

Nr. 15/september/2005
87. årgang



Ny behandlingsform

Chokbølgeterapi virker lovende, men der mangler danske undersøgelser.
Side 8

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

Fra amt til kommune

Fysioterapeuterne på sygehusene skal tage stilling til, hvor de vil arbejde efter kommunalreformen. Men de kender ikke indholdet af de kommunale stillinger.

TEMA Side 16-26

Artikler

Rekord stor bod til fysioterapeuter



Tre praktiserende fysioterapeuter er blevet idømt en rekordstor bod. 150.000 kroner skal hver af fysioterapeuterne betale for gennem tre år at have beskæftiget vikarer i strid med overenskomsten. En anden fysioterapeut har fået en bod på 25.000 kroner for fejlagtigt at have opkrævet honorar for opfølgende træningsterapi.

4

Ny behandlingsform på vej frem



Chokbølgeterapi kan være et alternativ til kirurgiske indgreb, men der mangler danske undersøgelser af effekten.

8

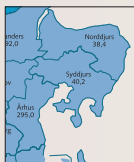
Kommunalreformen



Opgaver og fysioterapeuter skal flyttes, inden kommunalreformen træder i kraft i 2007. Forberedelserne er i fuld gang. Hvilke opgaver drejer det sig om? Hvor mange fysioterapeuter er i spil. Og hvilke rettigheder har fysioterapeuterne i forbindelse med de omfattende ændringer?

16-26

Riv ud og gem



Fysioterapeuten bringer på midtersiderne et kort med de nye regions- og kommunegrænser.

24

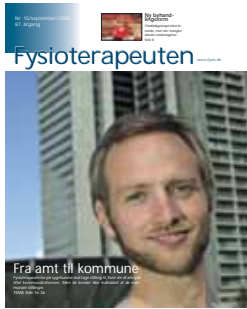


Kongeligt jubilæumsvisit

Specialskolen Geelsgårdskolen i Virum kunne den 26. august fejre 50-årsdagen for skolens indvielse. Skolen, der er målrettet multihandicappede børn, børn med bevægelsesvanskeligheder samt døvblinde børn, fik i den anledning fornemt besøg, idet kronprinsesse Mary kastede kongelig glans over begivenhederne. Udover at hilse på børnene fik kronprinsessen også tid til at indvie skolens nye trafiklegeplads. Geelsgårdskolen, der optager børn i alderen 5-18 år giver vidtgående specialundervisning som en del af et tværfagligt tilbud, der også rummer fysioterapeutisk og ergoterapeutisk behandling.

Det faste

Fysnyt	6, 14
Presseklip	27
DFnyt	28
Debat	29
Kalender	36
Uddannelse	41
Job	45



FORSIDE: SINE FIIG

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

ISSN 1601-1465

Tryghed i jobbet

Når kommunalreformen træder i kraft, og kommunerne får ansvaret for genoptræning, forebyggelse og sundhedsfremme, er fysioterapeuterne en af de personalegrupper, der bliver berørt af ændringerne. Flere fysioterapeuter især på landets sygehuse flytte arbejdsplads, få nye kolleger og arbejdsgiver i nye kommuner.

Når et jobskifte sker efter eget ønske, er det som regel en god oplevelse. Men når det som nu sker som følge af en større opgavereform, kan ændringerne komme til at mærkes som alt andet end ønskelige. Lad mig slå fast med det samme, at Danske Fysioterapeuter vil yde sit bedste for at sikre, at alle kommer igennem denne proces på en tryk og god måde. Det betyder ikke, at organisationen kan fjerne usikkerheden og utilfredshed i alle forhold, men vi er, blandt andet via overenskomsten, sikret indflydelse på processen.

Et væsentligt element er ordentlig information og vejledning både centralt fra og på arbejdspladserne. Danske Fysioterapeuter stiller nu skarpt på denne opgave ved i de næste numre af fagbladet at behandle kommunalreformen og mange af dens aspekter. Inden for den næste måneds tid sætter vi en ny hjemmeside i luften, hvor vi samler information om kommunalreformen. En særlig gruppe fra Danske Fysioterapeuters sekretariat får til opgave at koordinere og samle informationerne, så de bliver tilgængelige for alle. Og så er der særligt politisk fokus på processen, som vi følger tæt.

Det gør vi, fordi såvel fysioterapeuter som fag er i spil. Danske Fysioterapeuter bakker op om beslutningen om, at kommunerne får ansvaret for genoptræningen. Vi tror, det er den bedste faglige løsning. Men det ændrer ikke på, at der fortsat er mange opgaver, der skal løses på sygehusene. Et af problemerne er jo, at der i dag ikke bliver udført en tilstrækkelig god genoptræning, og at patienter blive sendt hjem, så snart de er lægefagligt færdigbehandlede. Vi er klar over, at der heller ikke i den kommunale økonomi er tilstrækkeligt med midler til at løse opgaven. Men jeg tror, at der på sigt vil komme flere midler. Det bliver nemlig kommunerne selv, der kommer til at betale, hvis ikke genoptræningen lykkes, og det i stedet ender med en endnu dyrere plejeopgave.

Kommunerne skal sikre sig kompetente medarbejdere, der kan løfte opgaven. Det kræver attraktive arbejdspladser, der har fokus på udvikling og medbestemmelse. Det er vi som organisation meget optaget af. Til en vis grad er vi i samme båd som kommunerne. De har myndighedsansvaret, men vi har reelt det faglige ansvar. Derfor er det vigtigt, at erfarne og dygtige fysioterapeuter søger ud i kommunerne og er med til at sikre bedre og sammenhængende genoptræning.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Rekord stor bod til fysioterapeuter

Tre praktiserende fysioterapeuter er blevet idømt en rekord stor bod. 150.000 kroner skal hver af fysioterapeuterne betale for gennem tre år at have beskæftiget vikarer i strid med overenskomsten. En anden fysioterapeut har fået en bod på 25.000 kroner for fejlagtigt at have opkrævet honorar for opfølgende træningsterapi

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD
ILLUSTRATION GITTE SKOV

I tre år havde en klinik skiftende vikarer, samtidig med at ejerne arbejdede på klinikken. Vikarernes behandling blev afregnet over ejernes ydernumre, hvorved omsætningen det ene af årene blev 100 procent større end den gennemsnitlige sygesikringsomsætning per fuldtidspraktiserende i amtet.

Det, vurderer Landssamarbejdsudvalget, er en grov overtrædelse af landsoverenskomsten. Derfor har udvalget, der består af repræsentanter fra Sygesikringen og Danske Fysioterapeuter, idømt hver af de tre fysioterapeuter en bod på 150.000 kroner - den største bod, der nogensinde er idømt fysioterapeuter. Samtidig er det blevet indskærpet over for de tre, der driver klinikken sammen, at en fremtidig overtrædelse af overenskomsten kan få konsekvenser for deres ret til at praktisere under overenskomsten.

ARBEJDEDE SAMMEN MED EJERNE

Ifølge sagens akter har de tre fysioterapeuter fra 2001 til 2004 i stort omfang benyttet vikarer til forestående opfølgende træningsterapi og til at supplere ved eller udføre individuel behandling, samtidig med at ejerne har ydet individuel behandling til andre patienter. De tre ejere har erkendt, at de har overtrådt overenskomsten, men henholdt sig til, at det skyldes uvidenhed om overenskomstens bestemmelser, ligesom de ikke har prioriteret det administrative arbejde og derfor ikke har haft overblik over den opfølgende træningsterapi.

Men da ejerne ved klinikens start deltog i et kursus i klinikdrift betalt af amtet, hvorunder overenskomstens bestemmelser blev gennemgået, anses det for "usandsynligt, at de tre ejere af klinikken ikke var bekendt med overenskomstens bestemmelser vedrørende benyttelse af vikarer", hedder det i indstillingen fra det lokale samarbejdsudvalg til Landssamarbejdsudvalget. I øvrigt blev det understreget, at fysioterapeuter tilknyttet Sygesikringen har pligt til at kende overenskomsten.

De tre klinikejere henviser endvidere til, at de på

trods af den øgede omsætning ikke har opnået et stort overskud på arrangementet, da den ekstra indtjening i væsentligt omfang er tilfaldet vikarerne, ligesom der har været ekstra driftsudgifter ved at have dem tilknyttet. Men denne vurdering er samarbejdsudvalget, der i første omgang rejste sagen, ikke enig i. De tre ejere "har opnået en stærkt forøget indtjening som følge af den overenskomststridige anvendelse af vikarer", hedder det i sagsfremstillingen.

HONORAR FOR TRÆNINGSTERAPI

I en anden sag har Landssamarbejdsudvalget idømt en fysioterapeut en bod på 25.000 kroner for fejlagtigt at have opkrævet honorar for opfølgende træningsterapi, hvor der reelt var tale om selvtræning.

En patient klagede til det lokale samarbejdsudvalg over, at han havde modtaget en regning for behandling, som han ikke mente at have modtaget. Patienten var henvist af sin læge og fik ved sit første besøg hos fysioterapeuten instruktion i, hvordan han skulle bruge forskellige maskiner for at træne ryggen. Efter to måneder med selvtræning blev patienten undersøgt af fysioterapeuten. Efterfølgende blev der udskrevet en regning på opfølgende træningsterapi samt kontingent for brug af klinikens træningsfaciliteter. På regningen var der endvidere anført datoer på flere behandlinger, end patienten havde været til stede på klinikken.

Ifølge sagens akter erkender fysioterapeuten, at der er sket fejl. Patienten skulle ikke have fået to regninger, ligesom han ikke tilstrækkeligt klart var informeret om, at der var mulighed for individuel behandling. Samarbejdsudvalget valgte efterfølgende at sende sagen videre til Landssamarbejdsudvalget for at få klare retningslinier for, hvornår der er tale om selvtræning, og hvornår der er tale om opfølgende træningsterapi.

TRÆNINGSTERAPI OG SELVTRÆNING

Her hedder det bl.a. at "opfølgende træningsterapi gives

som led i sygebehandling, hvorimod selvtræning i et træningscenter ikke er et tilbud der indgår i ydelserne med sygesikringstilbud. Sidstnævnte er et tilbud, der normalt gives til raske personer”.

Endvidere slås det fast, at der skal udarbejdes et individuelt træningsprogram, som patienten skal udføre under kontinuerlig supervision af den fysioterapeut, der har udarbejdet behandlingsplanen, hvis der skal være tale om opfølgende træningsterapi.

Da Landssamarbejdsudvalget tidligere har behandlet en sag om fysioterapeutens administration af overenskomsten, betragtes det som en skærpet omstændighed. Hun idømmes en bød på 25.000 kroner for at have overtrådt bestemmelserne om afregning. Fysioterapeuten vil ubetinget få frataget sit ydernummer og miste retten til at modtage ydelser fra Sygesikringen, hvis hun igen overtræder bestemmelserne vedrørende honorarer, afregning og økonomiske forhold i øvrigt, som det hedder i afgørelsen.

SLÅR HÅRDT NED PÅ OVERTRÆDELSER

Formanden for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr, der er medlem af Landssamarbejdsudvalget, erkender, at det er store beløb, den enkelte fysioterapeut skal udrede, og at afgørelserne indeholder betingelser, der kan ramme fysioterapeuterne på deres levebrød, hvis de igen indbringes for udvalget: ”Men der er i begge tilfælde også tale om alvorlige overtrædelser af overenskomsten. En overenskomst er en gensidig aftale mellem to parter, der i stort omfang bygger på tillid. Derfor er det undergravende for tilliden, hvis enkelte fysioterapeuter bevidst eller ubevidst overtræder aftalen. Det er både ukollegialt og konkurrenceforvridende i forhold til naboklinikken, hvis man bare ser stort på de rammer, som et ydernummer lægger, og blot behandler løs”, siger Johnny Kuhr.

Han peger på den stramme praksisplanlægning, som alle praktiserende fysioterapeuter er underlagt: ”Uanset om man kan lide den eller ej, er der ingen undskyldninger for at tage selv. Derfor er vi som organisation helt på linie med Sygesikringen i vurderingen af, at alvorlige overtrædelser skal modsvares af en stor bød og i yderste fald fratagelse af retten til at praktisere under Sygesikringen. Hvis vi bare så gennem fingre med sådanne overtrædelser, ville det være et hån mod alle de andre fysioterapeuter, der er pligtopfyldende og holder sig inden for rammerne. Endelig ville det blive modsvaret af kravet fra Sygesikringen om mere kontrol og dokumentation”.

Boden på tre gange 150.000 kroner doneres til Julemærkehjemmene, mens boden på 25.000 kroner sendes videre til Rehabiliterings- og Forskningscenter for Toturofre. ■

Opfølgende træningsterapi gives som led i sygebehandling, hvorimod selvtræning i et træningscenter ikke er et tilbud der indgår i ydelserne med sygesikringstilbud, fastslår Landssamarbejdsudvalget.

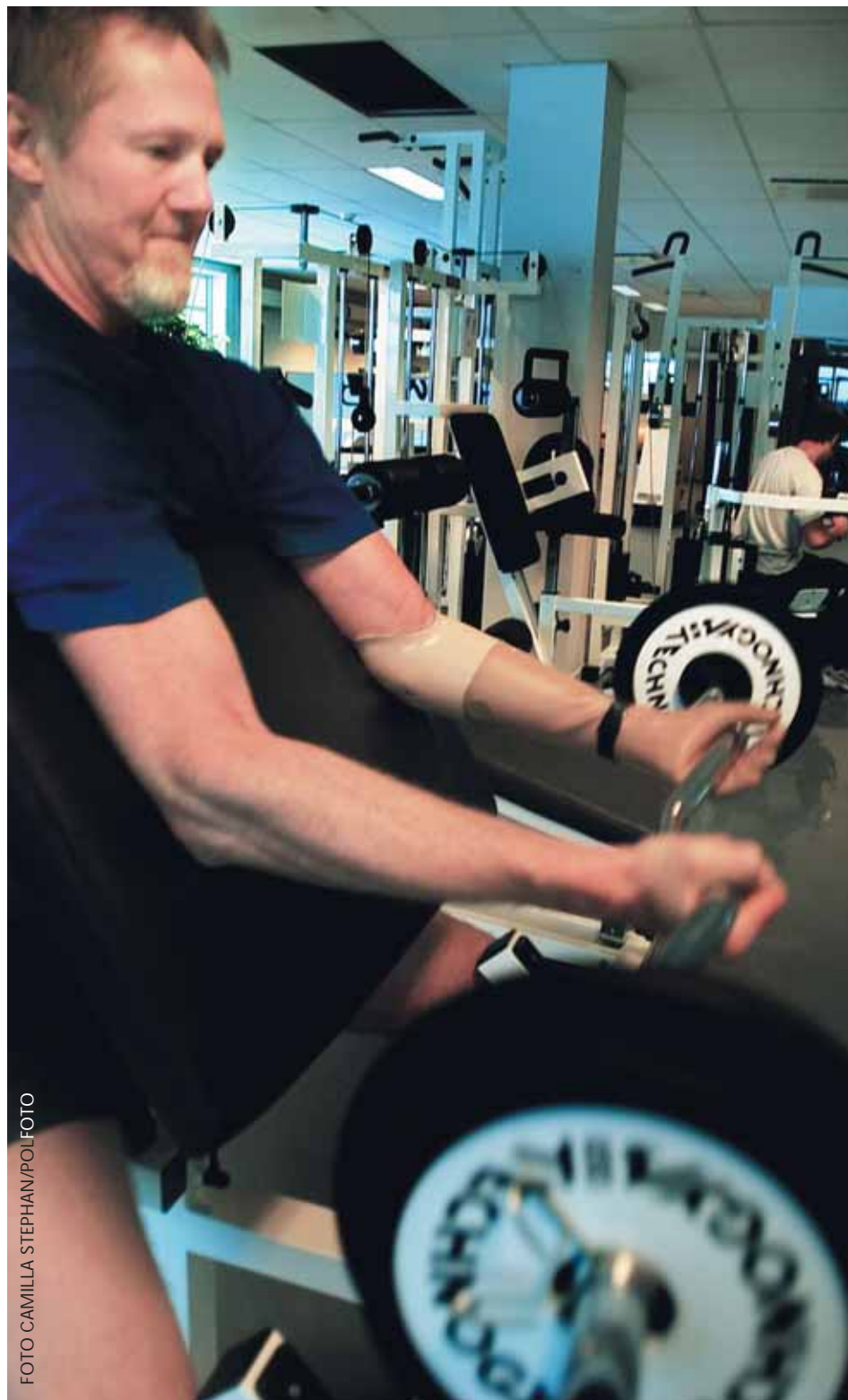
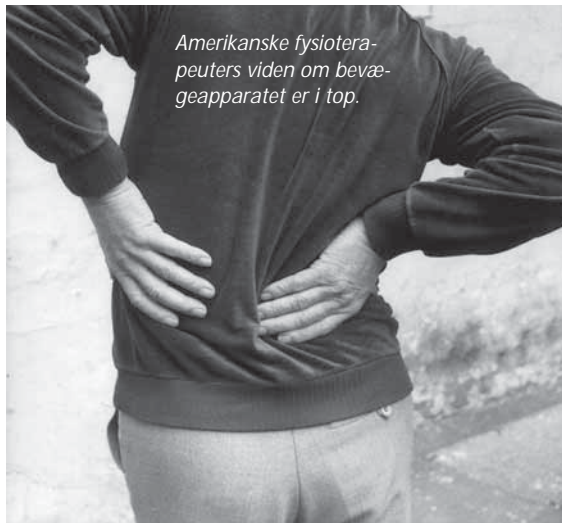


FOTO CAMILLA STEPHAN/POLIFOTO

Fysioterapeuter sammenlignet med læger

Studie ■ I USA har der i de senere år været flere forsøg med at lade patienter med muskuloskeletale problemer henvende sig til fysioterapeut uden henvisning. Også i Norden ses denne tendens. I Norge har man netop besluttet at videreføre henvisningsprojektet, hvor patienter kan henvende sig direkte til kiropraktorer og manuelterapeuter, der har ret til at sygemelde og henvise til andre specialister. I Viborg Amt besluttede man i foråret at indføre en forsøgsordning. Her gav man fysioterapeuter ansvaret for en udvidet undersøgelse af rygpatienter. Patienterne henvises af egen læge, og fysioterapeuten skal inden 14 dage melde tilbage til lægen om patientens videre behandlingsforløb. Ordningen løber til udgangen af 2006. En gruppe amerikanske forskere har sammenlignet fysioterapeuters viden på det muskuloskeletale område med medicinstuderende, læger, og speciallægers viden inden for området. 174 fysioterapeutstuderende og 182 erfarne fysioterapeuter fik testet deres viden på område. Læger og medicinstuderende gennemgik samme eksamen. Det viste sig, at fysioterapeuters viden lå i top. Deres viden blev kun overgået af læger med speciale inden for det muskuloskeletale område. Fysioterapeuter, der enten havde en videreuddannelse inden for det muskuloskeletale område eller idrætsmedicin scorede højere på testen end de øvrige fysioterapeuter. De amerikanske forskere konkluderer, at patienter med problemer i bevægeapparatet tryk kan henvende sig direkte til fysioterapeuter. Hermed sikres en hurtig behandling af relevante patienter. Artiklen kan downloades fra <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/6/32>



Amerikanske fysioterapeuters viden om bevægeapparatet er i top.

FOTO SVEND ÅGE MORTENSEN (SCANPIX)

fysnyt

Personligheden

ROK ■ Fysioterapeut Thomas Lind Hansens rapport "Forskellige personlighedsorganisationers udtryk i kroppen" er resultatet af en forskningsproces, der foregik med en ugentlig forskningsdag fra maj 2002 til maj 2004. Formålet med forskningen var at finde ud af, om man ved at anvende den fysioterapeutiske undersøgelsesmetode ROK kan se, hvorledes et menneskes personlighed er organiseret. Forskningen indeholder et teoristudie af begrebet krop og dernæst et studie af ROK af 18 mennesker, hvis per-

sonlighedsorganisation på forhånd er defineret som enten neurotisk/normal, borderline eller psykotisk. Rapporten konkluderer, at projektet har udviklet ny viden om måder at forstå kropslige forhold på, som de kommer til udtryk via ROK af de 18 deltagere. Den påpeger desuden, at det synes sandsynliggjort, at kroppen giver et, om end ikke fuldstændigt sikkert, så dog et overvejende troværdigt billede af de pågældende deltageres personlighedsorganisation. Læs mere på ffyd.dk/nyheder. Læs rapporten på www.viborgamt.dk For yderligere oplysninger spdfys@vibamt.dk

Hoftesmerter hos unge

Månedsskrift ■ En voksende gruppe af yngre patienter lider af vedvarende smerter fra hoften. Disse er svære at diagnosticere og behandle. I en artikel i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning beskriver lægerne Steffen Jacobsen og Søren Winge differentialdiagnoserne som pubalgia, apophyseavulsioner, piri-formis syndrom, inflammatorisk ar-

trit, coxa saltans og artrose. I artiklen påpeger de, at man længe har undervurderet patologien i hofteleddets bløddele (labrum-læsioner, bursitter, kapselafrivning, læsioner i lig. teres) som årsag til hoftesmerter. Steffen Jacobsen, Søren Winge. Hoftesmerter hos yngre patienter. Månedsskr Prakt Lægegern, august 2005. Side 931-35.

Sjældne diagnoser

WWW ■ I Danmark defineres en diagnose som sjælden, hvis der er mindre end 1000 tilfælde om året. Der findes ingen præcise tal på personer, der lider af en sjælden diagnose i Danmark. I Center for Små Handicapgrupper har man registreret ca. 1200 forskellige sjældne sygdomme og handicap i Danmark. Debatmagasinet

"Sjældne diagnoser" udkommer to gange om året. Her kan man følge med i, hvad der sker på området forskningsmæssigt og politisk. Et af temaerne for blad nr. 1/05 er lægernes manglende lyst til at sende patienter, de ikke kan finde en diagnose på videre i systemet. www.sjaeldnediagnoser.dk



Hvis du tit falder over store værdier,
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

Ny behandlingsform på vej frem

Chokbølgeterapi kan være et alternativ til kirurgiske indgreb, men der mangler danske undersøgelser af effekten

AF FYSIOTERAPEUT MIKKEL ORRY AMBY
FOTO LARS HORN

indgang

■ Artiklen tager udgangspunkt i bachelorprojektet: Andersen, Therkildsen og Amby, "Effekt af Extracorporeal Shock Wave Therapy i klinisk praksis", Sundheds CVU Aalborg, 2004. Læs projektet på www.ffy/afhandling

ESWT, extracorporeal shock wave therapy, chokbølgebehandling, lithotripsy – kært barn har mange navne – et af de mere spektakulære er "nyreknuseren".

Frit oversat betyder ESWT "chokbølgeterapi uden for kroppen", men da "ESWT" er langt nemmere at sige og skrive, vil denne forkortelse blive anvendt i det følgende.

ESWT er en ny og lidet udbredt behandlingsform i Danmark; den blev første gang i marts 2003 taget i brug på Privathospitalet Kollund. Der findes nu apparatur flere steder i landet, men udbuddet er stadig lille, og der ydes endnu ikke tilskud til behandlingen.

Selv om de enkelte behandlingssteder efterhånden har opnået en god erfaring og rutine, må behandlingen i Danmark stadig anses for at være mere eller mindre på et eksperimentelt stadie. Flere igangværende og planlagte danske forskningsprojekter kan dog inden for de nærmeste år ventes at rette op på dette.

Teknikken bag behandlingsformen har siden 1980 været anvendt inden for urologien, til knusning af især nyre- og galdesten [1]. I denne forbindelse kaldes teknikken Ekstracorporeal Shock Wave Lithotripsy, ESWL. Det er inden for dette område en meget udbredt behandlingsform, idet den benyttes i omkring 80-90 procent af alle tilfælde [2;3].

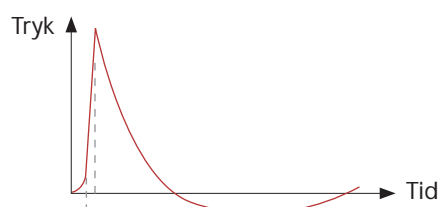
Forskning i bivirkninger på knoglevæv førte til eksperimenter med ortopædiske diagnoser, og i starten af 1990'erne begyndte man i Tyskland og Østrig at anvende ESWT i praksis [4].

HVAD ER ESWT?

Som navnet antyder, er der tale om lydølger, der genereres uden for kroppen og herefter - via kontaktgel på huden - ledes ind mod behandlingsområdet. Så langt er behandlingen identisk med ultralyd. Forskellen ligger i lydølgerens frekvens og intensitet.

Teknisk defineret er chokbølger korte trykstærke lydimpulser inden for det hørbare spektrum. De impulser, der benyttes i terapeutisk sammenhæng, er en lydølgeblanding med et bredt frekvensspekter fra

16Hz til 20 MHz [5]. Med ESWT ligger spidseffekten på ca. 50 MPa (500 bar) i modsætning til ultralyd, som har en spidseffekt på 0,05 MPa.



Impulserne har en kort varighed på ca. 10 millisekunder, en meget hurtig trykstigning på under 10 nanosekunder og en længere efterfølgende trykudlignende fase, der ender i en undertryksbølge med en lille amplitude (under 10 MPa).

VIRKEMEKANISMER

Trykbølgen bevæger sig med en hastighed på op til 700 meter pr. sek. igennem væsker og blødt væv, og effekten opstår, når der er en ændring i impedans som i overgangen mellem knogle og blødt væv.

Når en chokbølge møder en kontaktflade med en anden impedans, opbygges der tryk og forskydninger i grænseområdet. Der opstår luftbobler i form af kavitationer, og som resultat af den hurtige interaktion mellem tryk og forskydning kollaberer disse bobler. Dette medfører en meget kraftig, men meget lokal varmeudvikling, som bidrager til effekten i vævet [6].

Jo større forskel, der er i impedans i grænsefladerne, jo mere energi afsættes. Således må ESWT aldrig bruges over luftfyldte kaviteter så som lunger, da forskellen i impedans er så stor, at den afsatte energi meget vel kan forårsage vævsskade [7].

På celleniveau kan ESWT forøge cellepermeabiliteten samt stimulere celledeling og stimulere cellernes produktion af cytokiner. Nye resultater viser, at chokbølger medfører en neovaskularisering i sene-knogleovergangen, hvilket kan lindre smerter og forbedre vævsregeneration [7].

Den ret omfattende forskning, der hidtil er lavet på emnet i udlandet, har koncentreret sig om ret få, og altid kroniske tilstande [1;8-21]. Desuden er ▶

I Algade Fysioterapi er chokbølgeterapi et permanent behandlingstilbud. Klinikken påbegynder i efteråret et randomiseret studie af chokbølgeterapi.



- ▶ forsøgene udført under forhold, der normalt ikke vil være tilgængelige for en dansk fysioterapeut, idet der altid er anvendt radiologisk guidning (hvilket er meget kostbart), og oftest også anæstesi.

De fysiologiske virkemekanismer er ikke fuldt klarlagt, men her følger en kort gennemgang af de formodede virkemekanismer for de bedst undersøgte områder.

KNOGLEHELING

ESWT bruges som noget af det tidligst beskrevne inden for muskuloskeletale lidelser til behandling af pseudoartrose [8].

Når lydølger fokuseres på knogle, reflekteres ca. 35 procent af energien. Resten bliver overført, og 80-90 procent af denne overførte energi afsættes gennem de første 1-2 cm af knoglevævet [6]. I knoglevæv er der mange grænseflader mellem blødt væv (fedt, bindevæv) og callus, hvilket resulterer i refleksion og ophobning af energi. Derfor bliver størstedelen af energien hurtigt afsat i knoglevæv, og kun lidt trænger hele vejen igennem knoglen. Fordi energien bliver så hurtigt afsat i de forskellige akustiske grænseflader, ses der nedbrydelse af knogle og sekundært ophealing fra osteoblasterne [6].

SMERTEDÆMPENDE EFFEKT

Selve behandlingen med ESWT er, med mindre man opererer med ekstremt lave energiniveauer, for de fleste patienter mere eller mindre smertefuld. At behandlingen, dette til trods, kan have en analgetisk effekt kan man bl.a. slutte af, at man ret hurtigt under en behandling kan øge energiniveauet af den enkelte impuls, uden at oplevelsen af smerte øges [22].

Hvordan denne analgetiske effekt opstår, ved man ikke med sikkerhed. Dahm mener, at der, som ved TENS, er en indflydelse på de sensible nerveledninger i henhold til gatekontrollmekanismen [23], mens Burger et al tilskriver den analgetiske effekt, at der sker en cellemembranbeskadigelse, så nociceptorerne ingen generatorpotentiale har til at sende et smertesignal med [24].

Der ses ofte en umiddelbar forbedring i ROM og evnen til at udføre hæmmede ADL-funktioner straks efter behandlingen. Dette tilskriver Loew et al den analgetiske effekt [25].

KALCIFIKATIONER OG TENDINITTER

ESWT bruges både til tendinitter med og uden kalcifikationer.

Hvor det drejer sig om tendinitter uden kalcifikation, mener man, at det i første række er den analgetiske effekt, der er virksom. Dernæst spiller den øgede vaskularisering formodentlig en rolle for helingsprocessen [8]. Man kan forestille sig, at de mekaniske kræfter kan bryde arvæv op efter samme princip som tværfriktioner

og ad den vej sætte en helingsproces i gang. Undersøgelser har vist, at lavenergi ESWT (< 0.1 mJ/mm²) hovedsagligt mindsker smerter, mens høj-energi ESWT (0,2 til 0.4 mJ/mm²) i højere grad forøger den lokale blodgennemstrømning, skaber kapillære læsioner og stimulerer til vækst af nye kapillærer [17].

Ved kalcificerede tendinitter gør alt det ovenstående sig selvfølgelig også gældende, idet der stadig er tale om en tendinit, men det primære mål er her selve kalcifikationen.

ESWT blev som nævnt oprindeligt udviklet til at knuse nyresten. I den sammenhæng er det de mekaniske kræfter, man udnytter til at fragmentere stenen til så små stykker, at de kan passere med urinen ud. Som beskrevet under knogleheling kan den kinetiske energi ved overgangen mellem blødt væv og callus bryde strukturer op. Ligeledes tillægges de omtalte kavitationer en betydning. Når kavitationsboblerne findes nær ved overgangen mellem materialer med forskellig impedans, sker der en asymmetrisk kollabering, som resulterer i potentiel skade i overfladen. Man må formode, at de samme mekanismer gør sig gældende ved kalcifikationer i en sene. Det er dog ikke klart, om der sker en øjeblikkelig fragmentering, da kalcifikationen ikke straks bliver synligt disintegreret. Der hersker imidlertid ikke stor tvivl om, at fragmentationseffekten fra ESWT, sammen med den forøgede vaskularisering i den kalcificerede del af senen, kan fjerne eller formindske kalcifikationen over tid. Graden af succes menes at have sammenhæng med størrelsen og lokaliseringen af kalcifikationen [1;8-17;21;25;26].

SELVE BEHANDLINGEN

De første forsøg og behandlinger foregik med de samme apparater, som blev benyttet inden for urologien, blot med nogle få ændringer og justeringer. Disse apparater var store, stationære konstruktioner, og ikke noget man ville kunne forvente at se i en almindelig klinik for fysioterapi.

Imidlertid er der nu udviklet små kompakte apparater, der af udseende kunne forveksles med ultralydsapparater. Fremgangsmåden ved behandlingen er da også den samme, i hvert fald så længe der arbejdes uden anæstesi og radiologisk guidning. Man bestemmer, hvilket område der skal behandles og vurderer, hvor dybt i vævet skaden befinder sig. Ved hjælp af typisk gelfyldte puder af forskellig tykkelse justerer man herefter apparatets lydhoved til den aktuelle dybde. Dette gælder for fokuseret ESWT, som jeg formoder bliver det foretrukne i Danmark. Modsatningen er radierende ESWT, eller RPWT, som er billigere i indkøb, men fokuseret ESWT efter det piezoelektriske princip har nogle klare fordele: Først og fremmest kan man fokusere energien, så størstedelen bliver afsat i

det afficerede væv modsat RPWT, hvor den største afsætning sker i huden, og energien herefter med aftagende styrke breder sig ned i vævet. Dette gør, at patientkomforten ved fokuseret ESWT er RPWT langt overlegen, viser erfaringer fra Algade Fysioterapi. Også driftsøkonomien er bedre, idet levetiden på lydhovedet ved RPWT er 2-3 behandlinger mod det piezoelektriske ca. 800 behandlinger.

Herefter påbegyndes selve behandlingen, idet lydhovedet med kontakt-gel bevæges på huden over behandlingsområdet, på samme måde som ved ultralyd. En typisk behandling varer 5-10 minutter, bl.a. afhængig af apparattype, og et behandlingsforløb har hos Algade Fysioterapi vist sig oftest at bestå af 3-6 behandlinger.

Den store forskel fra ultralyd, for så vidt angår den praktiske applikation, ligger i, at behandlingen er smertefuld for patienten. Det har imidlertid vist sig ved erfaringer, at behandlingen er langt mere smertefuld på skadet end på raskt væv; dermed kan man bruge patientens smerteoplevelse som bio-feedback til at ramme det skadede væv ret nøjagtigt (dette er dog endnu ikke vist ved videnskabelige undersøgelser). Der ser ud til at være bedre effekt, jo højere energiniveau man behandler med, og derfor vil patientens smertegrænse ofte være bestemmende for behandlingens intensitet [9;11;12;15;16;21].

BESKEDNE BIVIRKNINGER

Umiddelbart, med de forskningsresultater, der foreligger, er ESWT først og fremmest et alternativ til kirurgi for patienter med visse kroniske lidelser, typisk i sener og ligamenter [18]. Der er opnået gode resultater med bl.a. calcificeret tendinitis, tennisalbue, hælsporer, akilles tendinit og plantar fasciitis, med succesrater helt op til 80-100 procent [8;21].

Det kunne lyde, som om ESWT var lidt af en mirakelkur, men træerne vokser som bekendt ikke ind i himlen. Bivirkningerne er dog ret beskedne.

Først og fremmest oplever stort set alle patienter smerte under selve behandlingen, med deraf følgende ømhed og uro i et kortere tidsrum efter behandlingen [8-10;27]. Ganske ofte vil der også opstå ødem og rødmen i huden i behandlingsområdet; dette varer typisk en til to dage efter behandling [8;9;27;28]. Hæmatomer er heller ikke sjældne på grund af den kraftige vævspåvirkning [9;14;27;28].

Af andre, mere alvorlige bivirkninger, findes i litteraturen beskrevet et enkelt tilfælde af seneruptur. Patienten havde dog forud fået flere steroidinjektioner, og det er forfatterens vurdering, at disse ligger til grund for rupturen snarere end ESWT [8;10;17]. Skader på grund af misdirektion har også været nævnt som en mulig bivirkning, men er aldrig observeret i praksis [10]. ▶

PILOTPROJEKT I AALBORG

På Algade Fysioterapi i Aalborg gennemførte Michael Harbo og Per Rasmussen i foråret 2004 et pilotforsøg, hvor de afprøvede behandlingen på en række patienter; de fleste af disse var kronikere, der tidligere havde været gennem flere stort set virkningsløse behandlingsforløb.

Pilotforsøgets formål var ikke at fremkomme med nye oplysninger eller resultater, men at be- eller afkræfte positive konklusioner fra udenlandske undersøgelser. Dette blev skønnet nødvendigt, fordi alle de i udlandet gennemførte undersøgelser som nævnt har benyttet sig af teknologier, der ikke normalt vil være mulighed for at anvende på en dansk klinik.

Forsøget var ikke randomiseret eller kontrolleret på nogen måde, og der har ikke været opstillet nogen strikt protokol, da resultaterne kun var beregnet til internt brug.

I alt deltog 58 patienter, hvoraf 85 procent opnåede et tilfredsstillende resultat. I 53 procent af de tilfredsstillende tilfælde opnåede patienterne fuld symptomfrihed. Disse resultater kan tolkes derhen, at ESWT kan være en effektiv behandling i Danmark, også uden brug af anæstesi og radiologisk guidning. Resultaterne fik Algade Fysioterapi til at investere i udstyret, således at ESWT nu er et permanent behandlingstilbud på klinikken.

Siden har behandlingen med stor succes været brugt og afprøvet på mange patienter, og også mere akutte tilstande som forskellige former for idrætsskader har man kunnet behandle med succes. Michael Harbo udtaler, at af de få patienter, hvor behandlingen ikke har haft nogen positiv virkning, har stort set alle efter hans fornemmelse været så smertepåvirkede, at det ikke har været muligt eller rimeligt at behandle med en optimal intensitet.

Algade Fysioterapi påbegynder i samarbejde med Ortopædkirurgi Nordjylland om kort tid den praktiske gennemførelse af et større randomiseret forsøg med ESWT til calcificeret tendinitis i skulderen. Således håber man at kunne vise valide, danske resultater som opbakning for pilotforsøgets resultater.

- ▶ Det menes at ESWT i få tilfælde har været udløsende for migræneanfald [27].

Af kontraindikationer er allerede nævnt luftfyldte hulrum, men det vil nok også være et sjældent problem for fysioterapeuter. Yderligere skal nævnes graviditet, pacemaker, behandling i områder med alloplastikker samt behandling over epifyselinier hos børn. Disse forhold må foreløbig regnes som kontraindikationer, indtil det er undersøgt om behandlingen kan foregå sikkert.

Alt i alt må ESWT betragtes som en sikker behandlingsmetode, med kun få, lokale og forbigående bivirkninger.

PERSPEKTIVERNE

Alt nyt er spændende, særligt når man er blandt de første, der beskæftiger sig med det. Der findes i de udenlandske studier mange positive konklusioner på effekten af ESWT. Vi stilles dermed i udsigt, at vi som fysioterapeuter med succes kan behandle og hjælpe en bred vifte af patienter, der tidligere havde kirurgi som eneste alternativ. Dette gør emnet endnu mere spændende, også at fortælle om, så andre kan få kendskab til denne fantastiske nyhed.

Man må imidlertid huske på, at der endnu ikke foreligger dansk videnskabelig dokumentation for virkningen af behandlingen i klinisk praksis, og at nok så mange solstrålehistorier ikke udgør noget bevis.

Der er dog som nævnt flere danske undersøgelser på vej, og det er min overbevisning at disse vil vise sig med positive resultater.

I takt med, at kendskabet til behandlingen og mulighederne bliver større, vil udbredelsen også stige. Og når flere behandlere kommer til at arbejde med teknikken, vil flere ting blive afprøvet og undersøgt. Jeg ser store muligheder i brugen af ESWT til mindre alvorlige lidelser end de, der er beskrevet i flotte undersøgelser. Eksempelvis kunne jeg forestille mig, at et hæmatom kunne behandles langt mere effektivt med ESWT end med ultralyd eller kortbølge – der er blot ikke så meget prestige i "bløde" diagnoser, hvor der allerede findes en behandling, og derfor er det svært at skaffe midler til forsøg.

Under alle omstændigheder bliver det spændende at følge udviklingen i såvel forskning som praktisk brug og udbredelse - og mon ikke også øget udbredelse og danske forskningsresultater vil placere ESWT på sygesikringens liste over tilskudsberettigede behandlinger?

REFERENCER

Se referencelisten på www.fysio.dk/fysioterapeuten/artikelbilag ■

Det gør ondt, men det virker

To patienter fortæller om deres oplevelse med chokbølgebehandlinger på henholdsvis et springerknæ og forkalkninger i en skulder

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Volleyballspiller Jeppe Vestergaard HIK Aalborg har døjet med et springerknæ i 5-6 år, og især de seneste 3 år har det været særlig slemt. Behandlingen har bestået af pauser i træningen - også med landsholdstruppen, som han tidligere var en del af.

"I forbindelse med min landsholdstræning fik jeg på et tidspunkt en blokade med binyrebarkhormon. Det hjalp fint, men kun i ½ år. Det har også været på tale, at jeg måske skulle opereres, men ikke siden jeg kom ud af landsholdsregi" fortæller Jeppe Vestergaard.

I stedet for kom han tilfældigt til at tale om sin skade med en spillerkollega fra AaB, som foreslog ham at forsøge chokbølgeterapi.

"Fysioterapeuten lovede mig ikke noget. Han sagde, at enten ville det virke rigtig godt, eller også ville det slet ikke virke, men vi blev enige om at springe ud i det".

Jeppe Vestergaard blev behandlet fire gange, og spillede sin første kamp efter den tredje behandling. Om selve behandlingerne fortæller han: "Det var ikke videre behageligt, særligt ikke første gang. Forestil dig, at du har et sted, der gør rigtig ondt, og der så er nogen der borer sin tommeltot ind i det hundrede gange i træk. Men jeg var ikke specielt øm bagefter og efter de to første gange, gjorde behandlingen betydeligt mindre ondt".

I udlandet, hvor chokbølgebehandling udføres af læger, anvendes ofte lokalbedøvelse. Det kan ikke lade sig gøre i forbindelse med en fysioterapeutisk behandling, men i stedet benyttes smerten som bio feedback, forklarer fysioterapeut Michael Harbo, der behandlede Jeppe Vestergaard.

IKKE EN MIRAKELKUR

Jeppe Vestergaard anbefaler gerne metoden til andre, men man skal ikke forvente mirakler, understreger han.

"Jeg synes bestemt, det er et forsøg værd, hvis man har prøvet alt det andet med ro og genoptræning. Jeg



Efter den tredje ESWT-behandling kunne Jeppe Vestergaard (nr. 9) spille volleyball igen.

er ikke hundrede procent kureret, men har fået det markant bedre, og siden behandlingerne har jeg ikke haft perioder, hvor jeg ikke har kunnet spille”.

Michael Harbo, Algade Fysioterapi, forklarer, at Jeppe Vestergaard var en af det første elitesportsfolk, der blev behandlet med ESWT på klinikken, og at strategien i dag er en lidt anden:

”Erfaringen har vist, at effekten er bedre, hvis man ikke belaster i hvert fald inden for de første 48 timer efter behandlingen – også selvom man, som Jeppe, faktisk er i stand til at træne samme dag. Jeppe er også et godt eksempel på at behandlingen ikke bør stå alene, selvom man fristes til det, fordi den er så effektiv. Jeppe har kun fået chokbølge - det var mest af alt et forsøg og han blev afsluttet lidt hurtigt på grund af nogle praktiske omstændigheder. Der er ikke blevet kigget på årsagssammenhænge - så med den træningsmængde, der arbejdes med på hans niveau, kan det ikke undre at han ikke er helt fri for problemer - men han spiller”.

SOV IKKE I MÅNEDSVIS

Margit Davidsen fik for halvandet år siden stærke smerter i skulderen og mente selv, de stammede fra hendes arbejde ved computeren. ”Jeg kunne ikke bevæge skulderen, hverken den ene eller den anden vej. Jeg kunne ikke løfte min arm, og jeg sov ikke i månedsvis på grund af smerter”.

Margit Davidsen forsøgte først med afspændingsbehandlinger, men uden effekt og fik derefter en henvisning til ultralyd og kortbølgebehandlinger. Da

det heller ikke hjalp, blev Margit Davidsen henvist til ultralydsscanning. Scanningen viste et impingement af supraspinatussenen, hvor kun cirka halvdelen af senen kunne passere uhindret ved abduktion, og forkalkninger tre forskellige steder i skulderen. Margit Davidsens egen læge foreslog så, at hun skulle prøve chokbølgebehandling.

”Det var ligesom at få boret en tand, men varede jo kun kort”, fortæller Margit Davidsen, der måtte igennem 15 behandlinger, før hun kunne afsluttes.

”Alternativet havde været en operation, og det er herligt, at jeg slap. I dag har jeg næsten fuld bevægelighed i skulderen og ingen smerter”.

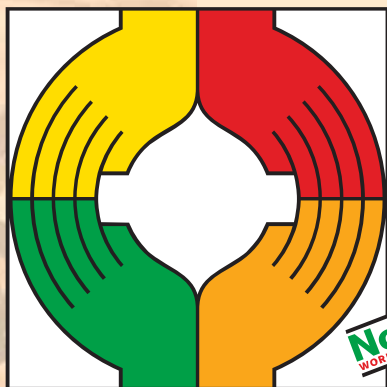
Michael Harbo: ”15 behandlinger er usædvanligt mange, men at betragte som tre forskellige forløb. Margit havde tre forkalkninger, der har fået fem behandlinger hver, for man kan ikke holde til at få behandlet det hele på én gang”.

En ny scanning halvvejs i forløbet overbeviste Michael Harbo om, at det var det rigtige, han var i gang med, idet den viste en klar formindskning af den behandlede forkalkning, og en bedring så to tredjedele af senen nu kunne passere.

Margit Davidsen har ikke kun fået ESWT. Men blev også mobiliseret i skulderleddet og arbejdede selv med udspænding af ledkapslen og specifik træning af dele af rotatorcuffen. ”Men alle, der har behandlet folk med forkalkninger i bare én sene, ved, at det er stort set umuligt at gøre nogen markant forskel med konventionel fysioterapi – det kan ESWT’en”, siger Michael Harbo. ■

Information døgnet
rundt 365 dage på:
www.rehacare.de

REHACARE[®]
INTERNATIONAL



International
førende fagmesse
for mennesker
med handicap
og plejebehov

HJÆLPEMIDLER

REHABILITATION

PLEJE

**Düsseldorf,
Tyskland
12 – 15. oktober 2005**

**HVERT EFTER R
MØDES DEN
INTERNATIONALE
BRANCHE I DÜSSELDORF**

For adgangskort, kataloger og
information kontakt
Intermess Aps
Rådhusvej 2
2920 Charlottenlund
Tlf 45 50 56 55
Fax 45 50 50 27
info@intermess.dk



Messe
Düsseldorf

Terminologi i forebyggelsen

Pjece ■ Forebyggelse, sundhedsfremme, empowerment, sundhedspædagogik – ordene er mange og defineres ikke altid ens af de forskellige aktører inden for forebyggelsen. For skabe en fælles forståelsesramme har Sundhedsstyrelsen derfor nedsat en arbejdsgruppe, der har haft som opgave at udarbejde en national fælles terminologi for udvalgte begreber inden for forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed rettet til sundhedsvæsenet. I pjecen "Terminologi i forebyggelsen" præsenteres resultatet af arbejdsgruppens arbejde. Målgruppen for pjecen er praktikere, forskere, administratorer og andre interessenter på forebyggelsesområdet. Pjecen kan downloades fra www.sst.dk/nyheder/seneste_nyheder eller rekvireres fra Schultz distribution på tlf. 7026 2636 eller på sundhed@schultz.dk



Læs om din knæskade på nettet

www ■ Århus idrætsklinik benytter på deres hjemmeside små filmsekvenser til at illustrere, hvordan knæet fungerer, og hvordan en korsbåndoperation foregår. Der gives endvidere rådgivning om, hvad man selv kan gøre, når man har fået en skade. De mest almindelige knæskader er beskrevet på en måde, så idrætsudøvere og andre med skader i knæet kan få grundige informationer om skadesforløbet. På hjemmesiden kan man også finde informationer om skadesbehandling generelt. Idrætsklinikens hjemmeside findes på sundhed.dk – men det kan være en genvej at benytte adressen www.aarhus-idraetsklinik.dk

Nyt om verdenskongressen i 2007



wcpt ■ Den næste verdenskongres for fysioterapeuter afholdes i Vancouver i Canada den 2.-6. juni 2007. Deadline for indsendelse af abstracts til enten poster eller platformpræsentationer er den 15. september 2006. 1. januar 2006 vil man på WCPT's hjemmeside finde oplysninger om kravene til de indsendte abstracts. Der er besluttet fem hovedtemaer for verdenskongressen: Global sundhed, rammer for professionens udøvelse, den fysioterapeutiske praksis og uddannelse. Læs mere om verdenskongressen på www.wct.org

Gode resultater med forebyggelse

Vallensbæk ■ Et projekt med forskning på tidlig indsats over for diabetes og diabetiske følgesygdomme i Vallensbæk kommune har været en succes. Medarbejdere knyttet til ældreområdet har gennemgået en uddannelse og lært at samarbejde. Andre kommuner skal drage nytte af erfaringerne fra Vallensbæk, og Sundhedsstyrelsen har derfor givet kommunen midler til at offentliggøre projektets resultater. Som følge af projektet har flere borgere fået stillet diagnosen diabetes 2, og

de har fået rådgivning på et tidligt tidspunkt i forløbet. Desuden har medarbejdere inden for ældreområdet gjort et stor forebyggende arbejde med at få borgere til at spise sundt, motionere og yde større egenomsorg. Der er på baggrund af projektet udarbejdet et evalueringsmateriale, der kan rekvireres ved henvendelse til Helene Hoffmann, Type2dialog APS på tlf. 3525 1350.



Rødt kort til BMI målinger

Overvægt ■ Klinisk ernæringsfysiolog Ingrid Larsson fra universitetet i Göteborg har i forbindelse med en ph.d. undersøgt sammenhængen mellem BMI og fedme. Normalt indikerer et BMI (kropsvægt i kilo delt med kvadratet på højden) mellem 18,5 og 24,9, at personen er normalvægtig. Personer med en BMI mellem 25 og 29,9 regnes for overvægtige og med en BMI på over 30 lider man af fedme. Ingrid Larsson har undersøgt 1135

kvinder og mænd mellem 37 og 61 år. Hendes resultater viser, at ved et BMI på 25 havde mændene 24 procent kropsfedt, hvorimod kvinderne havde 36 procent kropsfedt. Normalitetsområdet for kropsfedt har tidligere været 15-20 procent for mænd og 25-30 procent for kvinder. Ingrid Larssons studie viser, at de fleste mænd og kvinder har en større andel kropsfedt, end forskerne tidligere har anset for normalt. I Ingrid Larssons studie havde mere end halvdelen af dem, der havde et BMI mellem 18,5 og 24,9, en for høj andel af kropsfedt. En normalvægtig men fysisk inaktiv person kan ifølge Ingrid Larsson have en for høj andel af fedt i kroppen. Ingrid Larsson: Human body composition.

Reference data and anthropometric equations. The metabolic syndrome and risk For yderligere oplysning Ingrid.larsson@medfak.gu.se

Dyspnø

Sygeplejersken ■ Patienter med dyspnø får det bedre, hvis plejepersonale og fysioterapeuter samarbejder om at lære patienterne mestringsstrategier. I en artikel i Sygeplejersken fortæller specialeansvarlig sygeplejerske Birgitte T. Espersen og sygeplejespecialist Eva Taps om et projekt fra onkologisk afdeling på Århus Sygehus. Plejepersonalet blev opkvalificeret til at

lindre og mindske dyspnø hos patienter med lungekræft. Projektet omfattede udarbejdelse af kliniske retningslinjer på baggrund af litteratursøgning. Den kliniske retningslinje om dyspnø kan ses på www.onko.dk (klik på: fagfolk, kliniske vejledninger, dyspnø). Læs artiklen "Kvalitetsudvikling af sygepleje til patienter med dyspnø" i Sygeplejersken 14/2005, side 30-34.

Akupunkturnyt

Nyheder ■ Akupunkturnyt udkom i juni måned med nyheder, artikler og links. Akupunkturnyt er et online tidsskrift, der har fokus på forskning, implementering af akupunktur og kurser og kongresser. Læs mere på www.akupunkturnyt.dk



PHILIP REESEN/POLFOTO

Journaler må ikke smides i skraldespanden

Fysioterapeuter ■ Der har i medierne været fokus på, hvad der sker med journalerne, når læger sælger deres praksis. Der er blandt andet fundet gamle journaler med fortrolige oplysninger i skraldespande og som tegnepapir for børn i daginstitutioner. Af Sundhedsstyrelsens vejledning for korrekt journalføring fremgår blandt andet: Fysioterapeuter skal gemme journalerne i 5 år. Journalerne skal gemmes forsvarligt og må kun med patientens samtykke overdrages til en ny ejer af samme klinik. Såfremt journalerne ikke overdrages, skal de destrueres eller overdrages til patienten selv. Hvis sygehusansatte fysioterapeuters optegnelser er en del af journalen, er den omfattet af en 10-årig opbevaringspligt. Læs mere i Danske Fysioterapeuters håndbog side 80-81.

Bytte bytte købmand

Hvad enten man kalder de ændringer, der i øjeblikket er ved at blive gennemført på det offentlige område for kommunal-, struktur eller opgavereform, kommer de til at betyde ændring af både opgaver ansvar, samarbejdsformer og spilleregler. Ikke mindst på genoptræningsområdet

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
ILLUSTRATION LARS-OLE NEJSTGAARD

Foråret og sommeren igennem har der været gang i statistikværktøjerne på de godt 50 sygehuse landet over. Som forberedelse til kommunalreformens store udflytning af opgaver fra amter til kommuner har blandt andet sygehusenes genoptræningsaktiviteter været udsat for en nøjere granskning.

Som led i reformen vedtog Folketinget lige før sommerferien den nye sundhedslov, der giver kommunerne en langt større rolle på sundhedsområdet, end de hidtil har haft, og genoptræning bliver fremover i høj grad et kommunalt anliggende.

I dag er genoptræning efter et sygehusophold en amtslig forpligtelse, også efter at patienterne er udskrevet. Overgangen mellem amtets pligt til at genoptræne og kommunens pligt til at tilbyde vedligeholdende træning er i talrige tilfælde og sammenhænge blevet beskrevet som et gråzoneområde, og patienterne som faldende mellem to stole.

Det er en af de problematikker, kommunalreformen - eller opgavereformen, som i denne sammenhæng er en mere dækkende betegnelse - skal rette op på. Fra den 1. januar 2007 overtager kommunerne den almene ambulante genoptræning fra amterne, og inden da lyder opgaven at finde ud af, hvor meget denne aktivitet har fyldt på sygehusene, og hvor mange ressourcer i form af eksempelvis fysioterapeuter, der skal med ud i kommunerne, når opgaven flytter.

ØNSKES: CENTRALE RETNINGSLINJER

At trække grænserne mellem specialiseret og almen genoptræning har krævet, og kræver fortsat, et kompliceret forarbejde.

Selvom kommunalreformen først formelt træder i kraft i 2007, skal der allerede året før - den 1. januar 2006 - være lavet udkast til aftaler mellem den, der har opgaven nu og den, der skal overtage den. I tilfældet genoptræning: amtet og kommunen. Derfor har amterne længe været i gang med at skaffe sig et overblik over genoptræningsområdet.

For at få en fælles afgrænsning mellem almen og specialiseret genoptræning er nedsat en arbejdsgruppe under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, blandt andet med deltagelse af Danske Fysioterapeuter.

Gruppens arbejde med en afgrænsning mellem specialiseret og almen genoptræning ventes færdig i slutningen af oktober. Da udkastet til delingsaftalerne mellem amter og kommuner skal ligge klar 1. januar har amterne ikke tid til blot at vente på arbejdsgruppens resultat og har derfor sideløbende arbejdet på at finde egne afgrænsninger og definitioner, men man er fra amternes side ikke indstillet på at melde noget endeligt ud, før man har konklusionerne fra arbejdsgruppen.

Efter al sandsynlighed kommer amterne dog til at vente forgæves, hvis det er en facitliste med fastlagte diagnosegrupper, de venter på. Vurderingen er, at arbejdsgruppen vil holde sig til at melde nogle overordnede kriterier ud, så der er plads til lokale hensyn i den endelige fordeling mellem kommuner og amter. Der er fra amt til amt og fra kommune til kommune stor forskel på, hvor meget der i forvejen er lagt uden for sygehusregi, og hvilke terapeutfaglige ekspertiser der er opbygget på de forskellige sygehuse. Desuden spiller befolkningsunderlaget en væsentlig rolle, idet der alt andet lige vil kunne lægges mere ud til en kommune med 120.000 indbyggere end til en kommune med kun 20.000 indbyggere.

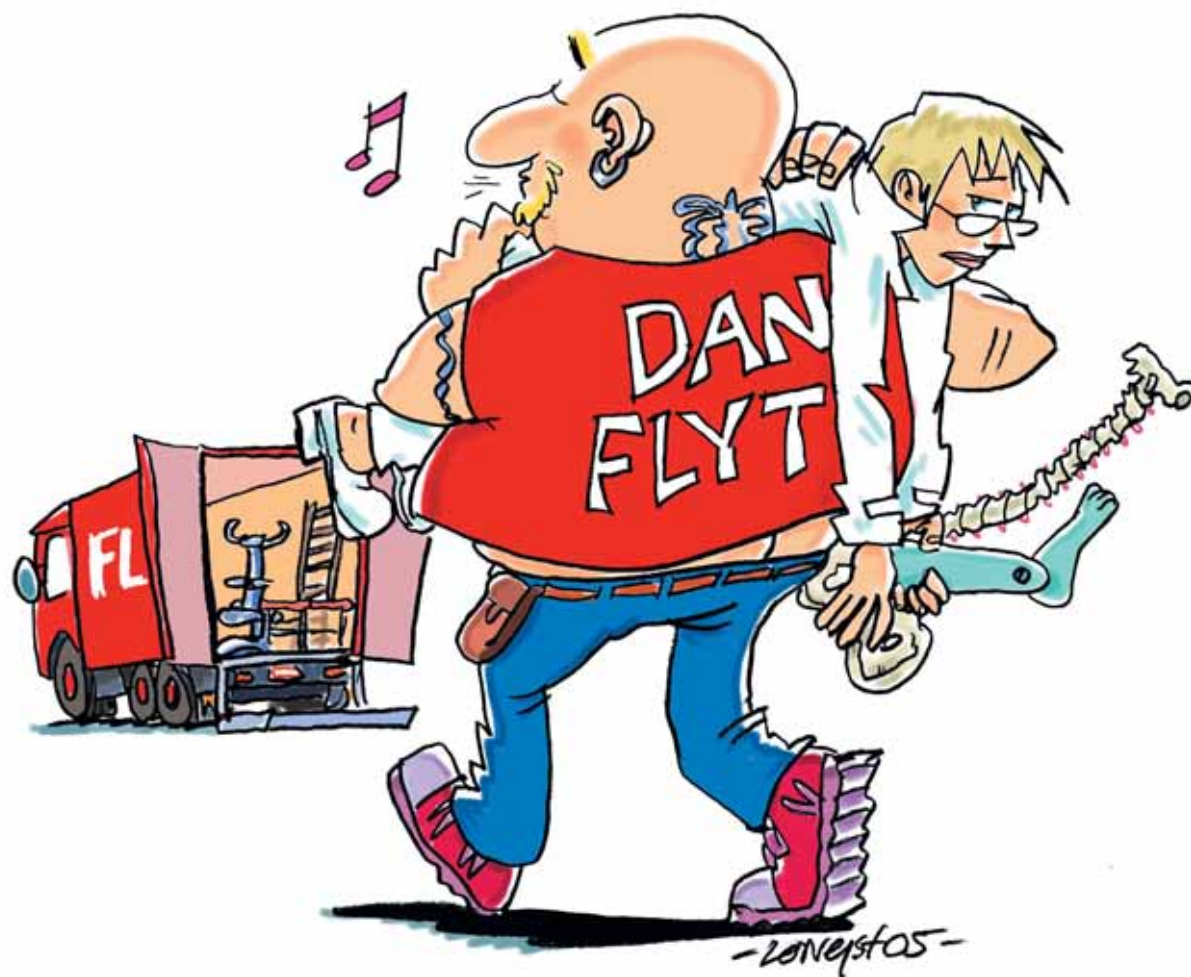
DANSKE FYSIOTERAPEUTES HOLDNING

Danske Fysioterapeuter deltager som sagt i arbejdsgruppen. Foreningens holdning er, at genoptræning bør ligge i sygehusregi, hvis den forudsætter fysioterapeutisk specialviden, særlig klinisk erfaring (for eksempel i forbindelse med meget små patientgrupper), særligt apparatur og træningsfaciliteter eller tværfaglig indsats for eksempel muligheden for at tilkalde en læge.

Hvis noget lignende bliver det resultat, arbejdsgruppen når frem til, tegner der sig et billede af, hvilke opgaver der umiddelbart vil kunne lægges ud til kommunerne: Genoptræning efter ukomplicerede

indgang

■ Kommunalreformen ændrer fra den 1. januar 2007 ikke bare kommunegrænserne på danmarkskortet, men ændrer også ved, hvem der har ansvaret for hvad på blandt andet genoptræningsområdet.



frakturer, dele af rygområdet samt forskellige "skoler", for eksempel gigt-, ryg-, diabetes- og astmaskole.

Hertil kommer så de opgaver, der i takt med udviklingen af kompetencerne i kommunen eller i kraft af kommunens størrelse vil komme til senere. Her nævnes blandt andet KOL og dele af apopleksiområdet.

Processen foregår således på flere planer. I første omgang og i øjeblikket på det enkelte sygehus i det enkelte amt. Men enigheden om, hvad der skal ud, skal helst omfatte hele regionen, så amterne skulle også gerne nå at blive enige med hinanden, inden deres bud på en overflytning af opgaver sendes til de nye kommuner. Og herefter er det op til kommunerne, hvordan de vil tage imod amternes udspil.

For kommunerne er der tale om en ny stor opgave, hvor ikke engang rammerne er udstukket endnu. Det er de først, når de nye kommuner har formuleret en sundhedspolitik, fastlagt et fælles serviceniveau for både nye og gamle opgaver og endelig vedtaget en organisering af området.

Og først på det tidspunkt kender de fysioterapeuter, der følger med opgaverne fra sygehusene ud i kommunerne, det reelle indhold af deres nye job. ■

KOMMUNALREFORMEN OG FYSIOTERAPEUTEN

Dette og kommende numre af Fysioterapeuten beskæftiger sig med kommunalreformen og dens konsekvenser for fysioterapeuterne. Vi følger op, når vi ved mere præcist om, hvilke opgaver der flytter, og hvor mange fysioterapeuter der flytter med. Vi ser på, hvordan kommunerne er klædt på til opgaven, hvem der byder sig til for at løse den, hvad reformen betyder for praksissektoren osv. Læs mere på de kommende sider og i de kommende numre af Fysioterapeuten.



Blandt andre fysioterapeuterne på sygehusene i Hovedstadsregionen skal forholde sig til, hvor de gerne vil arbejde uden at vide ret meget om arbejdets indhold. Claus Dalsgaard (tv) synes, det er at vende tingene på hovedet.

Katten i sækken

Ansættelse i stat, region eller kommune? Fysioterapeuterne på sygehusene bliver i denne tid bedt om at tage stilling til, hvor de helst vil være ansat fra 2007, men der er endnu ikke beskrevet noget indhold i stillingerne



AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO SINE FIIG OG MOGENS ANTHONSEN

Selvom den 1. januar 2007 stadig ligger et godt stykke ud i fremtiden, har forberedelserne til denne lidt specielle nytårsfest allerede været i gang længe.

Rundt omkring på mange af landets sygehuse skal blandt andre fysioterapeuterne allerede nu give deres eget bud på, hvor de helst vil arbejde, når opgaverne i forbindelse med kommunalreformen skal fordeles på ny, og for eksempel dele af genoptræningen (som beskrevet i artiklen på side 16) flytter ud i kommunerne.

Amterne er i øjeblikket ved at lægge sidste hånd på den kortlægning af genoptræningsområdet, der skal give overblik over, hvilke genoptræningsopgaver der kan flyttes ud, og hvilke der kræver en specialiseret indsats og derfor skal blive i sygehusregi. Sideløbende udføres de komplicerede beregninger af, hvor mange terapeutressourcer de enkelte ydelser består af, og hvor mange terapeuter der således skal have ny arbejdsplads.

De foreløbige meldinger fra amterne tyder på, at mellem 5 og 25 procent af genoptræningen flytter ud. Men det er en ligning med mange ubekendte, og en ligning, der - set ud fra et lønmodtagersynspunkt - løses en smule bagvendt.

TINGENE VENDES PÅ HOVEDET

Fysioterapeuterne i Region Hovedstaden er et godt eksempel på, at man som arbejdsgiver næsten kan komme til at inddrage medarbejderne for tidligt.

Allerede den 6. september skal hovedstadens fysioterapeuter give deres bud på, i hvilket regi de helst vil arbejde efter den 1. januar 2007: Stat, amt eller kommune – og også gerne i hvilken kommune. Samtidig skal fysioterapeuterne udfylde en beskrivelse af deres kompetencer. At fristen ligger så tidligt, skyldes, at man har lovet dem, der skal flytte, et års varsel, hvilket betyder, at beslutningen skal være truffet inden nytår. Problemet er bare, at man således skal forholde sig til noget, man ikke aner, hvad er, da jobbene ikke er beskrevet endnu.

Fysioterapeut Claus Dalsgaard er ansat på amtsygehuset i Herlev, hvor hans primære opgaver er inden for

reumatologi, geriatri og apopleksi. Fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning i hans arbejde er fifty-fifty, og det samme er derfor hans chance for at blive flyttet til et job i en kommune, vurderer han.

Claus Dalsgaards første tanke var helt at lade være med at udfylde prioriteringsskema og CV for på den måde at demonstrere sin utilfredshed med processen.

”Jeg synes, det er det helt rigtige, at vi selv får indflydelse på, hvor vi vil arbejde i den nye struktur, men de skæringsdatoer, der er sat, vender tingene fuldstændig på hovedet. Hvis jeg skal søge et nyt job, skal det være i forhold til jobbet indhold og ikke noget som helst andet. Man skulle have gjort sig klart, hvor arbejdsopgaverne lå, inden man bad os om at søge”.

Direktør for sundhed, sygehuse og forebyggelse Peter Orebo Hansen erkender, at det er en hæsblæsende proces, og han kan godt forstå, at der er nogle, der får åndenød, som han siger.

”Vi arbejder med nogle meget snævre tidsrammer, men vi har i samarbejde med kommunerne lavet en informationsindsats, hvor der kører informationsmøder i alle kommuner. Her vil også de faglige ledere for fysioterapeuterne vil være til stede og kan fortælle, hvad det vil sige at være ansat i kommunen. Disse møder afvikles, inden udløb for fristen for indsendelse af prioriteringsskemaerne”.

Københavns Amt er netop nu ved at lægge sidste hånd på beskrivelsen af, hvilke opgaver der flytter ud. Som det ser ud nu, er der tale om 20-30 fysioterapeuter, der skal flytte arbejdsplads, men - forklarer Peter Orebo Hansen - det kan være, at både opgaverne og tallet skal justeres lidt, når den centralt formulerede afgrænsning mellem almen og specialiseret genoptræning ligger klar i slutningen af oktober (se side 16).

VILLE GERNE HAVE HAFT LOV AT VENDE

Det samme billede går igen på Fyn. Her skulle fysioterapeuterne allerede den 1. juni aflevere deres ønsker til, i hvilket regi de gerne vil arbejde i fremtiden sammen med en beskrivelse af den enkeltes faglige kompetencer. ▶



Annette Laier arbejder med ortopædkirurgisk genoptræning og bliver derfor ikke overrasket, hvis hun er en af dem, der får en ny, kommunal arbejdsgiver.

► Tillidsrepræsentant Kirsten Thoke fra Odense Universitetshospital fortæller, at fysioterapeuterne uden held prøvede at få udskudt processen.

”Vi ville gerne have haft lov til at vente med at ønske, indtil snitfladerne mellem almen og specialiseret genoptræning er fastlagt. Der er ikke nogen, der har noget principielt imod at komme ud at arbejde i en kommune, men der er ikke noget

konkret at ønske sig ud til. Så folk tænker, at de jo ved, hvad de har, men ikke hvad de får. Jeg har ikke hørt om en eneste fysioterapeut, der har ønsket sig ud i en kommune, og så går tingene jo ikke op, så jeg frygter, at det giver en grim proces, når der skal navne på”.

Den ambulante aktivitet i fysioterapien på Odense Universitetshospital fylder en tredjedel af den samlede aktivitet, men antallet af fysioterapeuter, der skal flyttes, er på Fyn såvel som i alle andre amter meget afhængigt af, hvor snitfladen lægges mellem almen og specialiseret genoptræning.

TERAPEUTER BLIVER PÅ SYGEHUSET

I Århus lader det til, at man helt undgår at skulle flytte terapeuter fra sygehusene.

Amtssundhedsdirektør Leif Vestergaard forklarer, at man her opererer med et tal mellem 8 og 30 terapeuter ud af en samlet terapeutnormering på 280 på amtets sygehuse.

”Vi har ikke meget ambulante genoptræning, så vi ender på 30 stillinger, hvis vi tæller al ambulante aktivitet med. Men der er en del ambulante aktivitet, hvor kommunerne bør tænke sig om en ekstra gang, før de siger ja til opgaven, for eksempel genoptræningen af børn efter klumpfodsoperation. Hvis vi trækker den slags specialiserede genoptræningsopgaver fra sammen med den del af den ambulante aktivitet, der i virkeligheden er behandling og ikke genoptræning, for eksempel bækkenløsning, så når vi helt ned på 8 stillinger”.

Uanset, om der bliver tale om 8 eller 30 fysioterapeuter, er vurderingen i amtet, at tallet er så lille, at man vil søge at undgå at flytte nogen overhovedet, forklarer Leif Vestergaard. I stedet for at aflevere terapeuter til kommunerne, vil man give kommunerne en pose penge, som de så kan købe ydelser for i en overgangsperiode. I samme periode, 1-2 år, forventer man at kunne afvikle det pågældende antal stillinger på sygehusene ved naturlig afgang.

”Det er i hvert fald den ledelsesmæssige indstilling i amtet, som vi er enige med de kommunale repræsentanter på administrativt niveau om. Men der bliver også en politisk proces i kommunerne, ligesom det skal

afklares, om terapeuterne har *ret* til at blive flyttet med opgaverne”, tilføjer han.

Ifølge Leif Vestergaard har også andre amter vist interesse for Århus-modellen: ”Vores model har givet anledning til positive refleksioner andre steder, hvor man har spurgt sig selv, om dette mon ikke er den rigtige måde at håndtere det her på”, siger Leif Vestergaard uden dog at ville ind på, hvilke amter der er tale om.

NORDJYSKE SPEKULATIONER

Annette Laier har de seneste ni år beskæftiget sig med skulderpatienter på Aalborg Sygehus. Da noget af det, der står først for at skulle flyttes ud fra sygehusene, er den ortopædkirurgiske genoptræning, bliver hun ikke overrasket, hvis der til nytår står Annette Laier på listen over medarbejdere, der skal skifte arbejdsplads.

”Men det er ikke noget, jeg ser frem til. Når jeg eventuelt får besked om at skulle flytte, vil jeg stadig ikke vide noget om hvorhen, og heller ikke om jeg kommer til at arbejde alene eller sammen med andre fysioterapeuter. Det, synes jeg, er frustrerende at tænke på”, siger Annette Laier.

”Jeg synes jo, jeg har et godt arbejde på sygehuset, hvor vi trækker meget på hinandens kompetencer og har mulighed for at udvikle os fagligt”.

Annette Laier vil dog ikke afvise, at et job i kommunen kunne være attraktivt: ”Jo, hvis man lige lavede et center til genoptræning, hvor man var mange fysioterapeuter sammen og havde gode faciliteter med plads til selvtræning og så oven i købet slip for weekendvagterne på sygehuset, så kan det da blive endnu mere et drømmejob, end det jeg har nu”, erkender hun.

Annette Laier lider af epilepsi og er derfor også optaget af, hvor meget transporttid hun skal bruge mellem hjemmet og arbejdspladsen. ”Vi har købt hus efter, hvordan det ligger i forhold til sygehuset, men derfor skifter jeg jo ikke lige fagområde blot for at være sikker på at kunne blive på sygehuset”.

Annette Laier gør derfor som de fleste af de fysioterapeuter, der er i spil landet over: venter og ser. ”Men jeg spekulerer da på, om jeg burde være i gang med at læse stillingsannoncer i stedet for”. ■

fakta om...

At kommunerne overtager genoptræningsforpligtelsen er ikke ensbetydende med, at genoptræningen nødvendigvis skal foregå på en kommunal institution eller udføres af kommunalt ansatte terapeuter. Kommunen kan vælge at indgå aftale med det lokale sygehus, med andre kommuner, med praktiserende fysioterapeuter eller med private institutioner.

Hvad sker der med min løn og ansættelsesvilkår?



AF FORHANDLINGSKONSULENT HANNE AASTED

Der er mange spørgsmål, der trænger sig på for offentligt ansatte fysioterapeuter. Vi har her samlet en række af de mest hyppigt stillede spørgsmål og svar.

SKAL JEG SKIFTE ARBEJDSGIVER?

Loven bag kommunalreformen siger, at medarbejderne følger opgaven. Så det vil afhænge af, om du i dag arbejder med opgaver, der skal flyttes.

Nogle steder vil det være hele arbejdspladsen og den samlede medarbejdergruppe, der flyttes for eksempel fra amt til kommune. Det vil typisk være en række amtslige institutioner.

Andre steder vil det være en del af opgaverne, og dermed et udsnit af medarbejdergruppen. Typisk opgaver fra sygehusene til kommunerne.

Endelig kan det være, din arbejdsgiver skifter navn, fordi din kommune bliver sammenlagt med en eller flere kommuner.

HVORDAN BESLUTTES DET, OM JEG SKAL SKIFTE ARBEJDSGIVER?

De overordnede kriterier for, hvilke opgaver, der skal ligge i staten, amterne/regionerne og kommunerne er allerede besluttet af Folketinget før sommerferien. Den mere konkrete fordeling sker ved lokale drøftelser.

Hvis din nuværende arbejdsgiver skal afgive opgaver til en anden del af den offentlige sektor, skal din arbejdsgiver inden den 1. januar 2006 lave et aftaleudkast, der beskriver, hvilke opgaver der skal flyttes, og hvilke medarbejdere og øvrige ressourcer der flyttes med.

Skal jeg skifte arbejdsgiver, når kommunen overtager ansvaret for genoptræningen? Kommer jeg til at gå ned i løn, hvis jeg flytter arbejdssted? Og kan jeg sige nej til at flytte fra et sygehus til en kommune?

CAVALIER

*Gangcykler / gangstole
mobilitetshjælpemidler
til leg, helse og idræt*



Se hele produktprogrammet på www.petrabike.com



Tel: +45 4819 5064

Fax: +45 4819 5066

mail@petrabike.com

www.petrabike.com

- Den afgivende arbejdsgiver og den modtagende arbejdsgiver skal inden den 1. april 2006 blive enige om, hvordan opgaver og medarbejdere skal fordeles.

Hvis de ikke kan blive enige om fordelingen, overdrages beslutningen til et såkaldt delingsråd, der inden 15. juni 2006 træffer den endelige beslutning.

HAR JEG INDFLYDELSE PÅ ARBEJDSSTED?

Hvis din arbejdsplads skal afgive opgaver til en anden arbejdsgiver får du mulighed for at ønske, hvor du helst vil arbejde.

Det vil de fleste steder ske ved, at medarbejderne skal udarbejde CV og angive eventuelle ønsker for fremtidig placering. Materialet vil indgå, når din nuværende arbejdsgiver skal lave forslaget til fordeling af medarbejdere til den modtagende arbejdsgiver.

Det kan naturligvis være svært at ønske, hvor du helst vil arbejde, hvis du ikke konkret ved, hvad flytningen indebærer.

Danske Fysioterapeuter foreslår, at du overvejer, hvad der er vigtigst for dig:

Er det at arbejde med de opgaver, du har i dag, uanset

hvor de eventuelt flyttes hen, eller er det vigtigst for dig at blive på den arbejdsplads, hvor du arbejder i dag.

Inden din nuværende arbejdsgiver sender forslaget til den modtagende arbejdsgiver, skal du orienteres, hvis du er blandt de medarbejdere, der foreslås overflyttet. Du har mulighed for at komme med en udtalelse om den del af forslaget, der omhandler dig selv.

Danske Fysioterapeuter opfordrer til, at der på arbejdspladsen lægges størst mulig vægt på frivillighed, og at fordelingen af medarbejdere sker ud fra et samlet hensyn, både til dem, der skal flyttes og dem, der skal blive tilbage. Foreningen opfordrer også til størst mulig dialog og åbenhed på arbejdspladsen i forhold til de kriterier, der ligger til grund for en udvælgelse af personale. I sidste ende er det dog ledelsen, der udpeger de konkrete medarbejdere, der foreslås overflyttet.

HVORNÅR FÅR JEG NOGET AT VIDE OM, HVAD DER SKAL SKE MED MIN STILLING?

Du vil blive orienteret "hurtigst muligt" af din arbejdsgiver, men processen kan foregå lidt forskelligt rundt omkring i landet. Der er dog tre tidspunkter, der ligger fast:

Senest 1. januar 2006 skal din nuværende arbejdsgiver lave et udkast vedrørende, hvilke opgaver og medarbejdere der skal flyttes.

Senest 1. april 2006 skal den afgivende og den modtagende arbejdsgiver søge at nå til enighed.

Senest 15. juni 2006 skal delingsrådet træffe den endelige beslutning om fordelingen, hvis ikke de lokale parter er blevet enige inden da.

Så du vil inden årsskiftet have en klar pejling af, om du er blandt de medarbejdere, der skal flyttes eller ej.

Du vil allersenenest inden sommerferien næste år vide det med sikkerhed.

KAN JEG SIGE NEJ TIL AT BLIVE FLYTTET?

Når der er truffet en endelig beslutning om fordeling af opgaver og medarbejdere, vil du blive formelt varslet, hvis beslutningen betyder væsentlige stillingsændringer for dig. Varslets længde vil minimum svare til dit opsigelsesvarsel.

Det vil i praksis sige, at du opsiges fra din gamle stilling og tilbydes genansættelse i en ny stilling. Du har mulighed for partshøring - altså at gøre personlig indsigelse mod den del af beslutningen, der omhandler dig.

Hvis beslutningen opretholdes og du ikke ønsker at tiltræde en stilling på de nye vilkår, så er du opsagt, når din varsel udløber.

Danske Fysioterapeuter vil automatisk modtage en orientering fra din arbejdsgiver, hvis du varsles væsentlige stillingsændringer.

ROHDÉ PRODUITS



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

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

HVORDAN ER MINE LØN- OG ANSÆTTELSESVILKÅR SIKRET?

Hvis du som følge af kommunalreformen skal skifte arbejdsgiver, er du sikret dine løn og ansættelsesvilkår dels af virksomhedsoverdragelsesloven dels af overenskomsten. Virksomhedsoverdragelsesloven sikrer dig, at du beholder dine løn og ansættelsesvilkår resten af overenskomstperioden, altså til 31. marts 2008.

Sundhedskartellet har endvidere aftalt en yderligere løngaranti i forbindelse med OK05:

Såfremt der for en medarbejder gennemføres en væsentlig stillingsændring som følge af kommunalreformen, kan eventuel ændring af lønnen ske med gældende varsel, dog tidligst fra 1. april 2008 og således, at lønnen kan aftrappes forholdsmæssigt til det nye niveau over tre år fra denne dato.

Såfremt en medarbejder i øvrigt ved overenskomstens udløb oppebærer højere løn end lønnen for den pågældende stilling, og lønnen af kommunen/regionen ønskes tilpasset til lønniveauet for medarbejdere inden for den pågældendes stillingskategori, kan lønnen med gældende varsel fastfryses, indtil medarbejderens løn svarer til lønnen for den pågældende stilling. Der er ikke noget til hinder for, at der lokalt aftales bedre betingelser.

HVAD HVIS JEG FLYTTES TIL ET STED MED EN BEDRE AFLØNNING END MIN NUVÆRENDE?

Selvom Sundhedskartellet's lønmodel der træder i kraft for fysioterapeuter 1. april 2006 som led i OK05 reducerer forskellene mellem overenskomsterne en del, så vil der fortsat være enkelte forskelle.

Det kan derfor godt betyde, at du flyttes til et område, der er omfattet af en lidt bedre aflønning, end den overenskomst du kommer fra.

Der kan også hos den nye arbejdsgiver være lokalt aftalte tillæg, som du ikke tidligere har været omfattet af.

Under alle omstændigheder vil du blive omfattet af den nye arbejdsgivers overenskomst pr. 1. april 2008. I perioden frem til den dato, er det endnu uafklaret, om den nye arbejdsgiver ud fra lighedsbetragtninger ligefrem er forpligtiget til at give en bedre aflønning end den garanterede løn fra det tidligere sted.

Det er dog heller ikke særligt hensigtsmæssigt for den nye arbejdsgiver at have flere overenskomster og aflønninger på det samme sted for samme arbejde, så det er Danske Fysioterapeuters formodning, at de kommunale arbejdsgivere mange steder vil flytte nye medarbejdere over på samme overenskomst og aftaler som de allerede ansatte. ▶

artiklen fortsætter på side 26

Manu 3D

3D er en ny generation håndledsortoser. Pasformen er forbedret og funktionen bibeholdt, samtidig med, at der er blevet færre velcrolukninger.

Ortoserne er syet i et moderne materiale, der transporterer fugt væk og holder huden tør. Runde former og bløde kantbånd giver en behagelig komfort.



4103
Manu 3D Kort



4142
Manu 3D



4143
Manu 3D
Basis



4145
Manu 3D
Stabil



4146
Manu 3D
Pollex

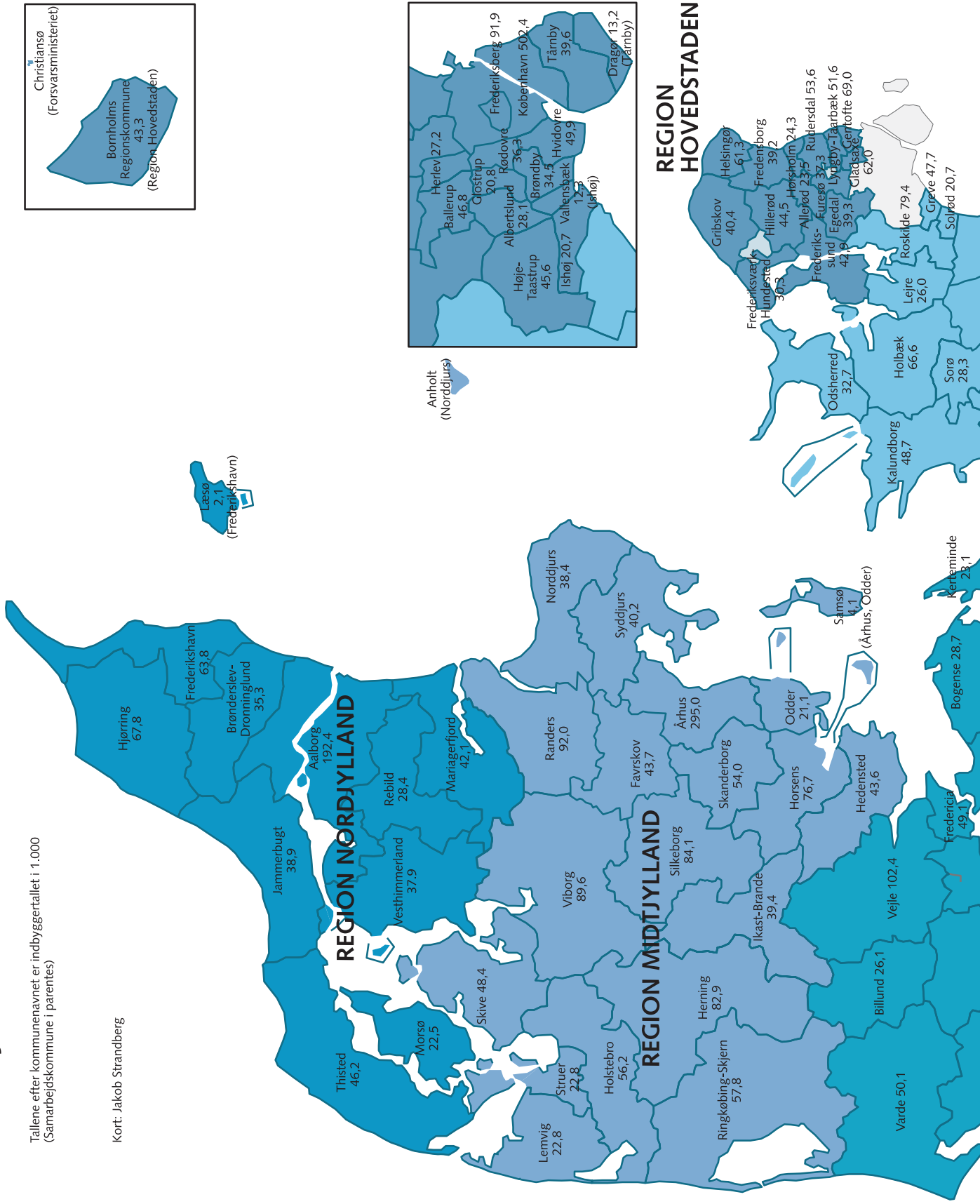
Otto Bock Danmark

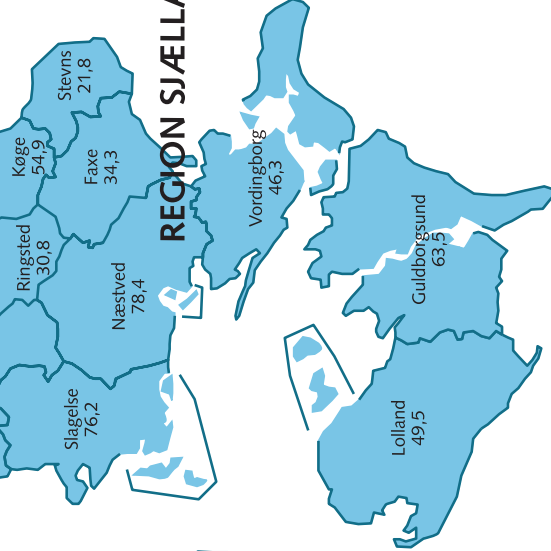
Tel 49 22 42 11 • Fax 49 22 23 99
www.rehband.com

Det nye kommunale danmarkskort, Fysioterapeuten september 2005

Tallene efter kommunenavnet er indbyggertallet i 1.000
(Samarbejdskommune i parentes)

Kort: Jakob Strandberg





De nye kommuner (med fed skrift) er sammenlagt af følgende gamle kommuner (med almindelig skrift)

Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Faxe: Haslev, Rønnede, Fakse	Faxe: Haslev, Rønnede, Fakse	Vejle: Give, Jelling, Egtved, Børkop, Vejle	Skanderborg: Galten, Ry, Hørning, Skanderborg
Guldborgsund: Saksøbing, Nysted, Nykøbing Falster, Nr. Alslev, Sydfalster, Stubbekebing	Guldborgsund: Saksøbing, Nysted, Nykøbing Falster, Nr. Alslev, Sydfalster, Stubbekebing	Ærø: Marstal, Ærøskøping	Skive: Sundsø, Spøttrup, Sallingssund, Skive
Holbæk: Tølløse, Tornved, Holbæk, Jernløse, Svinninge	Holbæk: Tølløse, Tornved, Holbæk, Jernløse, Svinninge	Aabenraa: Tinglev, Rødekro, Lundtoft, Bov, Aabenraa	Struer: Thyholm, Struer
Kalundborg: Hvidebæk, Gørlev, Kalundborg, Bjergsted, Høng	Kalundborg: Hvidebæk, Gørlev, Kalundborg, Bjergsted, Høng	Haderslev: Gram, Vojens, Haderslev	Syddjurs: Rosenholm, Rønde, Midtdjurs, Ebeltoft
Køge: Skovbo, Køge	Køge: Skovbo, Køge	Kerteminde: Munkebo, Langesev, Kerterminde	Viborg: Møldrup, Fiends, Karup, Tjele, Bjerringbro, Viborg
Lejre: Bramsnæs, Lejre, Hvalsø	Lejre: Bramsnæs, Lejre, Hvalsø	Kolding: Christiansfeld, Vamdrup, Lunderskov, Kolding	Århus
Lolland: Ravnsgård, Naksø, Høleby, Maribo, Højreby, Rødby, Rudbjerg	Lolland: Ravnsgård, Naksø, Høleby, Maribo, Højreby, Rødby, Rudbjerg	Langeland: Tranekær, Rudkøbing, Sydlangeland	Brønderslev-Dronninglund: Brønderslev, Dronninglund
Næstved: Fuglebjerg, Holmegård, Suså, Næstved	Næstved: Fuglebjerg, Holmegård, Suså, Næstved	Middelfart: Ejby, Nr. Aaby, Middelfart	Frederikshavn: Skagen, Sæby, Frederikshavn
Odsherred: Nykøbing-Rønne, Trundholm, Dragsholm	Odsherred: Nykøbing-Rønne, Trundholm, Dragsholm	Nyborg: Ullerlev, Ørbæk, Nyborg	Hjørring: Hirtshals, Sindal, Løkken-Vrå, Hjørring
Ringsted: Ramsø, Gundsø, Roskilde	Ringsted: Ramsø, Gundsø, Roskilde	Ikast-Brande: Nørre Snede, Ikast, Brande	Jammerbugt: Pandrup, Brovst, Fjerritslev, Aabybro
Slagelse: Skælskør, Hashøj, Korsør, Slagelse	Slagelse: Skælskør, Hashøj, Korsør, Slagelse	Lemvig: Thyborøn-Harboøre, Lemvig	Læsø
Solrød: Dianalund, Stenlille, Sorø	Solrød: Dianalund, Stenlille, Sorø	Norddjurs: Sønderhald, Rougsø, Grenaa, Nr. Djurs	Mariagerfjord: Hadsund, Arden, Mariager, Hobro
Sorø: Vallø, Stevns	Sorø: Vallø, Stevns	Odder: Nørhald, Sønderhald, Purhus, Langå, Mariager, Randers	Morsø
Vordingborg: Langebæk, Præstø, Møn, Vordingborg	Vordingborg: Langebæk, Præstø, Møn, Vordingborg	Ringkøbing-Skjern: Videbæk, Egvad, Holmsland, Skjern, Ringkøbing	Rebild: Støvring, Skørping, Nørager
Region Hovedstaden	Region Hovedstaden	Varde: Blåvandshuk, Helle, Ølgod, Blåbjerg, Varde	Thisted: Syddith, Hanstholm, Thisted
Albertslund	Albertslund	Vejen: Holsted, Rødding, Brørup, Vejen	Vestthimleland: Løgstør, Aars, Farsø, Aalestrup
Allerød	Allerød	Billund: Grindsted, Billund	Aalborg: Hals, Nibe, Sejflod, Aalborg
Ballerup	Ballerup		
Bornholm	Bornholm		
Brøndby	Brøndby		

fortsat fra side 23

► **KAN JEG MISTE MIT JOB SOM FØLGE AF KOMMUNALREFORMEN?**

Du kan ikke afskediges som direkte følge af en virksomhedsoverdragelse fra en arbejdsgiver til en anden. Det vil i givet fald være arbejdsgiveren, der så skal kunne bevise, at afskedigelsen ikke har sammenhæng med virksomhedsoverdragelsen.

Der er endvidere lavet en fælleserklæring mellem de (amts)kommunale arbejdsgivere og Sundhedskartellet om, at kommunalreformen skal gennemføres på en måde, der skaber størst mulig tryghed blandt de ansatte. Men en egentlig jobgaranti er der ikke på det (amts)kommunale område. Det er dog ikke Danske Fysioterapeuters opfattelse at den samlede mængde af opgaver til fysioterapeuter bliver mindre som følge af kommunalreformen.

KAN JEG RISIKERE AT FÅ LÆNGERE TIL ARBEJDE?

For langt de fleste sker der ingen ændringer af tjenestested, men muligheden er der både ved kommunesammenlægninger og ved flytning af opgaver. Der er ingen konkrete retningslinier eller lovgivning for, hvor meget længere transporttid, eller hvor mange ekstra kilometer du skal kunne tåle. Der er dog en tendens til, at man ved lovbestemte samfundsændringer skal kunne tåle lidt større ændringer end under normale forhold.

SKAL JEG HAVE NYT ANSÆTTelsesBEVIS?

Kommunalreform eller ej. Dit ansættelsesbevis skal altid afspejle de faktiske forhold. Hvis kommunalreformen betyder ændringer for dig, for eksempel i form af tjenestested, arbejdsgiver eller overenskomst, så skal du have et nyt ansættelsesbevis.

HVAD SKER DER MED FORHÅNDS-AFTALERNE, NÅR VORES KOMMUNE SAMMENLÆGGES MED EN ANDEN?

Kommunernes Landsforening og Sundhedskartellet, herunder Danske Fysioterapeuter, opfordrer til, at skal der ske tilpasninger af de lokale forhåndsaftaler om løntillæg, når to eller flere kommuner lægges sammen, så sker det ved, at kommunen indkalder organisationens lokale parter til en genforhandling, uden at de eksisterende forhåndsaftaler opsiges. Det er således intentionen, at de lokale parter skal drøfte, hvad der kan være en fremadrettet fællesnævner for aftalerne.

HVOR KAN JEG LÆSE MERE?

Du kan finde alle relevante love og aftaler om løn og ansættelsesvilkår i forbindelse med kommunalreformen på Danske Fysioterapeuters hjemmeside www.fysio.dk ■



GØR DIN INDFLYDELSE GÆLDENDE!

De gamle kredse i Danske Fysioterapeuter afløses af regioner. På generalforsamlingen i din region kan du få indflydelse på, hvem der skal sidde i de nye regionsbestyrelser og hvad de skal beskæftige sig med. Måske ønsker du selv at stille op?

Regionerne holder generalforsamlinger på følgende datoer:

REGION HOVEDSTADEN:

Lørdag d. 17. september kl. 10.30 – 16 på Rigshospitalet, København, auditorium 1 og 2. OBS: Ny tilmeldingsfrist 12. september kl. 12.

REGION SJÆLLAND:

Torsdag d. 15. september kl. 18.30 – 21 på kredskontoret, Valbyvej 65, Slagelse. OBS: Ny tilmeldingsfrist 12. september

REGION SYD:

Torsdag d. 29. september kl. 17.30 – 21.30, International Business College, Skamlingsvej 32, Kolding. Tilmeldingsfrist: 22. september.

REGION NORDJYLLAND:

Onsdag d. 28. september kl. 18 – 22 på kredskontoret, Sofiendalsvej 3, Aalborg. Tilmeldingsfrist: 22. september.

REGION MIDTJYLLAND:

Mandag d. 26. september kl. 17.30 - 21 i Medborgerhuset, sal B, Søvej 3, Silkeborg. Tilmeldingsfrist: 12. september.

Se nærmere vedrørende program og tilmelding i Fysioterapeuten nr. 13

DET STÅR DER I AVISEN

om fysioterapi og fysioterapeuter

(ERGONOMI) Der har været talt og skrevet meget om, hvordan overvægtige patienter i stigende grad belaster sundhedsarbejders fysiske arbejdsmiljø. Men ifølge en undersøgelse fra Branche- arbejdsmiljørådet Social & Sundhed er også sundhedsarbejdernes egen overvægt en trussel mod arbejdsmiljøet. Overvægtige sundhedsarbejdere kan ikke komme tæt nok på borgere og patienter til at få de rigtige arbejdsstillinger, og det koster dyrt i sygedage og erstatninger ved rygskeer. Antallet af skader stiger, for mange medarbejdere er i for dårlig form til at klare tunge løft. Desuden har de svært ved at komme rundt i snævre badeværelser. I *Fyens Stiftstidende* forklarer fysioterapeut *Charlotte Fleischer*, underviser på CVSU-Fyn og formand for de fynske fysioterapeuter, ligeud hvad problemet er: "Armene rækker ikke, hvis man selv har en stor tyk mave, og så bliver belastningen mangedoblet. Overvægtige er meget sårbare, fordi de arbejder i dårlige stillinger".

(FLAMMEHAV) Heldigvis havde fysioterapeutstuderende *Ann Bøgelund* ikke nogen problemer med at komme omkring, da hun resolut slæbte en ældre kvinde ud af et brændende rum på plejehjemmet Kongsbjergghjemmet i



Lunderskov. *Ann Bøgelund* fortæller til *Jydske Vestkysten*, hvordan hun midt under redningsaktionen kom til at tænke på, hvad Arbejdstilsynet ville sige til hendes arbejdsstilling: "Men så tænkte jeg: Hvis jeg skal have skældud for det her, så må vi tage det bagefter". *Ann Bøgelund* har netop modtaget Foreningen af Kommunale Beredskabscheferes årlige hædersbevisning sammen med en check på 10.000 kroner. I øvrigt fortæller *Jydske Vestkysten*, at *Ann Bøgelund* er mor til Lunderskovborger nummer 5500.

(KUGLEREGN) I Munkebo har udspillet sig endnu et drama med fysioterapeuter i fremtrædende roller. *Vejle Amts Folkeblad* fortæller, hvordan et projektil pludselig bragede igennem et vindue il en fysioterapiklinik og derefter borede sig ind i dørkarmen, heldigvis uden at ramme nogen. En overgang frygtede politiet, at skuddet var affyret bevidst for at ramme klinikken, men den frygt kunne manes i jorden efter en kort efterforskning. En kvinde har forklaret, at hun var på besøg hos en bekendt og lånte hans salonriffel for at skyde til måls efter et fuglehus i haven. Begge sigtes nu for i grov kådhed at have bragt andre mennesker liv og færlighed i fare. Ifølge landbetjent *John Yde* var kvinden påvirket af spiritus, da hun affyrede riflen.

(DRØMMEJOB 1) En anderledes fredsommelig stemning er der i det interview, *Weekendavisen* bringer med to unge mænd om deres drømme og håb. Den ene, *Daniel* læser til fysioterapeut, men kun for at have noget at falde tilbage på, når han bliver gammel, fortæller han til avisen: "Om to et halvt år er jeg færdig, og så vil jeg uddanne mig til Falckredder. Der gør man virkelig en forskel. Det er et drømmejob. Okay, det er surt, hvis det bare er sygetransporter hele tiden eller folk, der dør".

(DRØMMEJOB 2) Nogle vil nok mene, at det også må være et drømmejob at være prins eller prinsesse. Men trivialiteter som barselsorlov og travlhed kan også ramme denne faggruppe. På Center for Videregående Sundhedsuddannelser *CVSU-Fyn* vil man gerne have kronprinsparret til at kaste glans over indvielsen af stedet, der allerede er taget i brug af blandt andre fysioterapeutstuderende. Parret vil da også gerne komme, men ikke før den 21. april næste år, og indvielsen er derfor udskudt, skriver *Fyens Stiftstidende*.

(MOTION) I Århus amt har det kostet 500.000 kroner at finde ud af, hvordan man ikke får inaktive til at motionere. De 500.000 kroner var afsat til projektet "Motion på opfordring", som skulle få 500 inaktive til at dyrke motion, men kun syv kom i gang. Alligevel mener projektkoordinator *Brian Krogh Lassen* ikke, at pengene er spildt. "Det er ikke kun succesfulde projekter, der giver gode erfaringer, og 500.000 kr. kan godt synes af mange penge, når du ser det få antal borgere, der er gået i gang. Omvendt så er det en meget lille del i forhold til sygehus- og sundhedsudgifterne", siger han til *Jyllands Posten*.

(IDRÆT) Lettere er det, når man har at gøre med folk, der dyrker idræt simpelthen fordi de har lyst. Det er der mange, der gør i Esbjerg, der derfor har genbesat stillingen som kommunal idrætskoordinator – denne gang med fysioterapeut mm. *Henrik Sørensen*, skriver *Jydske Vestkysten*. *Henrik Sørensen* har selv en fortid som badminton på eliteniveau, en af hans fremtidige opgaver bliver at følge idrætten generelt. Det tror han ikke selv, at han får problemer med: "Idræt har altid fyldt meget i mit liv. En livsstil, så jeg kan næsten ikke vente med at komme i gang".

Danske Fysioterapeuters vision

HB ■ Repræsentantskabet fastlagde i oktober 2004 en vision for Danske Fysioterapeuter. Siden har politikere og ansatte arbejdet på at beskrive, hvad det er for konkrete mål, foreningen skal sætte sig, hvis visionen skal føres ud i livet. Hvilke ydelser og service skal medlemmerne tilbydes? Hvilke faglige og politiske opgaver skal prioriteres?

Det er nogle af de mange spørgsmål, som ligger beskrevet i et over 100 siders oplæg fra sekretariatets medarbejdere. På det seneste hovedbestyrelsesmøde blev oplægget diskuteret. "Det er meget spændende og meget overvældende," som hovedbestyrelsesmedlem Solveig Pedersen sagde. Nogenlunde enslydende kommentarer lød fra resten af hovedbestyrelsen. Det blev ved de overordnede kommentarer, fordi der ikke er tale om et endeligt udspil. I løbet af efteråret skal en række udvalg og fora i foreningen give deres kommentarer. Først derefter skal hovedbestyrelsen tage endelig stilling til, hvilke mål og opgaver der skal prioriteres, og hvad det skal have af konsekvenser for organiseringen af arbejdet. Og skulle man have glemt, hvad det er for vision repræsentantskabet sidste efterår lagde sig fast på, lyder den: "Danske Fysioterapeuter sætter dagsorden for hvordan befolkningen opnår mere sundhed.

Danske Fysioterapeuter er den naturlige samarbejdspartner for enhver person, institution eller virksomhed, der arbejder for sundhed. Danske Fysioterapeuter sikrer fysioterapeuter attraktive lønforhold, honorarer og arbejdsvilkår, der afspejler deres betydning for sundheden".

Hvad er genoptræning og rehabilitering?

HB ■ Begreberne genoptræning og rehabilitering bruges ofte i flæng eller som synonyme, såvel blandt sundhedsprofessionelle som når embedsmænd skal forfatte lovtekster. Derfor er der behov for at få udredt, hvad de to begreber dækker. Hovedbestyrelsen har besluttet at få afdækket, hvordan de to begreber i dag benyttes og fortolkes. Bl.a. ved at indsamle materiale og rapporter, der beskæftiger sig med genoptræning og rehabilitering samt ved at inddrage forskellige fagfolk, der beskæftiger sig med begreberne. Efterfølgende skal hovedbestyrelsen have en debat med henblik på at finde ud af, hvilke definitioner foreningen vil anbefale, bliver brugt.

Mindre kontingentstigning end beregnet

HB ■ Kontingentet til Danske Fysioterapeuter bliver løbende reguleret efter overenskomsten på det amtskommunale område. Stiger lønnen eksempelvis tre procent i løbet af et år, vil kontingentet stige med samme takt. Sådan har repræsentantskabet besluttet, at reguleringen skal foregå. Som oftest fordeler lønreguleringerne sig jævnt hen over overenskomstperioden, og dermed også reguleringen af kontingentet. Men da Sundhedskartellet i foråret indgik en ny aftale med de (amts)kommunale arbejdsgivere, valgte Danske Fysioterapeuter og de andre sundhedsfaglige organisationer i kartellet at

"spare" penge sammen for i 2006 at have råd til en helt ny lønmodel. Det betyder, at medlemmerne først for alvor får del i pengene fra overenskomsten næste år, når lønmodellen træder i kraft. Samtidig vil kontingentet stige tilsvarende. Men på det seneste hovedbestyrelsesmøde blev det besluttet at fravige den normale fremgangsmåde. Med udsigt til en samlet kontingentstigning på cirka 4,8 procent, valgte hovedbestyrelsen at suspendere en af tre planlagte reguleringer, således at kontingentet kun samlet reguleres med cirka 3,1 procent. Samtidig besluttede hovedbestyrelsen at lade repræsentantskabet i efteråret 2006 diskutere, hvordan kontingentet fremover skal reguleres.



Politisk beredskab bliver permanent

HB ■ Danske Fysioterapeuters sundhedspolitiske beredskab skal gøres permanent. Det besluttede hovedbestyrelsen på sit seneste møde. Siden januar 2004 har foreningen på projektbasis haft tilknyttet en sundhedspolitisk konsulent, der sammen med formand, næstformand og informationschefen har haft ansvaret for at give foreningen en klarere sundhedspolitisk profil på de tre fokusområder, genoptræning, sundhedscentre og træning som terapi. Beredskabets opgave har bl.a. været at styrke kontakten til politikere, myndigheder og embedsmænd, sikre samarbejdet med andre organisationer på det sundhedspolitiske område samt at markere foreningens holdninger i eksterne og interne medier. I evalueringen af beredskabets foreløbige indsats er vurderingen, at det i væsentligt omfang har løst de forventede opgaver. Eksempelvis har der været løbende kontakter til ministre og ministerier,

folketingsmedlemmer, politiske partier og organisationer. Relevant lovgivning, ikke mindst i forbindelse med kommunalreformen, er blevet behandlet og kommenteret, og antallet af artikler om og debattindlæg fra Danske Fysioterapeuter er vokset. Dog mangler der stadig flere tal og mere dokumentation, der sammen med en tættere kontakt til medier og journalister er forudsætningen for, at foreningen mere markant kan sætte sundhedspolitisk dagsorden, var vurderingen fra hovedbestyrelsen. "Vi er på rette vej. Jeg ser beredskabet som en fødselshjælper for, at hele organisationen kan agere mere politisk. Derfor er det vigtigt at få gjort beredskabet permanent," lød vurderingen fra hovedbestyrelsesmedlem Lise Hansen. Den vurdering delte resten af hovedbestyrelsen.



RCT for patienternes skyld

En kommentar til debatindlægget "Fysioterapi som social og relationel praksis" i Fysioterapeuten nr. 14

DEBATINDLÆG AF:

MARIUS HENRIKSEN, FYSIOTERAPEUT, MSC., PH.D. STUDERENDE, MEDLEM AF DET VIDENSKABELIGE REDAKTIONSPANEL FOR WWW.FFY.DK

I sidste nummer af Fysioterapeuten (nr. 14/2005) havde fysioterapeuterne Gunn Engelsrud (GE) og Nina Schriver (NS) et debatindlæg med titlen "Fysioterapi som social og relationel praksis". I indlægget ønsker GE/NS at problematisere, at fysioterapi i Norden bevæger sig mod at være baseret på evidens. Det lader til, at GE/NS er bange for at ved at vurdere effekten af fysioterapeutiske behandlinger gennem Randomiserede Kliniske Forsøg (eng: Randomised Clinical Trial, RCT) og således evidensbasere den fysioterapeutiske praksis, vil fysioterapi blive reduceret til blind brug af metoder uden skæven til hverken fysioterapeutens eller patientens velfærd eller "kompetencer og erfaringer", som det kaldes.

Men GE/NS glemmer, at RCT-undersøgelser foretages af mennesker på mennesker med alt hvad dette indebærer af relationer. Det er rigtige fysioterapeuter og rigtige patienter, der deltager i sådanne undersøgelser. Desuden indeholder et RCT-design altid en eller anden form for kontrolsituation, hvori patient-fysioterapeut relationen også kan indgå. Derved er de relationer mellem patient og fysioterapeut, som GE/NS slår på tromme for, altså en del af den/de behandlinger, der indgår i RCT-undersøgelsen. Det kan være svært at vurdere værdien af disse relationer ud fra et RCT design, men det er heller ikke det, der er interessant, så længe behandlingen (inklusive mødet mellem fysioterapeut og patient) virker og gør patienten rask.

At en behandling kaldes for evidensbaseret er ikke ensbetydende med, at effekten er vurderet på f.eks. muskel eller biomekanikniveau. Alle RCT har som kliniske effektmål/outcomes som f.eks. smerte, selvopfattet funktion, dødelighed, tilbagevenden til arbejde m.m.m. som primære effektmål. Disse effektmål er oftest støttet af såkaldte surrogatmål som f.eks.

gangdistance, muskelstyrke, kondition m.m., der oftest viser sig at korrelere med de kliniske mål (ellers er de ikke relevante), og derved kan den/de mekanisme(r), der har forårsaget effekten belyses og give grobund for yderligere udvikling og kvalitetsforøgelse af den kliniske praksis.

Men selvfølgelig er mennesker forskellige, og en given behandling kan have mere eller mindre effekt på forskellige patienter. Men det er her, fysioterapeuten kommer ind i billedet med sin uddannelse og viden om den/de metoder, der anvendes (ved at læse og forstå de videnskabelige artikler grundigt!) og modulere behandlingen efter forholdene. Derfor er disse surrogatmål, på f.eks. muskel- og biomekanikniveau, nødvendige for en yderligere udvikling af faget og er ikke en trussel mod dynamikken i den fysioterapeutiske praksis.

At GE/NS synes at denne fremgangsmåde inden for fysioterapeutisk forskning og praksis er problematisk, synes jeg er synd for patienterne, da det i sidste ende handler om dem og deres helbredelse.

debat

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

Fysioterapeuten nr. 16/2005 udkommer 23. september.

Deadline for debat: 9. september.

RCT er blot en metode og kan ikke stå alene

Tre medlemmer af Videnskabelig komite for Nordisk Fysioterapi Kongres 2005 og af bestyrelsen for Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi **svare på** Nina Schriver og Gunn Engelsen's indlæg "**Fysioterapi som social og relationel praksis**" i Fysioterapeuten nr. 14

DEBATINDLÆG AF:

METTE AADAHL, HANS LUND OG TOM PETERSEN

! Nina Schriver og Gunn Engelsen argumenterer i deres indlæg i sidste nummer af Fysioterapeuten for, at fysioterapeuter, der anvender en evidensbaseret praksis, som alene bygger på randomiserede kliniske undersøgelser (eng: randomised controlled trials, RCT), vil miste forståelsen og følelsen for den unikke kontakt, der er mellem terapeuten og patienten. Forfatterne peger på konflikten mellem de gennemsnitlige resultater, der kommer ud af RCT-forsøg og den meget komplekse, sammensatte og enestående situation i mødet mellem patient og terapeut. Ved at anerkende fysioterapi som en relationel praksis, mener forfatterne at have præsenteret et alternativ til den gennemsnitlige og begrænsede kundskab, som et RCT kan give.

Når det gælder anerkendelsen af, at fysioterapi (og dermed også alle andre faggrupper, der har kontakt med levende mennesker) som et relationelt fag, så er vi i princippet enige, idet fysioterapi beskæftiger sig med mennesker og dermed indgår i relationer med mennesker.

BEROR PÅ EN MISFORSTÅELSE

At evidensbaseret praksis og ideen om det relationelle skulle være i modstrid med hinanden må bero på en misforståelse. Hele grundlaget for arbejdet med en evidensbaseret praksis er netop at kunne koble patientens situation, terapeutens erfaringer, de konkrete rammer og det videnskabelige grundlag sammen i en højere enhed. Altså at medinddrage alle væsentlige aspekter, herunder også de relationelle, i den kliniske beslutningsproces.

Derved antages det, at fysioterapeuten får redskaber til at yde den bedste kvalitet over for patienten, både i selve mødet med patienten og i de tilbud fysioterapeuten kommer med. Vi betragter den videnskabelige proces som en nødvendig vej til at få ny og bedre kundskab, og anser det faktiske møde mellem patient og terapeut som det sted og tidspunkt, hvor bl.a. den videnskabelige kundskab skal inddrages i praksis.

Denne inddragelse af den videnskabelige kundskab skal ske samtidig med inddragelsen af patientens og fysioterapeutens præferencer, person, erfaring, situation osv. Forskellen er simpelthen, at mens forskning bidrager til, via metoder der hjælper til at fokusere, at

skabe ny viden, anvendes denne nye kundskab i mødet mellem patient og terapeut.

Det er vor opfattelse, helt på linje med Nina og Gunn, at en lang række meget forskellige faktorer spiller ind, når fysioterapeuten træffer sine kliniske beslutninger. Vi er også enige i, at disse beslutninger er bedst truffet, når det sker i et ligeværdigt samarbejde med patienten. Gro Jamtvedt og medforfattere illustrerer dette meget klart i deres lærebog om evidensbaseret praksis (1). Forfatterne viser, at patientens unikke situation, præferencer osv. skal kobles sammen med terapeutens egne erfaringer, håndværksmæssige kunnen og forståelse, de faktiske ressourcer og rammer for mødet/behandlingsforløbet og ikke mindst den videnskabelige kundskab, der findes på det, for patienten, aktuelle og relevante område.

Og med videnskabeligt grundlag mener vi kundskab opnået ved anvendelse af både humanistiske, naturvidenskabelige, samfundsvidenskabelige, teoretiske og andre metoder. Der er ingen prioritering af metoder, men derimod en understregning af, at man kritisk bør forholde sig til, hvilket spørgsmål man ønsker svar på og derfor bør vurdere, om den korrekte metode er anvendt til besvarelse af dette spørgsmål. Det ville for eksempel være helt hen i skoven, hvis man forsøger at anvende et RCT for at finde svar på, hvad der er betydningsfuldt for patienter med kronisk rygbesvær.

RCT OPLØFTES IKKE

Med andre ord kan vi helt tilslutte os netop Nina og Gunns udsagn: vi "værdsetter og giver plads til både patientens og fysioterapeutens erfaringer og kompetencer herunder også fysioterapeutens metoder og færdigheder". Vort ærinde på kurser omkring evidensbaseret praksis og ved planlægningen og afviklingen af den nordiske fysioterapikongres i juni 2005 var at give klinikerne mulighed og redskaber til at medinddrage de videnskabelige resultater i deres kliniske beslutninger. På kongressen oplevede vi i de mange forskellige parallelle sessioner og ikke mindst ved den afsluttende plenumdebat et meget udbytterigt og perspektivrigt møde mellem klinikere og forskere.

Nina og Gunn har tilsyneladende fuldstændig misforstået begrebet evidensbaseret praksis, når de siger "at RCT bliver trukket frem som det centrale forskningsdesign". Der ligger under ingen omstændigheder i evidensbaseret praksis nogen som helst speciel opløftelse af RCT som

en bedre metode end alle mulige andre videnskabelige metoder. Der er derimod en klar tilkendegivelse af, at forskellige typer af kliniske spørgsmål kræver forskellige metoder. Skulle RCT have en forrang frem for andre metoder, måtte det betyde, at spørgsmålet om hvorvidt en behandling har effekt eller ej, er et vigtigere spørgsmål, end om en diagnostisk metode er pålidelig eller ikke. Det ville være noget vrøvl, for begge dele er vigtige for at fremme kvaliteten af det fysioterapeutiske tilbud.

Lad det være sagt, så det ikke er til at misforstå: den klinisk kontrollerede undersøgelse er blot en af mange forskellige videnskabelige metoder, hver især anvendt for at give svar på mange forskellige typer af spørgsmål. Til gengæld er RCT den bedste metode til at svare på effektspørgsmål. Til dato har ingen anden metode kunnet udkonkurrere dette design til at undersøge effekten af en given intervention.

DER SKAL FORSKES I MØDET

Når dette er sagt, vil vi samtidig gerne understrege vor støtte til, at også det faktiske møde mellem patienten og terapeuten bliver genstand for intens forskning og undersøgelse. Den afsluttende plenumdebat på kongressen viste, at der kan være problemer i kontakten mellem forskningen og praksis, hvorfor det ville være særdeles givende at iværksætte undersøgelser af for eksempel dette aspekt af den kliniske beslutningstagning og proces. Andre aspekter af mødet mellem patient og terapeut vil ligeledes være særdeles relevante emner for fordybende forskningsaktivitet.

Problemet mellem praksis og forskning er imidlertid ikke kun knyttet til de naturvidenskabelige resultater. Også resultater fra humanistisk og samfundsvidenskabelig forskning kan være vanskelige umiddelbart at overføre til praksis. Implementeringsproblemet bør derfor være genstand for yderligere forskning, og meget gerne forskning, hvor relationen mellem patient og terapeut medinddrages.

REDUKTIONISME OG RELATIVISME

Ovenstående kunne give det indtryk, at der ikke er nogen væsentlig uoverensstemmelse mellem forfatterne og undertegnede. Imidlertid bunder forskellen i opfattelse måske på en meget forskellig filosofisk grundopfattelse. Erkendelsesmæssigt konkurrerer to forskellige filosofiske retninger, nemlig reduktionisme og relativisme. Mens det filosofiske grundlag for den

naturvidenskabelige aktivitet ofte karakteriseres som reduktionistisk, er den humanistiske aktivitet baseret på en langt mere relativistisk indfaldsvinkel.

Nina og Gunn udtrykker bl.a. deres relativistiske grundlag således: "Situationen i rehabiliteringsprocessen er således altid ny, ...".

Problemet er imidlertid, at mens den rene relativisme ender i det rene nonsens, da enhver situation er fuldstændig ny, og der derfor ingen mening er i at kommunikere - ordene betyder alligevel noget forskelligt for hver enkelt og i enhver ny situation, vil den rene reduktionisme ende i en fuldstændig upersonlig og meningsløs determinisme - alt er bare fysik og kemi. Vores påstand er her, at man bliver nødt til at finde en balance mellem disse ekstremer. Vi må på en gang anerkende, at der faktisk findes kundskab, som er indiskutabel, og at den reduktionistiske metode har givet os en enorm indsigt i, hvorledes verden og vi selv fungerer. Vi må anerkende, at hvert møde mellem terapeut og patient på en måde er ny, uden dog at opgave betydningen af anvendelsen af en generel og gennemsnitlig kundskab i dette møde.

Nina og Gunn giver da også udtryk for ønsket om denne balance, idet de i citatet fortsætter med at sige "...samtidig som den er en del af både fysioterapeutens og patientens historie, forventninger...". Måske udgår vor indfaldsvinkel til den fysioterapeutiske praksis fra forskellige filosofiske og videnskabsteoretiske verdner, men bag polemikken kunne der ligge et ønske om at kunne mødes et eller andet sted midt imellem. Hvis dette er tilfældet kan vi helt tilslutte os et sådant forsøg. Denne problemstilling er i øvrigt langt fra unik for fysioterapi eller sundhedsvidenskab i det hele taget. En række forfattere gør rede for disse problemstillinger og opstiller forskellige forslag til, hvorledes disse filosofiske overvejelser kan mødes, og den interesserede læser anbefales at læse videre i disse værker (2, 3, 4, 5).

REFERENCER

- Gro Jamtvedt m.fl. "Kunnskapsbasert Fysioterapi", Gyldendal Akademisk 2003
- David Favrholt "Filosofisk Codex", Gyldendal 1999
- David Favrholt "Erkendelsesteori", Syddansk Universitet 1994
- Edward O. Wilson "Consilience", Alfred E Knopf 1998
- Stephen Jay Gould "The Hedgehog, the fox and the Magisters Pox", Three Rivers Press, 2003.



Bladet bør give stemme til en anden side af fysioterapien

Tak til Gunn Engelsrud og Nina Schriver for at **påpege**, hvad der i virkeligheden er **fysioterapiens essens**

DEBATINDLÆG AF:

JENS OLESEN, FYSIOTERAPEUT, KLINISK VEJLEDER,
MASTER OF EDUCATION

Tak til Gunn Engelsrud og Nina Schriver for i sidste fagblad at påpege, hvad der i virkeligheden er fysioterapiens essens; nemlig at du selv og interaktionen mellem dig og din patient altid, også videnskabeligt, er grundlaget og fundamentet for, at naturvidenskabelig test, teknik og håndgreb; fysioterapi, sekundært potentielt måske kan opnå effekt og - måske - være evidensbaseret. Altså det faktum, at sansning og erfaring samt fornemmelser for interaktion, verbal som nonverbalt kropssprog, ikke bare altid kommer før enhver tanke, men er grundlaget herfor, og dermed også grundlaget for al vor såkaldte evidensbaserede viden. Det, som Gunn og Nina kalder den sociale og relationelle praksis er lige så vigtig både i praksis og videnskabeligt, altså dette at arbejde med at en "autentisk" relation i sig selv kan være helende - og at der faktisk er masser af hardcore videnskabelig evidens herfor inden for psykologien. Også evidens for at en u-autentisk relation, som gør patienten til en ting eller en sygdom - og som behandleren altid primært er hovedansvarlig for - kan være det modsatte; sygdomsforværende.

Tak til Gunn og Nina også for at påpege, at evidens også eksisterer inden for en social og relationel humanistisk forskningsverden. Og at denne evidens bør komplementere den naturvidenskabelige evidens i vores fag. Det er særdeles uheldigt når, som jeg oplever det, de studerende og nyuddannede i stigende grad fra skolerne uddannes på baggrund af overvejende naturvidenskabelig evidens. Både humanistisk og naturvidenskabelig evidens er tiltagende vigtige begreber i vores fag og vil vedvarende være det. Og pointen er, at ingen af de to er vigtigere end den anden. Hvis studerende på skolen ikke også i praksis og teori ikklædes sociale og relationelle praksiskompetencer, ser jeg som klinisk vejleder store problemer for vores

fag fremover. Og især store problemer for de som er i vores vold; patienterne.

Eller med andre ord; *"Naturen er en ting, en stor ting, der er sammensat af mange mindre ting. Men uanset, hvilke forskelle der er mellem ting, så har de alle et grundtræk til fælles, nemlig den kendsgerning, at de er, de har en væren. Og dette betyder ikke blot, at de eksisterer, at de er til, men også at de har en given fast struktur eller beskaffenhed.....Et andet udtryk herfor er ordet "natur". Og det er naturvidenskabens opgave at trænge gennem de skiftende fremtrædelser og frem til denne uforanderlige natur eller struktur.....i dag ved vi, at naturvidenskabernes underværker, hvor udtømmelige de principielt end er, altid må komme til kort, når det drejer sig om det menneskelige livs mærkværdige virkelighed. Hvorfor? Hvis alle ting har røbet størsteparten af deres hemmeligheder til naturvidenskabens, hvorfor holder da menneskelivet alene så standhaftigt stand? Forklaringen på dette forhold må gå helt til roden. Måske er det intet mindre end dette, at mennesket ikke er en ting, og at det er fejlagtigt at tale om den menneskelige natur, menneskelivet har ingen natur..... Menneskelivet er ikke nogen ting, har ingen natur, hvorfor vi må beslutte os for at tænke det i termer, kategorier og begreber, som må være radikalt anderledes end dem, der kaster lys over de materielle fænomener....."* Ortega y Gasset, (1941) *Toward a Philosophy of History*, side 183 – 186, University of Illinois Press, 2002. Citat på dansk fra: *Et essay om mennesket*, side 206, Ernst Cassirer, Hans Reitzels Forlag, 1999.

Filosoffen José Ortega y Gasset er noget så sjældent som en spansk eksistentialist og fænomenolog. Han udviklede en antropologi, som er meget Nietzsche og Heidegger inspireret. Ortega y Gasset mener ikke, at mennesket og dermed det enkelte menneske har



De Studerendes Prisopgave på 25.000 kr.



en natur, men at det har en historie. Og at historisk tænkning ikke kan reduceres til en naturvidenskabelig metode alene, fordi det enkelte menneskes historie ikke kun er et "fysisk" univers, men også et symbolsk og kulturelt univers. Der hvor videnskaben stopper - der stopper eksistensen og mennesket ikke. Den del af mennesket, som ikke er af naturen er vores personlighed - eller det, vi kalder selvet. Menneskets historie er for Ortega y Gasset derfor en hermeneutisk¹ disciplin. Menneskets unikke væsen består i, at mennesket er den eneste skabning, hvis væren består i, ikke kun i hvad det er og var, men især i, hvad det endnu ikke er. Alt andet i verden er, hvad det er. Mennesket er ikke en ting - men en forventning. Eksistens - og dermed sundhed - betyder for hver af os at realisere de forventninger, vi har til livet. At forsøge at magte tilværelsen. Mit liv er på godt og ondt denne opgave.

Der findes med andre ord andre forskningstraditioner og videnskabsteoretiske perspektiver end et klinisk RCT-design, som med lige så stor vægt kan producere såkaldt sikker viden eller evidens - også inden for fysioterapi - om dette eller hint. Det har både Gunn og Nina med deres egen forskning vist, og i øvrigt masser af andre dygtige forskere. Det ville klæde Danske Fysioterapeuter og vores fagblad fremover også at give plads og stemme til denne side af fysioterapien, som jo altså også er evidensbaseret. I kunne måske starte med at invitere Gunn og Nina til at være bedømmere af eventuel evidensbaseret på fremtidige indsendte humanistisk inspirerede forskningsartikler.

¹ Hermeneutik er videnskaben om fortolkningskunst. Heidegger og senere Gadamer hævder at al vor "viden" bygger på en forståelse der udbygges i artikuleringen af denne viden. Altså at al viden udlægges fortolkende; hermeneutisk.

Mere debat på næste side ►

Fysioterapeutstuderende og fysioterapeuter, der har afsluttet og bestået deres bachelorprojekt i 2004 eller 2005, opfordres til at indsende en videnskabelig artikel på baggrund af deres bachelorprojekt til Danske Fysioterapeuter.

De Studerendes Prisopgave er blevet indstiftet i år af Danske Fysioterapeuters Forskningsfond og tildeles den videnskabelige artikel, der bedømmes til at være den bedste af de indsendte artikler. Prisen på 25.000 kr. overrækkes i forbindelse med Danske Fysioterapeuters Fagfestival 23. marts 2006.

Den videnskabelige artikel skal følge de gængse krav til videnskabelige artikler, der publiceres på ffy.dk. Artiklen vil blive bedømt af et panel, der består af en repræsentant for Fysioterapiskolerne, Censorformandskabet, Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi, den videnskabelige redaktør for ffy.dk og formanden for Forskningsfondens Bestyrelse.

Alle artikler, der indgår i priskonkurrencen og vurderes egnede til publicering, vil blive publiceret på ffy.dk.

Artiklen indsendes til ffy@fysio.dk og mærkes "De Studerendes Prisopgave". Deadline er den 1. februar 2006.

Læs mere om kravene til videnskabelige artikler på ffy.dk. Klik ind på [vejledning/artikler](#). For yderligere oplysninger kontakt faglig redaktør Vibeke Pilmark på tlf. 3341 4631 eller videnskabelig redaktør Henning Langberg på tlf. 2612 7913.

De Studerendes Prisopgave på 25.000 kr.

Jeg undrer mig

Fysioterapeuter begrænses med for få ydernumre, men kiropraktorer kan frit ansætte fysioterapeuter til træning af patienter

DEBATINDLÆG AF:
PRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUT BIRTHE STAHRMER

! Det er med stor undren jeg erfarer, at kiropraktorerne frit kan ansætte fysioterapeuter og få 25 procent sygesikringstilskud til deres arbejde/træning af patienterne, når jeg samtidig gentagne gange har fået afvist ansøgning om ekstra ydernummer til klinikken.

Da jeg afgjort mener, at træning hører til på fysioterapiklinikker, såfremt der gives offentlig tilskud hertil, virker det på mig særdeles besynderligt, at en anden faggruppe ubegrænset kan ansætte fysioterapeuter til træningscentre, mens der lægges begrænsninger på vores udførelse af vort erhverv på trods af lægehenviste patienters behov.

Venteliste er nemlig ikke et argument, når man ansøger om ydernumre til fysioterapeutklinikker, og amterne tager ikke hensyn til dette ved bevilling eller afvisning af en ansøgning.

Hvad er DF's forklaring på, at man ikke foretager sig noget i denne forbindelse, samt at vi slet ikke har hørt om dette?

Jeg synes, det er meget kedeligt at skulle se skævt til visse af min egen faggruppes ansættelsesforhold, idet

jeg jo godt ved, de opstår, fordi der er for få stillinger for nyuddannede fysioterapeuter. Hvorfor favoriserer sygesikringen kiropraktorerens indtjeningsforhold og arbejdsområde frem for fysioterapiklinikernes? Er kiropraktorerne bedre til at forhandle overenskomst?

løvrigt skal dette ikke opfattes som om, jeg har noget mod kiropraktorer som sådan. Blot bryder jeg mig ikke om, at vores faggruppes arbejdsområde begrænses offentligt, mens de samme terapeuter med offentlig tilskud kan ansættes hos en arbejdsgiver uden for fagområdet.

Forinden dette læserbrev har jeg undersøgt sagen hos Århus Amts praksiskonsulenter, så der skulle være helt hold i sagen!

SVAR FRA:

FORMAND FOR DANSKE FYSIOTERAPEUTER
JOHNNY KUHR

Det er korrekt, at kiropraktorerne i deres nye overenskomst har fået indføjet muligheden for at ansætte en medhjælp til at give "teknisk bistand" under den nye ydelse "opfølgende træningsterapi". Det er dog uden sygesikringstilskud, men vi kan naturligvis ikke være tilfredse med, at det kun er kiropraktorer, der har mulighed for at ansætte praksispersonale uden ydernummer til at tage del i sygesikringsopgaver.

Det ville faktisk være mere relevant, at praktiserende fysioterapeuter har denne mulighed for at efterkomme patienternes behov for opfølgende træningsterapi. Det er ingen hemmelighed, at de fleste fysioterapeuter er pressede af ventelister, hvilket kan gøre det svært at få fulgt alle patienter helt til dørs med opfølgende træningsterapi. Derfor vil vi til næste overenskomstforhandling rejse krav om mere fleksible muligheder for at imødekomme de behov, vi bliver mødt med hos patienterne. Der skal også kunne foregå en tværfaglig behandling på fysioterapiklinikkerne for de patienter, der har behov for det - kiropraktorer skal være velkomne, når de kan supplere fysioterapeuternes kompetencer.

Men vi skal naturligvis ikke bare vente til næste forhandlingsrunde og se, hvad der sker. For det første, vil vi tage initiativ til, at vi får dokumenteret venteliste-problemet grundigt - det skal gøres ved at spørge



patienterne. For det andet, vil vi sørge for, at vi får sat problemstillingen med manglende ligebehandling af kiropraktorer og fysioterapeuter i den amtslige kapacitetsstyring på dagsordenen i samarbejdsudvalgene. Det er en opgave for de kontaktpersoner, der sidder i disse udvalg.

For det tredje vil vi være ekstra opmærksomme på de vilkår, fysioterapeuter tilbydes, når de arbejder på en kiropraktorklinik. Honorar og øvrige vilkår skal være i orden, så konkurrencen ikke skævvrides.

Man skal være klar over, at vi har en meget stor

udfordring, når det handler om at få flere ydernumre. Amterne prioriterer helt åbent en stram økonomistyring højere end patienternes behov. Som behandlere har vi dog en pligt til altid at synliggøre konsekvenserne af den hårde økonomistyring.

Til gengæld er det værd at notere sig, at vi har de politiske vinde med os, når det handler om større fleksibilitet og tværfaglighed. Vi kan hjælpe mange patienter mere effektivt ved at tilknytte andre fagligheder til klinikken. Det skal vi udnytte, når næste overenskomst skal forhandles.

Forsinket timing men ikke atrofi af transversus abdominis

Kommentar til Flemming Enochs **indlæg** i Fysioterapeuten nr. 14/05

DEBATINDLÆG AF:

THOMAS BANDHOLM, CAND- SCIENT., FYSIOTERAPEUT

I Kære Flemming. Tak for din respons. Jeg vil vove at stille mig tvivlende over for et par udsagn i dit seneste debatindlæg, hvilket udelukkende skal ses som oplæg til yderligere diskussion om og refleksion over klinisk praksis.

Du skriver, at LBP-patienter har en forsinket timing af transversus abdominis (TrA). Den køber jeg (Hodges og Richardson, 1998). At der i forbindelse med denne dysfunktion skulle forekomme specifik muskelatrofi (reduceret anatomisk tværsnit af multifidus) allerede efter 24 timer, har jeg svært ved at forestille mig, og jeg har ikke kunnet finde data på det. Atrofi kræver en fjernelse af de aminosyrer, der udgør de kontraktile proteiner i de respektive muskelfibre. Det kan lige så lidt lade sig gøre, som det kan lade sig gøre at inkorporere disse aminosyrer i de kontraktile proteiner og derved opnå hypertrofi af en given muskel på 24 timer. Hvis du finder data, der modstrider ovenstående, trækker jeg mine ord i mig igen og er således blot blevet klogere.

Om man kan palpere sig til en bestemmelse af, om multifidus har segmentær atrofi, vil jeg ligeledes stille mig tvivlende overfor alene ud fra anatomiske betragtninger. Jeg mener, det må være forbundet med en del usikkerhed at skulle palpere efter en fordybning (atrofi) i et segment af multifidus gennem trapezius/latissimus dorsi og erector spinae? Det kunne i princippet let afgøres, om en rutineret manuel terapeut evner dette: En

palpation af multifidus hos LBP patienter, hvor udfald er atrofi eller ej imod en ultralydsscanning (UL) af det anatomiske tværsnit. Det kræver selvfølgelig, at musklen kan identificeres på UL, og at der kendes normalværdier for anatomiske multifidus tværsnit, så det ved UL kan bestemmes, om der er atrofi eller ej.

I forhold til mit første indlæg, må jeg hellere krybe til korset og erkende, at det ser ud til, at UL-bestemt aktivering af TrA korrelerer med EMG-bestemt TrA-aktivitet. LBP patienter har tilsyneladende en mindre forøgelse af muskeltykkelsen (ændring ift. 0 aktivitet) under en isometrisk benøvelse, hvilket korrelerer med nedsat TrA EMG aktivitet (Ferreira et al., 2004). Det giver jo en non-invasiv mulighed for prospektivt at vurdere, om diverse rygregimer kan normalisere TrA muskelaktiviteten hos patienter med LBP.

REFERENCER:

- Ferreira PH, Ferreira ML, Hodges PW. Changes in recruitment of the abdominal muscles in people with low back pain: ultrasound measurement of muscle activity. *Spine*. 2004 Nov 15;29(22):2560-6.
- Hodges PW, Richardson CA. Delayed postural contraction of transversus abdominis in low back pain associated with movement of the lower limb. *J Spinal Disord*. 1998 Feb;11(1):46-56.



NYHED - få din egen Thera-Band® shop på ½ m²

Bliv forhandler af Thera-Band® produkter og giv dine kunder/patienter en kortere vej til træningsredskaber.



- Store træningsbolde
- Træningselastikker
- Vægtbolde
- FlexBar
- Håndtrænere
- StabilTrænere
- Balancebrædt
- Stave
- TræningsDVD
- Træningsvejledninger

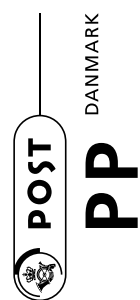
32 sider



Download **NYT**
Thera-Band katalog
på www.procare.dk

PROcare
A DAILY PART OF LIVING

Kontakt PROcare for nærmere information
på tel 4362 6243 eller display@procare.dk



Maskinel Magasinpost
ID NR. 42137

Afsender:
Postbox 7777
7000 Fredericia

Retureres ved varig adresseændring til:
Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90,
1358 København K., tlf.: 33 41 46 20