræningsprincipper.

Hvordan skabes bedre viden om, hvilke træningsformer der virker bedst?

Der er behov for randomiserede undersøgelser af forskellige interventioner under primær indlæggelse, der:

- Undersøger effekten af styrketræning efter klassiske styrketræningsprincipper.
- Undersøger effekten af el-stimulation.
- Undersøger behandlingseffekten på seleterede risiko patienter.
- Undersøger om resultater fra forskning i faldforebyggelse (styrke og balancetræning) kan overføres til patienter med hoftefraktur.
- Undersøger effekten af supplerende anabole steroider.

- Et vurderingsredskab der kan anvendes som ADL-score i det tværfaglige samarbejde, for eksempel Barthel 0-20, Collin C.

Hvordan skabes bedre viden om test, scoringssystemer og prædiktorer:

Der er behov for at:

- New Mobility Score oversættes til dansk.
- Cumulated Activity Score hvad angår prædiktionsværdi afprøves i andre ortopædkirurgiske afdelinger for patienter under primær indlæggelse.
- Timed Up & GO undersøges for, hvilke faktorer der påvirker tiden ved udskrivning fra primær indlæggelse.

HVILKE TEST, SCORINGS-SYSTEMER OG PRÆDIKTORER KAN ANVENDES:

Der er evidens for at:

New Mobility Score kan optages på alle patienter og forudsige mortalitet, samt boligsift, et år efter hoftefraktur.

New Mobility Score kan forudsige genoptræningspotentialer under primær indlæggelse og funktionsniveau, funktionel mobilitet, niveau for hjemmehjælp og boligsift seks måneder efter hoftefraktur.

Der er præliminær evidens for, at *Cumulated Ambulation Score* kan anvendes til alle patienter, som et arbejdsredskab i det tidlige postoperative forløb, til daglig vurdering af basis mobilitet og som prædiktør for udskrivning inden for 14 dage, udskrivning til egen bolig, medicinske komplikationer og 30-dages mortalitet.

Timed Up & Go kan anvendes som prædiktør for funktionsniveau, funktionel mobilitet, niveau for hjemmehjælp og boligsift seks måneder efter hoftefraktur for patienter, der gennemfører *Timed Up & Go* < 30 sekunder ved udskrivning til egen bolig.

Timed Up & Go optaget ved udskrivning kan anvendes til at vise ændringer i basismobilitet efter udskrivning.

- Der ud fra evidens skabes national enighed om, hvilken ADL - score der er bedst til patienter med hoftefraktur.

Korrespondance:

morten.tange.kristensen@hh.hosp.dk

Konsensusdokumentet vil efter godkendelse af forfatterne, løbende blive opdateret på: www.hvidovrehospital.dk/hhfysioterapisektion.nsf

Konsensus

(Ibuprofen)
IBUTOP[®]
Cremen mod smerter



Målrettet smertelindring

Påfør cremen direkte på smerteområdet

Ibutop[®]-cremen med ibuprofen anvendes til smertebehandling af led- og gigtsmerter i nakke, skuldre, ryg, albue, fødder, knæ og håndled.

Netop med Ibutop[®]-creme kan du målrette din smertebehandling, idet cremen påføres

direkte på smerteområdet. Når du anvender Ibutop[®]-creme, undgår du mavegener.

Alle kan få brug for Ibutop[®]. Ibutop[®] kan bruges til sportsskader, ømme led og gigtsmerter.



Lægemiddelform: Creme. **Lægemidlets styrke:** 1g IBUTOP[®] creme indeholder 50 mg ibuprofen (50 mg/g). **Registreringsindehaver:** Dologiet Arzneimittel, Otto-von-Guericke strasse 1, D-53754 St. Augustin, Bonn, Tyskland. **Dansk repræsentant:** Actavis Nordic A/S, Hammervej 7, DK-2970 Hørsholm. **Indikationer:** Anvendes mod lokale inflammatoriske lidelser. **Kontraindikationer:** IBUTOP[®] creme må ikke anvendes af patienter med astma udløst af acetylsalicylsyre eller lignende stoffer. **Særlige advarsler:** Bør ikke anvendes på meget uren hud, åbne sår eller komme i kontakt med slimhinder og øjne. Bør ikke kombineres med andre lægemidler til anvendelse på huden, eller ved allergi overfor ibuprofen og andre indholdsstoffer i cremen. Bør ikke anvendes til børn under 15 år uden lægens anvisning. **Graviditet og amning:** Bør ikke benyttes af gravide de sidste tre måneder inden forventet fødsel. Kan anvendes under amning. **Dosering:** 4-10 cm IBUTOP[®] creme masseres ind i huden på det angrebne område 3-4 gange i døgnet eller som foreskrevet af læge. Det anbefales, at vaske hænder efter brug. **Bivirkninger:** Sjældent forekommer overfølsomhedsreaktioner i form af udslæt på huden, kløe eller andre eksem-lignende irritationer. **Opbevaring:** Ved almindelig temperatur. **Pakningsstørrelser:** IBUTOP[®] creme leveres i 50g samt 100g tuber. Læs desuden indlægssedlen i pakningen omhyggeligt. Udlevering: HF. Fuldt produktresumé kan rekvireres hos Actavis A/S på telefon 4576 7577.

DET STÅR DER I AVISEN

om fysioterapi og fysioterapeuter

(FØRERTRØJEN) Næstved vil være sundhedsby nummer ét i Storstrømsregionen. Det er det erklærede mål, siger formand for social- og sundhedsudvalget i *Næstved kommune*, *Carsten Rasmussen* (S), til *Næstved Tidende*. Derfor vil kommunen sammen med Falck Healthcare opføre et helsecenter på 5000 kvadratmeter med private og offentlige sundhedstilbud under samme tag. Centret, der bliver på størrelse med et mindre sygehus, får til hovedopgave at forebygge og genoptræne og skal stå færdig 1. januar 2007. Altså den dag hvor amterne nedlægges, regionerne opstår og kommunerne overtager en række sundhedsopgaver. Der er dog fortsat kun tale om (store) planer. Det bliver det ny byråd i stor-kommunen Næstved, der først i det nye år skal tage stilling til, om helsecentret skal bygges.

(GENOPTRÆNINGSAANSVAR) Center eller ej, kommer fysio- og ergoterapeuter til at spille en vigtig rolle, når kommunerne overtager ansvaret for genoptræning. Problemet i den forbindelse er imidlertid, at det ifølge loven er lægen, der har ansvaret for genoptræning og rehabilitering, selv om det i praksis er terapeuterne der udfører arbejdet. I *Dagens Medicin* gør formændene for henholdsvis Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, *Johnny Kuhr* og *Gunner Gamborg*, opmærksom på dette paradoks. De opfordrer derfor politikerne til at overdrage det formelle ansvar til terapeuterne. "Det er hos disse faggrupper, at faglighed og viden findes," skriver formændene, der samtidig foreslår, at der etableres et tværfagligt speciale i rehabilitering.

(SYGEFRAVÆR) I hvor stort omfang fysioterapeuter kan tage æren for, at sygefraværet blandt de ansatte i Esbjerg Kommune er faldet, står ikke helt

klart. Men faggruppen er formentlig en medvirkende årsag til at der er kommet færre tilstoppede næser og betændte halse blandt de 6882 kommunale ansatte i 2004. En tur hos fysioterapeuten indgår nemlig i det tilbud som Esbjerg kommune giver social- og sundhedsassistenter, pædagoger, skolelærere og andre faggrupper. "Det er dejligt, at den indsats, vi har lavet for at få fraværet ned, nu giver resultater," siger *Gunner Hørlyk Jensen*, direktør for Service og Personale ved Esbjerg kommune til *JydskeVestkysten*.



(MEDICINFORGIFTNING) Resultater kan de også prale af på Dansk Hovedpinecenter i Glostrup ved København. Her søger omkring 1000 hovedpineplagede danskere hvert år hjælp, og 9 ud af 10 patienter er centeret i stand til at hjælpe. "Vi kan ikke helbrede patienterne, men vi kan ofte reducere hovedpinen, så der kun er halvdelen af den tilbage," siger *Rigmor Jensen*, overlæge og daglig leder af centret, til *Dagens Medicin*. I reportagen fortæller hun om arbejdet på centret, blandt andet, at det er et af de få steder i verden, hvor patienterne bliver mødt af et tværfagligt team bestående af neurologiske speciallæger, sygeplejersker, psykologer og fysioterapeuter. Cirka halvdelen af patienterne får fysioterapi, mange i forbindelse med at de må afgiftes. En tredjedel af patienterne lider nemlig af medicinfrømkaldt hovedpine. "De er kommet ind i en

ond cirkel, hvor der ikke er noget der virker, mod deres hovedpine, og hvor medicin gør deres hovedpine værre", siger *Rigmor Jensen*.

(HAVEAFSTRESSNING) Hovedpine får man til gengæld ikke af havearbejde. Tværtimod viser svensk forskning, at det forebygger stress at opholde sig i haven, uanset om man bruger tiden på at luge ukrudt eller ligge i hængekøjen. Det fortæller direktør *Else Mikkelsen* fra Det Danske Haveselskab til *Ugeavisen for Struer og Omegn*. Ifølge ugeavisen har man i Malmø etableret en sansehøve som bruges til at behandle stressede og udbrændte svenskere. Et typisk terapiforløb varer 16 uger, hvor behandlerteamet, der består af en gartner, landskabsarkitekt, ergoterapeut, fysioterapeut og psykiater, tager sig af patienterne. Ifølge ugeavisen går terapien ud på stimulere fascinationen af naturen, der skulle have en række positive virkninger.

(MØDRESKAB) Positivt opfattes mødreskabet også. Det bekymrende kan dog være, at danske kvinder bliver ældre og ældre før de bliver mødre. På landsplan er kvinder i dag i gennemsnit 29 år, når de får deres første barn. I Vestjylland er de førstegangsfødende kvinderne dog i gennemsnit lidt yngre, kan *Ringkjøbing Amts Dagblad* fortælle. Det kan man læse i et stort interview med fysioterapeut *Tine Berg Laustsen*, der blev mor for første gang som 30-årig. "Aller først skulle jeg jo møde den rigtige mand. Men de rigtige rammer skulle også være der. Det er noget med at have et job, man kan lide. At have et sted at bo og sådan. Vi har da også tænkt meget på, om vi havde råd til at få et barn. Men det er jo bare et spørgsmål om at prioritere," fortæller *Tine Berg Laustsen* til avisen. Og det kan man vel godt være enig med hende i.

Værd at vide om ryggen

Pjece ■ Center for Bevægeapparatlidelser på Silkeborg Centralsygehus og Århus Amts afdeling for Folkesundhed har udgivet pjecen "Værd at vide om rygproblemer". Pjecen er oversat fra norsk og kan benyttes som patientinformation. Forfatterne er: lægerne Even Lærum, Øystein Nygaard, Erik Werner og fysioterapeuterne Gitle Kirkesola, Anne Marit Mengeshoel, og kiropraktor Lars-Christian Stig. I pjecen, der koncentrerer sig om de akutte rygproblemer, gennemgås forekomst, ætiologi, smerter, rådgivning og behandling. Pjecen er sendt til praktiserende fysioterapeuter, læger og kiropraktorer. Flere pjecer kan rekvireres på tlf. 8739 7550.

fysnyt

Ny uddannelse for børnefysioterapeuter

Børn ■ Fysioterapeuter, der arbejder med børn, har nu fået mulighed for at efteruddanne sig på diplomniveau. CVU-Fyn og CVU-Øresund udbyder to moduler på diplomniveau. Formålet med uddannelsen er at øge fysioterapeuternes viden om aktivitets- og udviklingsperspektiver og relatere dem til egen praksis. Der gives teoretiske forudsætninger for at vurdere valg af metoder og dokumentere og evaluere habiliterings- og rehabiliteringsindsatsen. Modul 1 afsluttes med en projektopgave og modul 2 med en caserapport. Ansøgningsfrist for første modul er 1. juni 2005. Læs mere om diplomuddannelsen på børnefysioterapeuternes hjemmeside www.boernefysioterapi.dk

Ny sundhedsfaglig kandidatuddannelse

KBH ■ Københavns Universitet opretter en sundhedsfaglig kandidatuddannelse, målrettet personer med mellemlange sundhedsuddannelser som for eksempel fysioterapeuter. Fakultetet forventer, at 30 studerende påbegynder den sundhedsfaglige kandidatuddannelse den 1. september 2006. Uddannelsen er normeret til to år. I forvejen kan man læse til sundhedsfaglig kandidat, cand.scient.san., på universiteterne i Odense og Aarhus. Ansøgere med en mellemlang videregående uddannelse skal først gennemføre en suppleringsuddannelse, som er en introduktion til forskningsbaseret uddannelse. Suppleringsuddannelsen svarer til 1/2 års studier på fuld tid.

Motionskort får de ældre til at træne

Ældre ■ Dansk Arbejder Idrætsforbund (DAI) har i samarbejde med Ældreforum udarbejdet et motionskort, som kan benyttes til at aktivere mindre mobile ældre. Motionskortet indeholder seks øvelser på stol, to stående øvelser og rådgivning til pårørende om, hvordan man kan få de ældre op at stå fra stol. Motionskortet er tænkt som en håndsrækning til kommunernes indsats for generel sundhedsfremme af de ældre borgere og er afprøvet på plejcentre i tre kommuner.

Øvelserne er egnet til fælles, fysisk aktivitet på pleje- og aktivitetscentre eller til opvarmning i forbindelse med anden aktivitet. Motionskortene kan også bruges individuelt og kan ligge hos ældre, der har modtaget hjemmetræning, og som ønsker fortsat at træne eventuelt sammen med pårørende eller hjemmepleje. Motionskortet kan rekvireres gratis på tlf. 65484050 eller aef@aeldreforum.dk



Ny nordisk portal med sjældne diagnoser

WWW ■ Den nystartede link-portal www.rarelink.net er fællesnordisk og skabt af Center for Små Handicapgrupper i Danmark og Afdelingen for sjældne funktionshemninger i Norge. Projektet er støttet af Nordisk Ministerråd. En alfabetisk diagnoseliste giver adgang

til oplysninger om mere end 350 forskellige sjældne handicap og diagnoser. Desuden henvises der til relevante foreninger, f.eks. patientforeninger, så der kan ske kontakt mellem patienter og pårørende i Sverige, Norge og Danmark.

Hvad er en myose?

Ugeskrift ■ På debatsiderne i Ugeskrift for Læger fra d. 4. april har en gruppe læger stillet sig selv og hinanden spørgsmålet: hvad er en myose. Diskussionen er startet af overlæge Svend Lings fra Arbejds- og miljømedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital, der på baggrund af andre artikler i Ugeskriftet, undrer sig over, hvordan kolleger definerer myoser. Lægerne Simonsen, Jespersen og Egeblad skrev i forbindelse med en artikel i 2004 om nonvaskulære smerter hos patienter med under-ekstremitetsvaricer: "en lang række smertetilstande i såvel knogler, led som bløddele kan opstå som følge af overbelastning. De hyppigste er myoser, tendinoser, bruskskader". I en anden artikel om UL-diagnostik skriver lægerne Qvistgaard, Terselv og Bliddahl om begrænsningen i UL-undersøgelsens anvendelighed i reumatologien og nævner i den forbindelse problemerne med at diagnosticere bløddelsskader med billeddiagnostik, idet selv palpatorisk oplagte myoser ikke modsvares af ændringer i UL-billedet. Men hvordan defineres myoser,

spørger Svend Lings. Hvad er det patoanatomiske grundlag, og hvilken dokumentation er der for begrebet? Læge Henning Bliddahl fra Parker Institutet på Frederiksberg Hospital skriver som svar, at der endnu ikke findes en definition. Han refererer til internationale studier på engelsk, hvor begrebet myoser ikke findes. Derimod har to forskere set på myofascial trigger point på ultralydsskanning. Han refererer også til et tysk studie, hvor man fandt øget ilttension i myoser (tysk: Myogelose). Cand. psyk. Mette Kjølner fra Institut for Folkesundhed og klinikchef Finn Biering-Sørensen fra Rigshospitalet bruger Statens Institut for Folkesundheds opdeling af muskel- og skelet sygdomme. Inddelingen tager udgangspunkt i WHO's sygdomsklassifikation. Her er et af punkterne "Inflammatoriske, reumatiske sygdomme, der omfatter leddegigt, myoser, betændelsestilstande i seneskeder, ledkapselhinder og slim-sække. *Læs debatten om myoser i Ugeskrift for Læger 2005, 167/14, s. 1539-40.*

Fysioterapeuter overtager lægers job

P ■ I Malmø har fysioterapeuter overtaget lægernes job med at undersøge funktionsevnen hos ansøgere af parkeringstilladelse for handicappede. Opgaven er overtaget fra lægerne for at afkorte ventetiden, men har også betydet besparelser, da et besøg hos fysioterapeuten koster en tredjedel af et besøg hos lægen, fortæller det svenske fagblad Sjukgymnasten. Endnu en fordel ved ordningen er, at den frigiver ressourcer hos

læger, som så kan bruge tiden på andre opgaver.

Fysioterapeuterne VAS-tester ansøgerne og lader dem gennemføre to funktionelle gangtest. Desuden vurderer fysioterapeuterne ansøgerne ud fra, hvordan de bevæger sig i venteværelset.

I Danmark skal der ligge en lægeerklæring til grund for ansøgning om parkeringstilladelse for handicappede.

Sjukgymnasten nr 3/05



FOTO: SINE FIG

Sundhedscenter indviet

■ Torsdag den 19. april kunne Københavns sundhedsborgmester Inger-Marie Bruun Vierø klippe snoren over til et nyt sundhedscenter på Østerbro i København. Centeret er målrettet kronikere, hvor borgere med for eksempel diabetes 2, hjerte-kar-sygdomme og KOL kan få blandt andet træning, råd om sund kost, kurser i rygeafvænning og vejledning om medicinering. Inger-Marie Bruun-Vierø sagde i sin tale, at hun var både glad og stolt på Københavns Kommunes vegne og mente, at centeret ville komme til at danne skole for resten af landet. Hun pointerede dog, at det ville kræve rigtig god dokumentation af indsatsen, hvis det skal lykkes at skabe fortsat finansiering. Der skal kunne se besparelser på indlæggessiden, understregede hun.

Personalet på centeret udgøres af to fysioterapeuter, to sygeplejersker og en sekretær. Herudover er der tilknyttet en fodterapeut og en diætist.

Målet er at øge patienternes handlekapaцитet, så de bedre kan håndtere og leve med deres kroniske sygdomme. Borgerne skal enten henvises fra egen læge eller direkte fra Bispebjerg Hospital, som centeret vidensdeler med. Projektet evalueres om 2 år.

Uddannelse med fokus på stressbehandling

Stress ■ En gruppe af landets førende specialister inden for stressforskning og -behandling har startet en ny uddannelse for behandlere og terapeuter, som ønsker at supplere de terapeutiske redskaber som deres eget fag giver dem, med en bredere og dybere viden inden for området. Læs mere på www.ease-institute.dk

Terapeuter er garanti for genoptræningsplaner

De patienter, der under indlæggelsen har mødt en fysioterapeut, er næsten sikre på at få en genoptræningsplan med hjem, hvis de har behov for det. Men det er mere usikkert for de patienter, der ikke har set en terapeut i forbindelse med indlæggelsen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO THOMAS BORBERG/POLFOTO

Loven om genoptræningsplaner har medført, at flere patienter med behov for genoptræning identificeres. Men loven har samtidig betydet, at grænserne mellem amtsligt og kommunalt ansvar er kridtet så skarpt op, at der er kommet mere kassetænkning. Det viser en ny rapport fra projektet "Den Gode Medicinske afdeling" (DGMA), der har set på indhold, processer og problemer i forbindelse med udarbejdelsen af genoptræningsplaner på seks forskellige medicinske afdelinger.

Undersøgelsen viser også, at man er mest sikker på at få den lovsikrede genoptræningsplan med hjem, hvis man i forbindelse med sin indlæggelse har fået ordineret fysio- eller ergoterapi.

ORGANISERING OG INDHOLD
Rapporten fra DGMA konstaterer, at "genoptræningsplaner endnu ikke er fuldt implementeret på de medicinske afdelinger". Den beskæftiger sig ikke

yderligere med omfanget, men derimod med organiseringen og indholdet af planerne.

To projektmedarbejdere fra DGMA har gennemgået i alt 300 genoptræningsplaner og blandt andet vurderet, om planerne er udarbejdet i henhold til lovbekendtgørelsen. Undersøgelsen baserer sig desuden på interviews med repræsentanter for afdelingerne; i alt tre læger, syv fysioterapeuter, tre ergoterapeuter, en sygeplejerske og en administrativ medarbejder.

TERAPEUTER UDREDER

Interviewene viser, at der i grove træk er to måder at identificere patienter med behov for genoptræning efter udskrivelse:

Hvis patienterne under indlæggelsen er henvist til enten ergo- eller fysioterapi, er det terapeuten, der udreder genoptræningsbehovet og tager stilling til,

om der skal udarbejdes en genoptræningsplan. Det skønnes i undersøgelsen, at næsten alle patienter med behov for genoptræning, som er i kontakt med en terapeut under indlæggelsen, får afdækket deres behov for genoptræning efter udskrivelse.

For de patienter, der ikke får ordineret terapi under indlæggelsen, er det læger eller sygeplejersker, der vurderer, om der er behov for efterfølgende genoptræning. Ifølge undersøgelsen er det ikke alle disse patienter, der får afdækket behovet.

Undersøgelsen beskriver tre grunde til, at patienter med behov for genoptræning ikke får en genoptræningsplan:

1. Patientens behov bliver ikke identificeret under indlæggelsen.
2. Nogle steder udarbejder man ikke genoptræningsplaner til patienter, der fortsætter i ambulans forløb på sygehuset.
3. Der er ikke tilstrækkelige tilbud om genoptræning efter udskrivelse, og der bliver derfor prioriteret mellem patienter med behov for genoptræning. Dette gælder især patienter, der udskrives til kommuner uden samarbejdsaftaler med amterne om genoptræning.

fakta om...

Antal planer

Som led i DGMA-projektet er det løbende blevet målt, hvor mange genoptræningsplaner, der er blevet udarbejdet. Den seneste undersøgelse, hvis resultater blev offentliggjort på fysio.dk i august 2004, viste, at kun 68 procent af de patienter, afdelingerne selv skønner har behov for genoptræning, forlader afdelingerne med den lovpligtige plan.

På trods af, at der langt fra skrives det nødvendige antal genoptræningsplaner, er vurderingen blandt de interviewede i nærværende undersøgelse, at der i forhold til tiden før loven er færre patienter, der forlader sygehusene uden en plan for den videre genoptræning.

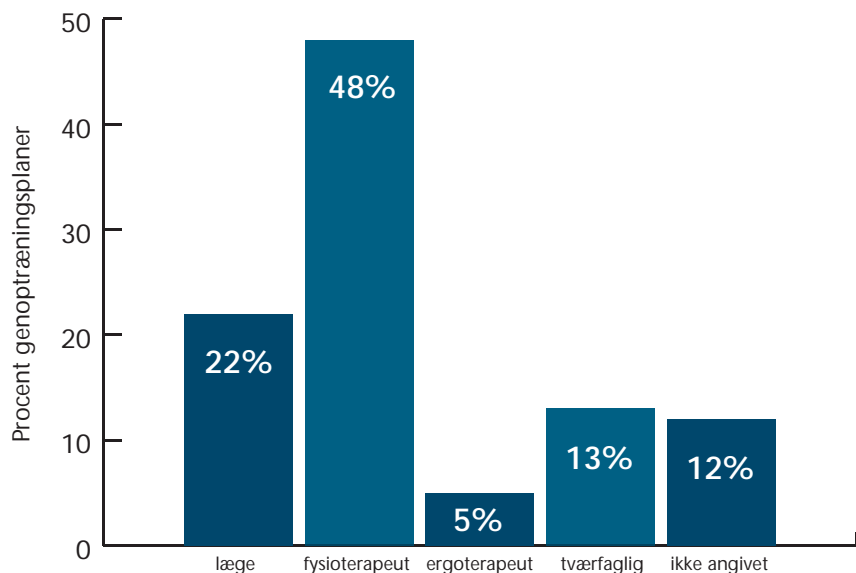
indgang

■ Den gode medicinske afdeling, DGMA, er et nationalt kvalitetsudviklingsprojekt, som arbejder med udvikling af standarder og indikatorer til belysning af faglig og patientoplevelt kvalitet på landets medicinske afdelinger. I denne undersøgelse fra DGMA indgår genoptræningsplaner fra seks medicinske centre/afdelinger.
www.dgma.dk



Ifølge rapporten fra Den Gode Mediske Afdeling har loven om genoptræningsplaner betydet en tendens til øget kassetækning. I nogle kommuner er udbuddet af kommunale genoptræningstilbud blevet mindre, fordi loven har præciseret amternes ansvar.

HVILKEN FAGGRUPPE UDARBEJDER GENOPTRÆNINGSPLANERNE



På de sygehuse, hvor der er indgået samarbejdsaftaler med kommunerne er der enighed om, at samarbejdet fungerer tilfredsstillende, men i de tilfælde, hvor der ikke er samarbejdsaftaler vurderes dette som et problem i forhold til at kunne tilrettelægge et tilfredsstillende genoptræningsforløb.

Ifølge DGMA-rapporten har lovens præcisering af amtets ansvar betydet, at grænserne er kridtet skarpere op end tidligere - loven har medført kassetækning på bekostning af fleksibiliteten. Flere af de medvirkende i undersøgelsen nævner, at udbuddet af kommunale genoptræningstilbud er blevet mindre, fordi kommunerne ikke længere påtager sig at genoptræne patienter efter indlæggelse.

Også for de patienter, der har behov for vedligeholdelsestræning, oplever de medvirkende i undersøgelsen, at loven visse steder har haft en negativ effekt: Flere kommuner har frabedt sig, at der uarbejdes genoptræningsplaner på patienter med behov for vedligeholdelsestræning og bedt sygehusene afholde sig fra at komme med anbefalinger til, hvilken træning patienterne kan have gavn af.

INDHOLD AF PLANERNE

Næsten halvdelen af alle genoptræningsplaner udarbejdes af fysioterapeuter, mens lægerne står for lidt over en femtedel af planene. Kun ganske få genop-



Bekendtgørelse om udarbejdelse af genoptræningsplaner ved udskrivning fra sygehus.

I medfør af § 5 f i lov om sygehusvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 766 af 28. august 2003, fastsættes:

§ 1. Amtskommunen eller Hovedstadens Sygehusfællesskab skal tilbyde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, ved udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen skal være skriftlig.

Stk. 2. Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest i forbindelse med udskrivningen og sendes til patientens praktiserende læge sammen med udskrivningsbrevet efter aftale med patienten.

§ 2. Genoptræningsplanen skal udarbejdes sammen med patienten. Mangler patienten evnen til at give informeret samtykke, skal sygehuset tilbyde at udarbejde genoptræningsplanen sammen med patientens pårørende.

Stk. 2. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsniveau ved indlæggelsen, funktionsniveauet på udskrivningstidspunktet, samt det funktionsniveau, der kan forventes som resultat af genoptræningen.

Stk. 3. Det skal fremgå af genoptræningsplanen, hvornår genoptræningen påbegyndes, og hvor den skal foregå, hvis der er tale om andet end egen træningsindsats. Om muligt skal en tidsplan for genoptræningen og kontrol og opfølgning indgå i beskrivelsen.

§ 3. For at sikre samarbejde mellem sygehuset og patientens bopælskommune udpeger amtskommunen eller Hovedstadens Sygehusfællesskab en person med ansvar for kontakt til primærkommunerne.

Stk. 2. Kontaktpersonen har ansvar for, at sygehuset varslor og koordinerer udskrivningen af patienter med et genoptræningsbehov med patientens bopælskommune.

træningsplaner udarbejdes ifølge undersøgelsen af ergoterapeuter (figur side 18).

Selve indholdet af planerne burde ligge nogenlunde fast i henhold til lovbekendtgørelsen, men gør det langt fra.

For eksempel indeholder kun 32 procent af genoptræningsplanerne en beskrivelse af patientens funktionsniveau ved indlæggelsen. Interviewpersonerne anser dog ikke dette som et problem, idet man er enige om, at funktionsniveau ved indlæggelsen ikke er et relevant mål. Det habituelle funktionsniveau er de bedste udgangspunkt for vurdering af patientens rehabiliteringspotentiale, mener man, hvilket understreges af, at dette indgår i 87 procent af genoptræningsplanerne.

Ifølge bekendtgørelsen skal det fremgå af planen, hvornår genoptræningen skal påbegyndes, men dette er kun beskrevet i halvdelen af planerne, selvom alle de interviewede mener, det er relevant at få med.

Genoptræningsplanerne skal også indeholde en tidsplan, men gør det kun i under halvdelen af tilfældene. Forklaringen her lyder, at det kan være svært at angive en tidsplan for noget, der skal foregå i et andet (kommunalt) regi. Der er sågar kommuner, der har

frabedt sig en tidsplan, idet det vil forhindre dem i at afslutte patienterne tidligere eller forlænge forløbet – alt efter behov.

ER IKKE UDGIFTSNEUTRAL

De læger, terapeuter m.fl., der er blevet interviewet i forbindelse med undersøgelsen er alle enige om, at loven om genoptræningsplaner ikke som forudsat har været udgiftsneutral for amterne. Dels har flere kommuner omtalt med loven i hånden trukket grænserne skarpere op og overladt mere af ansvaret til amterne, dels har selve udarbejdelsen af planerne kostet ressourcer på sygehusene.

Rapporten konstaterer, at der med strukturreformen igen vil blive ændret på ansvaret for genoptræningsopgaverne mellem amt (region) og kommuner, men at det ikke fremgår af lovforslaget, præcis hvilke genoptræningsopgaver kommunerne skal finansiere. Der kan derfor heller ikke gættes på udgifterne i den forbindelse. Rapporten refererer Danske Fysioterapeuters høringsvar til sundhedsloven, hvoraf det fremgår, at foreningen er stærkt betænkelig ved, at lovforslaget anses for økonomisk neutralt. ■

GENOPTRÆNINGSPLEANERNES INDHOLD FOR DE SEKS MEDICINSKE CENTRE/AFDELINGER

VARIABEL	PROCENT
Beskrivelse af habituelle funktionsniveau indeholdt	87 %
Beskrivelse af funktionsniveau ved indlæggelsen	32,1 %
Beskrivelse af funktionsniveau ved udskrivelsen	96,3 %
Beskrivelse af forventet funktionsniveau som resultat af genoptræningen	79,6 %
Fremgår hvilken form for genoptræning der anbefales igangsat	51,8 %
Fremgår det hvornår genoptræningsplanen påbegyndes	50,5 %
Regi for genoptræning*:	
Egen træningsindsats/selvtræning	14,7 %
Ambulant genoptræning i hospitalsregi	34,1 %
Genoptræning i kommunalt regi	45,8 %
Praktiserende fysioterapeut	3,7 %
Genoptræning i privat regi	0,7 %
Vedligeholdelsestræning i kommunalt regi	5,4 %
Fremgår det hvor genoptræningen skal foregå**	79,6 %
Beskrivelse af tidsplan for genoptræningen	49,2 %
Taget stilling til kontrol eller opfølgning	15,7 %

* I nogle af genoptræningsplanerne er der angivet flere regi for genoptræning eksempelvis både selvtræning og ambulant træning

** Planen skal for at opfylde dette spørgsmål indeholde en angivelse af, hvor træningen skal foregå (angivelse af regi er ikke nok).

Trætte muskler sladrer ikke

Varigheden af pauser over en arbejdsdag er afgørende for restitutionen i musklerne. Specielt restitutionen i de langsomme fibre i musklerne tager tid, når musklen har arbejdet på lave spændingsniveauer. En frisk muskel har en anden lyd end en træt

AF JOURNALIST LOTTE FINSEN
FOTO KISSEN MØLLER HANSEN/SCANPIX

Smerter i arme, skuldre og nakke er et stort problem for mange, der til daglig arbejder meget med computer eller har ensidigt gentaget arbejde. Aktiviteten overstiger sjældent 10 procent af det niveau, som musklen maksimalt kan klare, men trods dette viser musklerne tydelige tegn på udvikling af træthed. De mangler restitution,

pause. De elektriske signaler og de svingninger, også kaldet muskellyd, musklen laver under aktivitet, viser tegn på udtrætning.

Når muskler arbejder på lave spændingsniveauer, er det primært de langsomme type 1 fibre, der er aktive. Ifølge fysiolog og forsker Anne Katrine Blangsted på Arbejdsmiljøinstituttet er det derfor nærliggende at tro, at det også er disse fibre, der viser tegn på træthed. Hun peger på, at musklen som helhed under arbejdet ser ud til

at få tilført tilstrækkeligt med blod, og at det ikke kan være iltmangel, der er årsagen til muskeltrætheden. Trætheden er sandsynligvis udtryk for en meget lokal forstyrret homeostase i de aktive muskelfibre, der sikkert er en vigtig forløber for udviklingen af egentligt muskelbesvær.

Anne Katrine Blangsted har netop sat det sidste punktum i sin ph.d. afhandling med titlen "Significance of sustained low-force contractions on acute and long-term muscle fatigue development". Hendes afhandling bygger på tre forsøg i laboratoriet, hvor raske forsøgspersoner på en standardiseret måde efterligner de kontraktioner i armene, man kender fra computerarbejde og andet ensidigt gentaget arbejde. ▶



indgang

■ Det tager lang tid for muskler at restituere, selv når de kun har været aktive ved lave spændingsniveauer. Det viser fysiolog Anne Katrine Blangsted ved Arbejdsmiljøinstituttet i sin ph.d. afhandling "Significance of sustained low-force contractions on acute and long-term muscle fatigue development".



Smerter i arme, skuldre og nakke er et problem for mange med ensidigt gentaget arbejde. Det er de samme muskelfibre, "Askepotfibre", der er aktive hele tiden, mens de dovne "stedfibre" ikke hjælper til.



Ekstensor musklernes elektriske signal bliver registreret ved hjælp af de to lyseblå elektroder. Muskellyden måles med accelerometeret mellem de to elektroder. De to hvide elektroder bruges til at stimulere musklen i forbindelse med registrering af muskeltræthed.



I Anne Katrine Blangsteds forsøg er forsøgspersoner placeret i en speciel forsøgsopstilling, hvor musklerne kan arbejde på en standardiseret måde med en lav spænding. Forsøgspersoner efterligner de kontraktioner i armene, vi kender fra computerarbejde og andet ensidigt gentaget arbejde.

- ▶ Her arbejder musklerne med en lav og statisk spænding. Hendes mål har været at vise, hvordan musklerne i armene bliver påvirket af denne type arbejde, og hvordan de restitueres både på kort og på lang sigt.

MUSKELTRÆTHED

Allerede fra starten af arbejdet begynder udtrætningen af musklen. Den er ikke længere i stand til at lave så stor en kraft, som den friske muskel. Dens kapacitet er nedsat.

Det elektriske signal, en muskel danner, når den arbejder, ændrer karakter under udtrætning. Dette elektromyografiske (EMG) signal er en række elektriske potentialer, der kan måles med elektroder.

Ved muskeltræthed falder frekvensindholdet i signalet, og amplituden bliver højere. Netop denne måde at måle muskeltræthed ved hjælp af EMG-signaler er meget anvendt. Anne Katrine Blangsted pointerer, at musklens EMG-signaler kun langsomt vender tilbage til den oprindelige form, efter at musklen er stoppet med at arbejde. Tilsvarende tager det også nogen tid, før musklen atter kan præstere sin maksimale styrke. Før den er helt udhvilet.

"Hvor meget musklen er restitueret, kan vi blandt andet måle ved at stimulere den med endnu en elektrode placeret oven på musklen", fortæller Anne Katrine Blangsted. "Vi stimulerer med forskellig frekvens og måler det kraftsvar, vi får fra musklen."

I den trætte muskel er kraftsvaret ved enkelte stimuli nedsat i helt op til to en halv time efter arbejdet er stoppet. Musklen kan ikke præstere den samme kraft som før arbejdet. Modsat dette viser musklen ikke tegn på træthed ved stimulation på høje frekvenser, måske fordi denne stimulering aktiverer en større del af musklen og dermed også de fibre, der ikke har været brugt under arbejdet. Kraftsvaret her er lige så højt som før arbejdet. Ser vi på forholdet mellem kraftudviklingen ved stimulering med lave og høje frekvenser, kaldet "low-frequency fatigue", viser musklen tegn på træthed. Low-frequency fatigue menes at indikere en forringelse af koblingen mellem det elektriske potentiale og selve kontraktionen. Denne forringelse kan hænge sammen med en nedsat udskillelse af calciumioner fra det sarkoplasmatiske reticulum.

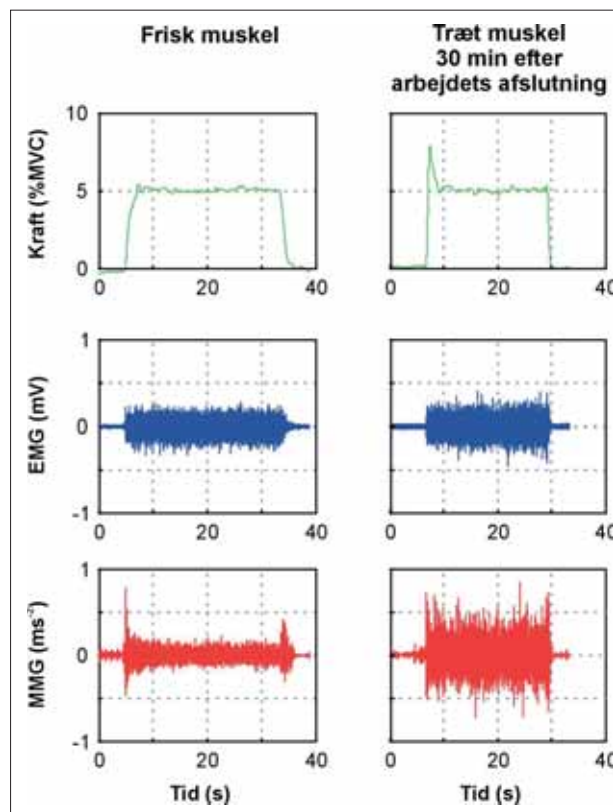
"Mine resultater viser, at det ikke er nok at vurdere den tid, det tager at restituere musklen som helhed. Restitutionstiden afhænger af, hvilken type kontraktion

musklen har udført og dermed af, hvilke muskelfibre der har været aktive", siger Anne Katrine Blangsted.

Muskularbejde kan sagtens udføres med trætte muskler, uden at man lægger mærke til det, for der skal en vis udtrætning til før, man kan mærke, at musklen bliver svag og øm. På samme måde vil man langt fra altid kunne føle, at musklen ikke er helt frisk, når arbejdet genoptages efter en pause.

LYDEN AF EN TRÆT MUSKEL

Det var ikke kun musklens elektriske signaler, der viste tegn på muskeltræthed. Trætheden kunne også registreres på den lyd musklen laver, når den er aktiv. Muskellyden, også kaldet musklens mekanomyografiske (MMG) signal. Lyden kommer fra små vibrationer af huden over musklens overflade, som opstår, når musklen arbejder. Ved at sætte en mikrofon på huden er det muligt at høre lyden. Det var præcis sådan, de første målinger af MMG foregik. Lyden kan dog ikke høres uden forstærkning. Svingningerne opstår sandsynligvis som følge af bevægelsen i muskelfibrenes tværbroer og forskydninger i vævet. Anne Katrine Blangsted har brugt et lille accelerometer monteret på huden til at måle muskellyden, og hendes forsøg viste, at lyden er særdeles velegnet til at registrere muskeludtræt-



Selv om musklen præsterer den samme kraft før og efter udtrætning, er det elektromyografiske signal og især det mekanomyografiske signal større i den trætte muskel end i den friske. Dette viser at, musklen ikke er restitueret 30 minutter efter arbejdets afslutning.

Svært at tilpasse en pude rigtigt?

ROHO® - tilpasses let med luft.

ROHO® trykaflastende siddepude er nem at tilpasse med ISOFLOR™ kontrollen. Den grønne knap åbner for luften, så luften cirkulerer frit i puden, og den røde knap låser luften i den ønskede siddestilling.



- ning. "Til sammenligning med de elektriske signaler viste det sig, at målingerne af muskellyden tydeligere afslørede, at musklen var påvirket efter arbejdet. Tilsvarende det elektriske signal blev svingningerne i vævet højere og langsommere, når musklen var træt", forklarer Anne Katrine Blangsted.

fakta om...

Anne Katrine Blangsteds afhandling "Significance of sustained low-force contractions on acute and long-term muscle fatigue development" kan rekvireres ved henvendelse på tlf. 39165352 eller e-mail akb@ami.dk Den kan også downloades fra www.ami.dk/udgivelser/videnskabelige



ASKEPOT PÅ ARBEJDE

Ikke nok med at det er de langsomme fibre, der arbejder ved de lave kraftniveauer, og at det er dem, der bliver restitueret langsomt, men tilsyneladende er det også den samme andel af de langsomme fibre, der hele tiden knokler på og ikke når at blive udhvilet. Det er musklernes askepotfibre.

Er der en computerbruger, der dagligt sidder længe foran skærmen, er det tilsyneladende de samme langsomme fibre, der er aktive i arme og skuldre. De slider dagen lang, mens de øvrige fibre, de dovne "stedfibre", ikke hjælper til. Først når musklen skal udføre

arbejde, der kræver større kraft end computerarbejde bliver stedfibre aktive. Men da fibre aktiviseres i en bestemt rækkefølge fortsætter askepotfibre med at være aktive, selv når stedfibre bliver aktive. Man kan altså ikke afbryde for askepotfibre, de fortsætter med at arbejde og blive udtrættede. For at de skal kunne restituere sig, skal musklen være i ro. Hvor lang restitutionstid, der er nødvendig afhænger sandsynligvis af omfanget af den foregående muskelaktivitet. Desværre er forskningen ikke nået langt nok til at kunne komme med direkte anbefalinger om længder af pauser set i forhold til arbejdet. Men der forskes intensivt på dette område.

Overanstrengte muskler giver problemer, og mange mennesker, der arbejder med ensidige bevægelser, oplever gener. Andre undersøgelser har vist, at der i nogle muskler med gener er sket en ændring af enkelte af fibrenes udseende, så de ser mølædte ud. Der er sket nogle degenerative forandringer, som muligvis hænger sammen med forstyrrelser i mitochondriernes aktivitet. Tværnsnitsarealet af fibre er forøget, og antallet af kapillærer per fiber er faldet. Ifølge "Askepotteorien" er det de overanstrengte langsomme fibre, der med

personalia

Mindeord for Lis Hørberg Andreasen

■ Den 6. april 2005 døde Lis Hørberg Andreasen, en kær veninde og tidligere kollega, kun 56 år gammel. Vi arbejdede sammen med Lis gennem en lang år-række på Rigshospitalet, især med neurologiske og neurokirurgiske patienter. Vi mindes hendes høje faglighed, engagement og den sjove og loyale kollega, hun var.

Vi havde den glæde, at venskabet med Lis fortsatte, efter at hun og familien flyttede til Århus i 1989.

Familien betød meget for Lis. I takt med at hendes børn blev større, fulgte vi hendes engagement i nye

udfordringer inden for fysioterapien, såvel fagligt som organisatorisk.

Lis kæmpede en beundringsværdig kamp gennem halvandet år mod en uhelbredelig sygdom og prøvede til det sidste at leve livet fuldt ud.

Lis efterlader et stort tomrum hos os, og vore tanker går til hendes mand Peter og de to døtre, Sofie og Ida.

Bente Albertsen, Gitte Schou Hansen, Ruth Haaning, Ulla Callisen Friis og Inger M. Schönheyder



tiden kan ændre udseende, og som er medvirkende til udviklingen af muskelproblemer.

”Det ser ikke ud til, at generne kommer fra musklen som helhed, men fra de mølædte fibre. For at undgå at overanstrenge muskelfibre er det vigtigt at holde mange pauser selv under arbejde, der umiddelbart ikke virker krævende”, fastslår Anne Katrine Blangsted.

INGEN ILMANGEL I MUSKLEN

Når musklen begynder at arbejde bruger den ilt, og iltindholdet i musklen falder. For at se om der er mangel på ilt i musklen under arbejde ved lav kraft, målte Anne Katrine Blangsted iltmætningen direkte i muskelvævet ved hjælp af infrarød spektroskopi. Iltindholdet måles ved at sætte en lille probe på huden over musklen. Denne udsender infrarødt lys og registrerer samtidig, hvordan lyset absorberes i vævet.

”Der er tilsyneladende tilstrækkelig med ilt i musklen under dette muskelarbejde. Vi må konstatere, at hverken de akutte eller de langvarige effekter af muskeltræthed skyldes generel iltmangel”, fastslår Anne Katrine Blangsted, men tilføjer: ”Om ilten så også når frem til de aktive fibre, der behøver den mest, det kan vi ikke se med denne metode.”

PAUSER ER VIGTIGE

”Det er ikke nogen nyhed, at pauser i arbejdet er med til at nedsætte risikoen for udvikling af besvær. Mine resultater understreger vigtigheden af pauserne samt påpeger betydningen af, at de har en vis varighed”, fremhæver Anne Katrine Blangsted.

Et af de steder, hvor denne viden er væsentlig, er ved skærmarbejde. Der er aldrig før blevet brugt så mange timer foran computerskærmen som nu. Over to millioner danskere taster eller klikker hver dag. Mange bruger adskillige timer foran skærmen, og en del mærker også hvordan intensivt computerbrug giver problemer i kroppen. Både muskler, sener og led kan gøre ondt.

”Jeg vil anbefale, at pc-arbejde bliver tilrettelagt, så det indeholder pauser væk fra skærmen, og at disse pauser fordeler sig over arbejdsdagen. Selv om man kan registrere lyd fra musklen, så sladrer den ikke. Man skal altså selv slippe tasterne og ikke regne med tegn fra musklen om, at nu er det nok”, slutter Anne Katrine Blangsted. ■

Lokal Fagfestival

Ribe ■ Ved årets udgang er det slut med Ribe Amtskreds såvel som med Danske Fysioterapeuters andre amtskredse, der i løbet af året lægges sammen og bliver til regioner. Det sker som konsekvens af repræsentantskabets beslutning om en ny struktur i Danske Fysioterapeuter.

Men inden Ribe Amtskreds fusioneres med Sønderjyllands, Vejle og Fyns amtskredse og bliver til Region Syd havde man valgt at, at der skulle siges pænt farvel med en lokal fagfestival og et ”afdansningsbal” i forbindelse med den sidste ordinære kredsgeneralforsamling.

90 medlemmer deltog den første lørdag i april i festivalen, der blandt andet bød på oplæg om sundhedspolitik og rehabilitering, workshops om blandt andet smerte, empowerment og test samt en paneldebat om fremtidens sundhedskort i regionen.

Kredsbestyrelsen fortæller, at der efterfølgende har været mange positive kommentarer vedrørende dagen, og at man har været meget tilfredse med arrangementet. ”Det har været godt, at slå kredsgeneralforsamlingen sammen med en faglig dag. Det giver sammenhæng og tilslutning fra medlemmerne. Det har været sliddet og alle pengene værd, og hvis man i de fremtidige regionale bestyrelser vil samle medlemmerne er en sådan dag værd at overveje”, udtaler kredssekretær Brian Errebo-Jensen.



Ministeren svarer fysioterapeuter

Medlemmer fra forskellige egne af landet og forskellige sektorer har fulgt opfordringen på fysio.dk til at stille spørgsmål til sundhedsministeren. Lars Løkke Rasmussen svarer på nogle af spørgsmålene her

FOTO HENNING BAGGER/SCANPIX

indgang

Se flere spørgsmål fra Danske Fysioterapeuters medlemmer til indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen på www.fysio.dk hvor du også kan læse ministerens svar i deres fulde længde.

Hvordan sikrer man et specialiseret tilbud til mindre handicapgrupper efter kommunalreformen? Hvordan kan kommuner uden kommunalt ansatte fysioterapeuter overtage ansvaret for genoptræning, uden at det kommer til at koste dem noget? Hvordan kan man styre en kommunal økonomi hvis borgerne shopper sundhed i nabokommunen?

Flere af Danske Fysioterapeuters medlemmer fulgte opfordringen på fysio.dk til at stille spørgsmål til sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen. Redaktionen har valgt nogle af spørgsmålene ud og bringer her et uddrag af ministerens svar. På www.fysio.dk kan man finde alle de spørgsmål, ministeren har svaret på, og se hans svar i deres fulde længde.

"Jeg deler ikke det synspunkt, at adgangen til at vælge at benytte sig af en anden kommunes tilbud om for eksempel genoptræning kan karakteriseres som at shoppe sundhed på tværs af kommunegrænser", svarer Lars Løkke Rasmussen.



Fysioterapeut Helle Gerbild:

Hvordan vil man efter reformen sikre den specialiserede indsats i forhold til de mindre handicapgrupper, som amterne i dag tager sig af? Hjerneskadede, autister, fysisk/psykisk udviklingshæmmede, psykisk syge børn og voksne samt børn med for eksempel muskelsvind, CP, ADHD og DAMP er grupper, som selv storkommuner ikke kan oppebære specialiserede tilbud til?

Lars Løkke Rasmussen:

Kommunalreformen medfører ikke ændringer i de tilbud, der er til rådighed. Kommunerne får entydigt ansvaret for at give borgerne de rigtige tilbud - i stedet for den nuværende deling af myndighedsansvaret mellem kommuner og amter. Det vil sikre størst mulig sammenhæng i indsatsen over for den enkelte.

Samtidig videreføres de hidtidige amtslige tilbud til mennesker med handicap. Kommunerne og regionen skal samarbejde om at udarbejde en rammeaftale, der fastlægger, hvilke tilbud regionen skal varetage driften og udviklingen af, og hvilke tilbud den enkelte kommune selv vil være driftsherre for.

Fysioterapeut Kirsten Pedersen:

Som udgangspunkt skal overgangen til kommunal forvaltning være udgiftsneutral. Hvordan kan genoptræning foregå i kommuner, der på nuværende tidspunkt ikke har ansat fysioterapeuter, uden øgede udgifter for kommunerne?

Lars Løkke Rasmussen:

Når opgaverne flytter, flytter pengene til at løse dem med. De penge, amterne har til den genoptræning, der overgår til kommunerne, får kommunerne tilført.

Kommunerne bestemmer selv, hvordan de vil tilrettelægge opgaven. Det er således op til kommunerne selv at afgøre, om genoptræningen skal foregå på egne institutioner med kommunalt ansatte fysioterapeuter, eller om kommunerne vil indgå aftale med et sygehus eller privatpraktiserende fysioterapeuter om at levere den nødvendige genoptræning.

Fysioterapeut Thomas Thygesen:

Ville det ikke være værd at undersøge, om der kunne spares nogle penge ved hurtigere start på genoptræning?

Lars Løkke Rasmussen:

Der er ingen tvivl om, at et smidigt og effektivt genoptræningsforløb er afgørende for at sikre et vellykket behandlingsforløb og dermed undgå, at patienten senere må indlægges igen.

Det er også derfor, at regeringen med kommunalreformen entydigt placerer ansvaret for den vederlagsfri genoptræning efter udskrivning fra sygehus hos kommunerne og giver kommunen et medfinansieringsansvar for sundhedsvæsenet. Det betyder jo, at kommunen har en interesse - også økonomisk - i en effektiv genoptræning, der forhindrer genindlæggelse og et større plejebehov.

Helle Gerbild

Flere undersøgelser - senest en undersøgelse fra Århus - viser, at de væsentligste parametre i forhold til sygehusindlæggelse er levevilkår. For at give kommunerne et incitament til forebyggelse skal de være med til at betale deres borgers sygehusindlæggelser, men hvordan forebygger man sociale faktorer som arbejdsløshed og skilsmisse? Kommer loven ikke til at betyde, at de kommuner, der i forvejen er socialt belastede bliver endnu hårdere ramt økonomisk?

Lars Løkke Rasmussen:

Kommunalreformen vil ikke føre til nogen ekstraordinær belastning af de økonomisk svage kommuner.

Kommunerne får under ét overført midler svarende til den kommunale medfinansiering i forbindelse med reformen. Og de principper for fordeling mellem kommunerne, som vi får fastlagt med den kommende udligningsreform, vil tage højde for forskellene i befolkningssammensætning m.v. mellem kommunerne.

Det betyder, at også kommuner med svære sociale problemer vil have de nødvendige midler til at medfinansiere borgernes behandling i det regionale sundhedsvæsen. Samtidig betyder modellen, at kommunen høster en gevinst, uanset hvordan man forbedrer borgernes helbred. Hvis f.eks. en god beskæftigelsesindsats også fremmer sundheden, så får kommunen en økonomisk belønning.

Fysioterapeut Jytte Leschly

Hvordan skal man administrere og styre en kommunal økonomi, hvis patienterne får lov at shoppe sundhed på tværs af de kommunale grænser og for eksempel bor i en "billig" kommune, men sørger for helbredet hos naboen?

Lars Løkke Rasmussen:

Jeg deler ikke det synspunkt, at adgangen til at vælge at benytte sig af en anden kommunes tilbud om for eksempel genoptræning kan karakteriseres som "shoppe sundhed på tværs af kommunegrænser". Genoptræning efter udskrivning fra sygehus er en ret, patienten har, når der er et lægefagligt grundlag for det. Det er en ydelse, bopælskommunen skal levere og ikke en ydelse, patienten shopper sig til.

Det følger derfor også af kommunalreformen, at det er bopælskommunen, som har betalingsansvaret for den kommunale del af sundhedsvæsenets ydelser til kommunens borgere. Hvis en borger f.eks. vælger at benytte nabokommunens tilbud om vederlagsfri genoptræning, er det således stadig bopælskommunen, som afholder den kommunale udgift hertil. ■

"Vil kommunalreformen vil afhjælpe gråzoneproblematikken på genoptræningsområdet?"

325 medlemmer af Danske Fysioterapeuter gav deres mening til kende, da spørgsmålet blev stillet på www.fysio.dk. 25 procent er optimister, men hele 75 procent mener ikke, at der på dette område er hjælp at hente i kommunalreformen. Redaktionen har spurgt ministeren, hvordan han vil berolige de mange pessimister blandt Danske Fysioterapeuters medlemmer:

Lars Løkke Rasmussen:

Med kommunalreformen får kommunerne det samlede myndighedsansvar for al den vederlagsfri træning, der ikke foregår under indlæggelse på syge-

hus. Hvor de amtslige og kommunale træningstilbud i dag er karakteriseret ved en glidende overgang fra den specialiserede genoptræning i amtsligt regi til vedligeholdelsestræningen, der varetages i kommunerne, vil kommunerne pr. 1. januar 2007 således være forpligtet til at sørge for, at borgeren, når vedkommende forlader sygehuset, får et relevant tilbud om genoptræning på grundlag af den genoptræningsplan, sygehuset har beskrevet.

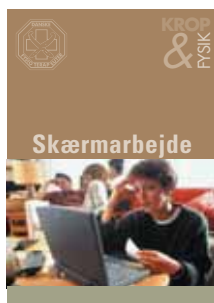
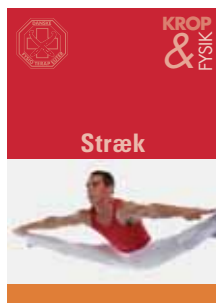
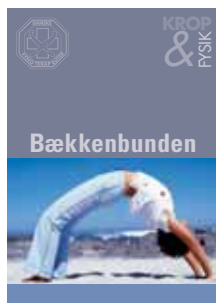
Jeg er overbevist om, at kommunernes klare ansvar på genoptræningsområdet og de obligatoriske sundhedsaftaler mellem regionen og regionens kommuner vil sikre et effektivt og velkoordineret behandlings- og træningsforløb, hvor der tages hånd om patienten gennem hele forløbet.



Pjecer og magasiner

**KROP
& FYSIK**

Danske Fysioterapeuter og Krop & Fysiks populære pjecer tæller nu 6 titler, med flere titler på vej. Pjecernes formål er at give patienter information, råd og vejledning om, hvordan de kan tage vare på deres krop. Pjecerne er skrevet af fysioterapeuter alene eller i samarbejde med andre sundhedsfaglige professioner, og kan benyttes i træningscentret og i fysioterapien, som et led i instruktørernes og fysioterapeuternes arbejde.



Pjecerne er på 12-16 sider, med mange illustrationer og er produceret i formatet 10 x 15 cm.

Flere pjecer på vej: Knæ, Langvarige rygmerter.

Pris pr. pjece kr. 2,50,- incl. moms.*

*Bestilling af pjecer tillægges et porto- og ekspeditionsgebyr på kr. 35,- uanset antallet.



Krop & Sport

Krop & Fysik udgiver magasinet Krop & Sport, der henvender sig til sportsudøvere samt andre med interesse for sport, forebyggelse af skader og skadesbehandling.

Krop & Sport udkommer 4 gange årligt og har fokus på at videregive viden og nyttige informationer om idræt og oplevelser, sundhed og velvære, idrætsskader og forebyggelse – samt ikke mindst glæden ved sport. I hvert nummer er der desuden fokus på en kendt sports-

udøver, der fortæller om glæden og udfordringerne ved fysisk udfoldelse på højt niveau.

Klik ind på www.krop-fysik.dk og bestil eller læs mere om de andre spændende produkter Krop & Fysik udgiver.

Abonnementstegning på Krop & Sport

20 blade 4 gange årligt 375 kr.

50 blade 4 gange årligt 688 kr.

Prisen er inkl. fragt og moms.