

Nr. 16/september/2005
87. årgang



Information, tak

En tredjedel af fysioterapeuternes tillidsrepræsentanter efterlyser mere information om kommunalreformen. Side 22

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Forsker: 3 timers kursus i forflytning er nok

En kort instruktion er lige så effektiv som en langvarig, siger forskningsleder Jan Hartvigsen fra Syddansk Universitet

Artikler

Forflytningskurser gør ingen forskel

Forsker rokker ved den etablerede visdom: Langvarig undervisning i forflytningsteknik forebygger ikke lænderygbesvær.

4

Lang rejse mod tåget mål



I arbejdet med kommunalreformen er mange ukendte faktorer, og kommunerne er først nu ved at opdage, hvor stor opgaven bliver.

14

Opgør med myterne

Kommunale terapeuter er også specialister. I hvert fald i Kolding, lyder det fra to fysioterapeuter, der ser frem til nye opgaver og nye kolleger, når kommunalreformen træder i kraft.

18

Hver tredje TR mangler information

En stor del af fysioterapeuternes tillidsrepræsentanter føler sig ikke ordentligt informeret om ændringerne i forbindelse med kommunalreformen.

22

Fokus på Cochrane reviews

Fysioterapeuten præsenterer den første af en serie oversigtsartikler fra Cochrane biblioteket.

26

Ny fysio.dk



Læs om ændringerne og alt det, der er blevet lettere.

32

60 år med egen klinik

Fysioterapeut ■ Emanuel Andreasen fejrer den 1. oktober 2005 sit 60 års jubilæum som praktiserende fysioterapeut.

Emanuel Andreasen og hans hustru, fysioterapeut Olga Andreasen, overtog 1. oktober 1945 klinikken i Ringsted. Klinikken var fra 1951 til 1978 kombineret med byens kommunale badeanstalt. Siden er klinikens fysiske rammer blevet reduceret, men Emanuel Andreasen er stadig aktiv og står selv for alle patientbehandlinger - dog kun på halv tid.

Klinikken rummer den dag i dag både lyskasse og kulbuelys, der stadig er i brug.

Emanuel Andreasen, der er 87 år, tager selv et dagligt besøg i lyskassen efterfulgt af et koldt brusebad. Og noget kunne tyde på, at sundhed har været på dagsordenen også i hjemmet, idet Emanuel Andreasens tre børn er henholdsvis overlæge, tandlæge og praktiserende læge.



Det faste

Litteratur	21
Fysnyt	25
Presseklip	31
Debat	34
Kalender	35
Uddannelse	37
Job	40



FORSIDE:
JOACHIM RODE

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

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
jjs@fysio.dk
Sundhedspolitisk konsulent
Ann Sofie Orth
aso@fysio.dk

Webredaktør:
Martin Goldbach Olsen
e-mail: mgo@fysio.dk

Forretnings-, uddannelses-
og stillingsannoncer:
Panorama Media a/s
70 10 35 33
www.panoramamedia.dk
info@panoramamedia.dk

Kontrolleret oplag 9.383
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2003 - 30. juni
2004
86. årgang.

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

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

ISSN 1601-1465

Ydersystemet til debat

Vi har i Danmark et sygesikringssystem, hvor amterne styrer og begrænser kapaciteten. Det vil i praksis sige antallet af fysioterapeuter/klinikker, der får tildelt et ydernummer og dermed retten til at praktisere fysioterapi med sygesikringstilskud. Når der endelig nytildes ydernumre, sker det ud fra geografiske kriterier og oftest til eksisterende klinikker, som får lov at udvide. Det sker for ikke at starte nye enmandsklinikker op, hvor den faglige udvikling kan have det svært. Der er imidlertid flere ting, der sætter dette system under pres.

For det første er der et større behandlingsbehov, end der er kapacitet til. Det betyder, at praktiserende arbejder mange timer, at ydernumre deles mellem to eller flere fysioterapeuter, og at ydernumre er i meget høj kurs. Da amterne i højere grad tænker på økonomien end behandlingsbehovet, fører det til ventelister flere steder. Det giver ikke nogen særlig god valgfrihed for patienterne.

For det andet oplever vi et stadig større skel mellem "insiderne" og "outsiderne" i systemet. Unge fysioterapeuter, der drømmer om at blive praktiserende, har meget vanskelige betingelser. Flere falder for fristelsen til at købe for dyrt, hvorefter arbejdsbyrden bliver for tung. Arbejdsmiljøet og den faglige kvalitet bliver uundgåeligt tabere i det spil.

Er der patienter nok, bliver man som "insider" måske lidt for tilfreds med tingenes tilstand og udvikler sig ikke i tilstrækkelig grad. Er man "outsider", er det svært at være vidne til, at nye ydernumre som oftest tildeles eksisterende klinikker. Hvor bliver muligheden for at konkurrere af? Og for at vise den faglighed, man står for?

I sidste ende kan det være fysioterapeuters gode image, der står på spil. Vi skal have et system, der til alle tider tjener patienterne bedst. Jeg tror, tiden er inde til at se på, hvordan vi kan rette de ovennævnte systemfejl, før skaden er sket.

Derfor inviterer jeg alle til en fordomsfri debat om ydernummersystemet. Hvordan sikrer vi, at det bliver et tilvalg af kvalitet for patienterne frem for et fravalg af venteliste? Skal Danske Fysioterapeuter fortsat tage et ansvar for økonomien i systemet, eller skal vi holde os til at være den faglige garant for kvalitet? Hvordan sikrer vi, at unge fysioterapeuter får lov til at vise, hvad de dur til i praksissektoren - og at insiderne ikke falder for "tilfredshedens" fristelse?

Skal ydernumre tildeles ud fra kvalitetsmål? Og skal ydernumre kunne indtages, hvis man ikke lever op til målene? Jeg vil ikke lægge mig fast på en bestemt løsning, før debatten har kastet mere lys over muligheder og konsekvenser. En ting vil jeg dog sige: det nuværende system bliver mere og mere uholdbart, jo længere tid der går.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Forflytningskurser gør ingen forsk

Forsker rokker ved den etablerede visdom: Langvarig undervisning i forflytningsteknik forebygger ikke lænderygbesvær

AF JOURNALIST KLAUS LARSEN
FOTO JOACHIM RODE

Lænderygproblemer hos plejepersonale er et betydeligt problem. Allerede for 40 år siden slog det engelske lægetidsskrift *The Lancet* alarm i en leder, der krævede mere forskning i sygeplejerskernes daglige arbejde og udbredelse af kendskab til løftemetoder.

Siden har talrige undersøgelser og rapporter beskæftiget sig med problemet. Internationale konferencer er

holdt, hundreder af projekter gennemført og uddannelsesprogrammer samt kurser i løfte- og forflytningsteknik – som regel korte forløb – er blevet almindelige i sundheds- og plejesektoren.

Forskellige skoler er opstået med hver sine metoder, men fælles for dem er, at plejepersonalet under alle omstændigheder skal undervises i løft eller forflytning.

I modsætning til løft af den passive patient handler forflytning om at benytte teknikker og hjælpemidler, som f.eks. et glidelagen, der udnytter fysikkens love og

så vidt muligt lader patienten udnytte sine egne ressourcer og arbejde med. Denne teknik anses for mere skånsom for både patienter og plejepersonale

FORFLYTNING MINDSKER TRYK

I Danmark er forflytning den helt dominerende skole. Således kunne man i 2001 her i bladet læse: »Forflytning (frem for løft af patienterne, red.) betaler sig... En undersøgelse fra Arbejdsmiljøinstituttet (AMI) viser, at belastningen på lænderyggen kan reduceres markant ved at benytte forflytningsteknik frem for løfteteknik« (nr. 17, 2001).

Artiklen, af arbejdsfysiolog Anne Faber Hansen og forskningsleder Bente Schibye, var baseret på en undersøgelse på Hillerød Sygehus og involverede ni kvinder, som i det daglige arbejdede med forflytning af rigtige patienter i modsætning til tidligere undersøgelser med raske frivillige eller dukker.

De ni forsøgspersoner havde ikke tidligere fået systematisk undervisning i forflytningsteknikker, men fik nu et halvt års intensivt kursus. Målinger under arbejdet før og efter indlæring af de nye teknikker viste, at den nye teknik gav mindre mekanisk belastning af hvirvelsøjlen, og at faldet var mest markant ved de processer, hvor belastningen var størst inden kurset.

Undersøgelsen konkluderede, at rygbelastningen tilsyneladende optimeres ved at bruge de anbefalede teknikker sammen med enkle hjælpemidler.

»Mange tidligere undersøgelser (...) har ikke givet overbevisende resultater med hensyn til reduktion i rygbesvær«, skriver forfatterne, som bl.a. søger forklaringen herpå i, at de ansatte måske ikke har lært teknikken eller haft tid til at indarbejde den i det daglige arbejde.

»I kommende interventionsundersøgelser er det derfor vigtigt at have en grundig beskrivelse af undervisningsforløbet, at registrere om de ansatte lærer den nye teknik, og om de anvender den i det daglige arbejde. Først når alt dette er kortlagt, giver det mening at undersøge, om interventionen har haft succes i form af nedsat besvær«, skrev de to forfattere. De anbefalede derfor at oprette flere kurser i forflytningsteknik, og at kurserne blev tilrettelagt, så kursisterne får mulighed for at indarbejde rutinerne i deres daglige arbejde.

Året efter beskrev fysioterapeut Maiken Böcher (*Fysioterapeuten* nr. 13, 2002) det undervisningsforløb, som de ni forsøgspersoner med hende som instruktør havde gennemgået – 24 lektioner – og de vigtigste forskelle i metoderne før og efter forløbet.

Maiken Böcher underbyggede AMI-forskernes konklusioner, idet hun forklarede, at der i forbindelse med undervisningen også var blevet målt på hende selv »for at se, om øvelse ud over de 24 lektioner kunne ses på belastningerne på lænderyggen«. Og det kunne det: Ved samtlige forflytningssituationer havde den erfarne instruktør lavere kompressionsværdier end ▶

indgang

Flere danske forskere har i de senere år beskæftiget sig med forflytning. Fokus i studierne har været forskelligt. Arbejdsmiljøinstituttet har set på den mekaniske belastning af lænderyg og pludselige hændelser, mens en ny undersøgelse har set på effekten af korte og længere forflytningskuser på lænderygbesvær.

kel



En kort instruktion i forflytning er tilstrækkeligt, mener kiropraktor Jan Hartvigsen, der også stiller spørgsmålstegn ved, om undervisning i forflytning overhovedet er løsningen, hvis der skal forebygges lænderygbesvær.

KURSUSUDBYDER: MANGELFULD UNDERSØGELSE

Per Halvor Lunde, norsk fysioterapeut med uddannelser i psykologi og pædagogik, har i mange år udbudt kurser i forflytningsteknik. I de seneste syv år har han arbejdet på Arbejdsforskningsinstituttet i Oslo. Hans kurser finder jævnligt sted i Danmark, hvor mange danske fysioterapeuter har deltaget.

"En flot og på alle måder forbillig undersøgelse", siger han efter læsning. "Det spændende spørgsmål bliver: Hvad bruger man resultatet til?"

Et andet spørgsmål kunne være: Hvis der ikke er evidens for, at langvarig undervisning i forflytning har nogen effekt, hvad skal man så gøre? Det berører jo i høj grad din virksomhed?

"I højeste grad, hvis man lagde denne ene undersøgelse til grund. Men der er en væsentlig ting, som den udmærkede undersøgelse ikke tager med: Hvilket miljø kommer folk tilbage til? Er man glad for, at jeg kommer tilbage med noget alternativt? Eller hedder det: Sådan gør man ikke hos os? Kulturens påvirkning af ens adfærd er enormt stærk, og det siger undersøgelsen intet om. Som alle andre gode undersøgelser har den et snævert fokus".

Ja, den fokuserer på det, som kan måles og påvises...

"Ja, og derfor er der brug for andre vurderinger. Vi ved f.eks., at hvis kulturen ikke er modtagelig for ændring, bliver der ingen ændring".

"Jeg læser ikke undersøgelsen sådan, at vi skal holde op med at forflytte patienter. Jeg ser den som et godt bidrag til diskussionerne omkring, hvorledes man skal få forbedringer. Og jeg tror ikke, at løsningen ligger i at indføre kortere kurser. For det ville jo underkende, at øvelse gør mester. Og den tolkning ville være en falliterklæring".

Undersøgelsen afviser vel ikke, at øvelse gør mester. Øvelsen gør bare ikke den store forskel mht. lænderygsbesvær?

"Nej, og derfor bør man måske stille andre spørgsmål til, hvad man så skal gøre for at reducere belastningerne, som jo er enormt store. Så spørgsmålet er, om enkle tiltag vil løse problemerne, eller man må gøre større tiltag", siger Per Halvor Lunde.

► forsøgspersonerne, og i øvrigt brugt mindre tid på at udføre dem. Rutinen gjorde udslaget.

...MEN FOREBYGGER IKKE SMERTER

Den brede konsensus om forflytningskursernes værdi er nu blevet grundigt forstyrret af kiropraktor, ph.d. Jan Hartvigsen, Syddansk Universitet, der i majnummeret af Occupational and Environmental Medicine (OEM, 2005; 62: 13-17) er førsteforfatter på en artikel med overskriften (i oversættelse): "Intensiv træning kombineret med lavteknologisk ergonomisk intervention forebygger ikke lænderygsmerter hos sygeplejersker".

Jan Hartvigsen er forskningsleder ved Nordisk Institut for Kiropraktik og lektor ved Syddansk Universitet i Odense. Siden 1999 har han sammen med professor dr. med. Torsten Lauritzen, overlæge Svend Lings og sygeplejersker ved hjemmeplejen i Rønne undersøgt effekten af intensiv undervisning og enkle hjælpemidler på lænderygsbesvær hos 345 hjemmesygeplejersker og sundhedsassistenter i fire danske kommuner.

Kort fortalt inddelte forskerne forsøgspersonerne i to randomiserede grupper. Den ene gennemgik et omfattende uddannelsesprogram, mens den anden nøjedes med et tre timers instruktionsmøde.

I to år mødtes den første gruppe ugentligt i mindre hold på 8-12 personer med en instruktør for at lære om løfteteknik, forflytning, og brug af ergonomiske hjælpemidler som f. eks. glidelagen. En psykolog "indoktrinerede" dem ved fire lejligheder for at få budskabet til at fæstne sig og for at fremme deltagernes kropsbevidsthed.

Efter forløbet havde ingen af de to grupper flere eller færre dage med rygproblemer. Begge grupper erklærede, at undervisningen havde hjulpet dem.

"VI ER IKKE DE ENESTE"

Hartvigsen og hans medforfattere tager dog samme forbehold som Anne Faber Hansen og Bente Schibye i AMI-rapporten: Resultaterne kan skyldes, at uddannelsen ikke var optimalt planlagt, fremtiden kræver mere forskning i, hvilken type uddannelse, der kræves osv. Men tilbage står, at uddannelse i forflytning af patienter – kortvarig eller lang og intensiv – måske ikke er løsningen.

"Vi er jo ikke de eneste, der er nået til dette resultat", siger Jan Hartvigsen.

"I 2000 blev der publiceret en systematisk litteraturgennemgang (1), der nåede samme resultat. Forfatterne, som i øvrigt var fysioterapeuter, fandt evidens for, at uddannelse alene ikke virker. Så vi står ikke alene med det".

Betyder det, at alle de undervisningsaktiviteter, der findes på området, er spild af tid og penge? Kan man lige så godt lade være? ►



Målrettet smertelindring

Påfør cremen direkte på smerteområdet

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

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

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

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



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

FORFLYTNING KONTRA LØFT

Bente Schibye og Anne Faber fra Arbejdsmiljøinstituttet publicerede i 2001 artiklen "Forflytning betaler sig" (Fysioterapeuten nr. 1 2001). I artiklen refereres en undersøgelse foretaget på Hillerød Sygehus. Ni kvinder, der dagligt arbejdede med forflytning var inkluderet i undersøgelsen. Målet med undersøgelse var at måle belastningerne, der opstår under forflytning af en rigtig patient. Som led i undersøgelsen modtog de inkluderede systematisk undervisning i forflytningsteknik. Deltagerne fik i gennemsnit 26 timers undervisning – indtil de beherskede teknikken. Principperne i teknikken tog udgangspunkt i patientens naturlige bevægemønstre og inddrog patientens ressourcer. Der blev anvendt træk, skub og rullebevægelser frem for løft. Resultatet af undervisningen var, at den mekaniske rygbelastning hos forsøgspersonerne blev reduceret.

Hansen AF, Schibye B. Forflytning betaler sig. Fysioterapeuten 2001;83(17):14-19.

PLUDSELIGE UVENTEDE BELASTNINGER

En undersøgelse fra Arbejdsmiljøinstituttet fra 2004 viser, at judokæmpere, hurtigt kan opbygge det intraabdominale tryk, hvilket sandsynligvis har betydning for stabiliseringen af rygsøjlen. For at få mere at vide om, hvorvidt man kan træne sig selv til at reagere hensigtsmæssigt på pludselige belastninger af ryggen udførte Arbejdsmiljøinstituttet en serie standardiserede "rygulykker" på elite judokæmpere, som er vant til at blive udsat for store, pludselige og asymmetriske belastninger.

Judokæmperne er særligt trænet til at reagere optimalt på pludselige belastninger, når ryggen er flekteret og roteret, og har alligevel ikke høj hyppighed af rygbesvær. Judokæmperne agerede sygehjælpere, som skulle hjælpe en patient i forskellige situationer. Patienten faldt ind imellem, og judokæmperen skulle holde fast i patienten og forhindre faldet.

Resultaterne viste, at der opstod meget store lænderygkompressioner, når der var pludselige hændelser i forbindelse med personhåndteringen.

Studiet gav ny viden om, hvor hurtigt det intraabdominale tryk/ bugtrykket (IAP) kan bygges op hos specialtrænede personer. Den hurtige opbygning betyder, at IAP sandsynligvis kan spille en stor rolle i stabiliseringen af rygsøjlen, når den udsættes for en pludselig belastning.

Essendrop M, Hansen AF. Judokæmpere bidrager til ny viden om personhåndtering. Fysioterapeuten 2004;86(3):10-14.

► "Det, vi har påvist, er, at en ganske kort instruktion er lige så god som en meget langvarig og intensiv. Den lange instruktion giver ikke bedre resultater, men vi har ikke haft mulighed for at sammenligne med overhovedet ingen instruktion. Vores kontrolgruppe fik tre timers instruktion og en lille folder. Og det er tilsyneladende lige så godt, som hvis man løbende giver en intensiv uddannelse, overvågning, *reinforcement*, og jeg ved ikke hvad. Den korte version er nok".

Jan Hartvigsen har dog et forbehold, som gælder sammenligneligheden af de undersøgelser, som findes. Den undersøgelse, han er med til at publicere, er foretaget i hjemmeplejen, mens f.eks. Hillerød-undersøgelsen blev gennemført på et sygehus.

"Men vi har med stor sikkerhed vist, at kurserne ingen effekt har. Og siden undersøgelsen fra 2000 er der kommet 4-5 andre, foruden vores, som viser det samme. Jeg kender ikke detaljerne fra undersøgelsen i Hillerød. Men de står ret alene med deres resultater".

ENDNU EN MYTE?

Jan Hartvigsen stod for et par år siden bag en undersøgelse, der aflivede myten om, at stillesiddende arbejde var årsag til lænderygmerter. "Jeg tror, vi er i færd med at aflive endnu en myte", siger han nu. "Vi har ikke lige så sikre resultater som dengang, men det er tæt på".

Hillerød-undersøgelsen viste, at man med forflytningsteknikkerne opnåede en lavere mekanisk belastning af rygsøjlen. Det må vel også betyde færre skader?

"Rygsøjletrykmålinger kan være meget interessante, men hvad trykmålinger i rygsøjlen har at gøre med den kliniske virkelighed, aner vi ikke en pind om. Det er sandsynligt, at det giver lige så stor trykpåvirkning i ryggen at sidde på toiletet, som at løfte en patient".

Jan Hartvigsen mener, at der er brug for mere forskning. De hidtidige undersøgelser er meget uensartede: Det, som kaldes intensiv undervisning i én undersøgelse, er ikke det samme som i en anden.

"Det er vigtigt, at man internationalt bliver enige om nogle definitioner af, hvad det er, man måler på, og hvordan man underviser folk", siger Jan Hartvigsen.

"Man har ikke dømt al uddannelse i løfteteknik ude. Men det er vel fair at sige, at man ikke har fundet De vises Sten. Der er ingen teknik, som i gentagne undersøgelser har vist sig at forebygge lænderygmerter. Dermed er ikke sagt, at den ikke findes. Men den er ikke videnskabeligt påvist – og kan man ikke det, må vi acceptere, at det nok ikke er så vigtigt. Sådan er det at praktisere i et moderne sundhedssystem".

KURSERNE ER MANGELFULDE

Anne Faber Hansen roser Jan Hartvigsens undersøgelse, der – tilsyneladende – trækker tæppet væk under troen ►

PAK OP - for alle tiders tilbud

Spar op til 25% ved køb af en Small, Medium, Large eller Easy Access pakke af HUR træningsudstyr. HUR har et lækkert design og en høj brugervenlighed. Der anvendes luftmodstand, som giver en behagelig og effektiv træning



PAKKE SMALL

Startpakken til det lille motionscenter med plads til et helkrops-program. Her får du: Legpress, Push up/Pull down, Twist, Lat pull, Standing Hyper Extension, Abdominal Isolator samt kompressor.

Totalpris før kr. 135.335,-

Kr. 115.035,-

**SPAR
15%**

PAKKE MEDIUM

Pakken til det mellemstore motionscenter med plads til lidt variation i øvelserne. Her får du: Legpress, Leg Extension/Curl, Push up/Pull down, Chestpress, Twist, Abdomen/Back, Lat Pull, Standing Hyper Extension, Abdominal Isolator samt kompressor.

Totalpris før kr. 224.435,-

Kr. 179.548,-

**SPAR
20%**

PAKKE LARGE

Til det store motionscenter med masser af plads, som ønsker at tilbyde sine brugere en rig variation af øvelser. Her får du: Legpress, Leg Extension/Curl, Body Extension, Abduction/Adduction, Push Up/Pull Down, Chestpress, Optimal Rhomb, Peck Deck, Biceps/Triceps, Twist, Abdomen/ Back, Lat Pull, Standing Hyper Extension, Abdominal Isolator samt kompressor.

Totalpris før kr. 369.575,-

Kr. 277.181,-

**SPAR
25%**

EASY ACCESS

Til motionscentret som ønsker at indrette sig med handicapvenligt træningsudstyr til kørestolsbrugere. Her får du: Push Up/Pull Down, Triceps Press, Chest Press, Lat Pull og kompressor.

Totalpris før kr. 142.180,-

Kr. 113.744,-

**SPAR
20%**

Alle priser er ekskl. moms. Tilbuddet gælder indtil 15. november 2005. Også mulighed for leasing.

For yderligere information og bestilling kontakt:
Konsulent Øst: Helle Balsby 40574377
Konsulent Vest/Fyn: Thomas Olsen 40574371

 **KEBO CARE**

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

- ▶ på, at langvarige kurser i forflytningsteknik hjælper. Hovedproblemet i undersøgelsen er dog ifølge Anne Faber, at der ikke er nogen registrering af, hvorvidt de ansatte ændrer personhåndtering i dagligdagen.

Hun peger endvidere på, at Hartvigsens måleparameter er interventionens resultat i form af rapporteret lænderygbesvær, mens parameteret for hendes egen og Bente Schiby's undersøgelse var den mekaniske rygbelastning.

Hun har også det forbehold, at hverken hendes og Bente Schiby's eller Jan Hartvigsens undersøgelse tog højde for uforudsete hændelser – f.eks. en patient,

der pludselig snubler eller falder – som alle plejeansatte kommer ud for i det daglige arbejde. Og det er måske i virkeligheden også dér, man skal sætte ind, siger hun.

”Det er ikke belastningerne hen over en dag, som er hovedproblemet i plejesektoren. Det er stadig rigtigt, at lænderygbesvær er korreleret til belastninger i lænderyggen, men plejepersonalet er langt fra at nå op på grænseværdien, der normalt er 10.000 kg. I det daglige arbejde kommer plejepersonale sjældent op over 2-3000 kg om dagen”.

»Det er måske de uforudsete hændelser, der er problemet”, siger Anne Faber Hansen. ”Derfor synes jeg ikke, tæppet er revet væk under den hidtidige forskning. Hartvigsen viser noget af det samme, som andre har vist: At almindelige træningsprogrammer, uanset, hvor gode, de er, ikke er gode nok. Det er også nødvendigt at kunne reagere på de uforudsete hændelser, som man uvilkårligt kommer ud for, når man arbejder med levende mennesker”.

KAMPTRÆNING

Anne Faber Hansen mener ikke, at de mange dyre kurser er overflødige. ”De forflytningskurser, man har i dag, ser ud til at være utilstrækkelige. Man bør nok overveje at indtænke noget parathedstræning, der ligner de almindelige, daglige situationer”.

Anne Faber Hansen henviser til et forsøg, som sidste år blev udført på Arbejdsmiljøinstituttet, hvor elitetrænede judokæmpere på et uventet tidspunkt skulle gribe en mand på 75 kg, der pludselig lod sig falde. Ved forsøgene formåede de judotrænede at udvikle et tryk i bughulen så hurtigt, at det sandsynligvis medvirkede til at afstive ryggen og forebygge skader.

”Der er endnu ikke vist en direkte sammenhæng mellem rygs-kader og de pludselige belastninger. Men vi kan anbefale, at man indtænker bug- og rygstyrketræning og indfører reaktionstræning i forflytningskurserne”, siger Anne Faber Hansen.

Hvis du kun skal forholde dig til Jan Hartvigsens hovedkonklusion, at korte kurser og lange kurser kan komme ud på ét – er du så enig?

”Det er jo stadig sådan, at vi har målt på noget forskelligt. Han har målt på lænderygbesvær, mens vi målte på belastning. Det lange interventionsprogram, vi lavede i form af et langt kursus sammen med Maiken Böcher, kunne godt lære deltagerne de teknikker, som mindsker belastningerne. Så meget kan vi sige. Men vi kan ikke gå skridtet videre og sige, at det også medfører mindre lænderygbesvær. Det har vi ikke fundet – og det har vi heller ikke undersøgt. Så det korte svar er: Vi ved ikke, om det hjælper på lænderygbesvær”.

Kan den parathedstræning, der måske mangler i kurserne, opnås i et kortere undervisningsforløb?

SAMMENLIGNING AF KURSER

Kiropraktor Jan Hartvigsens har undersøgt, hvilken betydning henholdsvis et langt undervisningsforløb i forflytning kombineret med ergonomisk intervention har på forekomst af lænde-besvær - sammenlignet med et kort forløb hos plejepersonale i fire danske kommuner. 345 sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter var inkluderet i studiet. Forsøgspersonerne blev inddelt i små grupper på 8-12 med hver deres instruktør. Instruktøren var en sygeplejerske eller en SOSU-assistent, der havde lært forflytningsteknik af en fysioterapeut. I forflytningen blev der taget udgangspunkt i Bobath principper som:

- Løft patienten så lidt som muligt. Hjælp til – tag ikke over.
- Når du skal hjælpe: bevæg om muligt en del af kroppen ad gangen.
- Undgå løft, brug fantasien, forflytningsteknikker eller glidelagen.

Ud over forflytningsteknik blev de inkluderede undervist i brugen af hjælpemidler. Den ene gruppe forsøgspersoner fik undervisning en gang om ugen i to år suppleret med fire to timers sessioner med en psykolog, der skulle støtte processen. Kontrolgruppen modtog tre timers introduktion til forflytning, men fik ingen undervisning i brug af hjælpemidler. Der blev ikke fundet signifikant forskel i de to interventionsgrupper, hvad angår forekomst af lænderygbesvær. Forsøgspersonerne i begge grupper mener undervisningen har været nyttig.

Occupational and Environmental Medicine (OEM), 2005; 62: 13-17

”Skal man ændre på reaktionsmønstre, er det ikke nok at få en kort introduktion. De skal indarbejdes, så det er en refleks at reagere rigtigt på en patient, der falder. Det skal trænes over lang tid, med en høj kvalitet af undervisning, fejlretning og opfølgning”, siger Anne Faber Hansen.

Hun peger på et såkaldt systematic review – en gennemgang af over 2700 videnskabelige artikler – om emnet af den fremtrædende britiske fysioterapeut og ergonom, dr. Sue Hignett, der selv har drevet omfattende forskning i forebyggelse af rygskeer hos sundhedspersonale (2).

Hignett konkluderer bl.a., at ”der er stærk evidens for, at interventioner, der overvejende baserer sig på træning af teknikker, ikke har nogen effekt på arbejdsrutiner eller antallet af skader. Multifaktorielle interventioner, baseret på et program for risikovurdering, har størst sandsynlighed for succes mht. at reducere risikofaktorer i forbindelse med patienthåndtering”.

Hignett udpeger de syv hyppigst anvendte strategier og foreslår at bruge dem som grundlag for et basalt interventionsprogram, hvor lokale risikofaktorer inddrages.

”Det understøtter i hvert fald den konklusion, at man ikke udelukkende kan forlade sig på kurser i forflytningsteknikker”, siger Anne Faber Hansen.

REFERENCER

1. Australian Journal of Physiotherapy, Vol. 46, Nr. 4 (December 2000). Maher CG: A systematic review of workplace interventions to prevent low back pain. Austr. Journ. Phys. Vol. 46, p. 259-269).
2. S. Hignett: Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review. Occupational and Environmental Medicine, Sep. 2003; 60: 6. ■



Forflytningskampagne

En handlingsplan fra 1995 om at flytte fokus fra personløft til forflytning har resulteret i færre arbejdsskader. En ny kampagne vil sætte skånsom forflytning på dagsordenen

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

I 1995 besluttede Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed at iværksætte kampagnen ”Handlingsplan om personløft”. Denne handlingsplan har ifølge Branchearbejdsmiljørådet været med til at flytte fokus på fra personløft til forflytning. I tidsrummet 1999-2004 er antallet af arbejdsskader i forbindelse med personløft og forflytning blevet reduceret med 26 procent (Kilde: Anmeldte arbejdsulykker 1999-2004, Arbejdstilsynet 2005).

Med en ny kampagne, der sættes i gang i september måned, vil Branchearbejdsmiljørådet på ny bringe fokus på forflytning. Målgruppe for kampagnen er ledere, medlemmer af sikkerhedsorganisationen og menigt personale, der arbejder med forflytning.

Selvom der er færre arbejdsskader og nedslidnings-skader nu end for 10 år siden, er pleje- og omsorgsarbejdet stadig præget af mange arbejdsskader fortæller

Marianne Storm fra Branchearbejdsmiljørådet i en pressemeddelelse.

OMSORG ER SAMARBEJDE

Et af hovedbudskaberne i kampagnen er, at plejepersonale skal prioritere dialog og samarbejde i forbindelse med forflytning. At samarbejde er en vigtig del af omsorgen fremgår af kampagnematerialet. I pjecer, foldere og plakater gives gode råd og vejledning om, hvordan den skånsomme forflytning kan blive en del af arbejdspladsen. Kampagnen retter sig ikke kun mod fagpersonale men også mod den brede befolkning. Den enkelte borger opfordres til at tage pænt imod plejepersonalet, når de dukker op i hjemmene.

Man kan læse mere om kampagnen og få mere information om forflytningsteknikkerne ved at klikke ind på www.forflyt.dk ■

indgang

■ Branchearbejdsmiljørådets handlingsplan om personløft fra 1995 har været en succes. Men selvom antallet er arbejdsskader som følge af løft og forflytning er faldet, er der stadig behov for at sætte fokus på området.

Patienter med Dercums sygdom

Dercums sygdom er sjælden, og patienterne er ofte fejldiagnosticerede. Massage og øvelser forværrer sygdommen, som fysioterapeuter derfor bør kende

AF FYSIOTERAPEUT BIRTE CARSTENSEN
FOTO WILLEM DE BOER

Få patienter med "Dercums Sygdom" diagnosticeres. Flere bliver misforstået og dermed mistolket, for der er jo ikke noget at se - "de er bare tykke", og nogle har fået etiketten "psykisk syg" eller fibromyalgi. Sygdommen, der også kaldes lipomatosis dolorosa, adiposis dolorosa blev i 1888 beskrevet af den amerikanske neurolog og psykiater Francis Dercum, der var professor og præsident Wilsons livlæge.

Dercums sygdom er klassificeret af WHO med nummeret (efter ICD-10) E88.2. Det er en typisk kvindesygdom (20:1). Den debuterer oftest i alderen 20-35 år, men kan også opstå senere. Den er således ingen "klimakteriesygdom". Den er arvelig fra mormor eller mor til datter, og den kommer snigende i starten med smerter ved anstrengelser, senere kommer der hvilesmerter og vægtøgning.

Ved Dercums sygdom kan vægtøgningen være 20-30

kg i løbet af det første år. Det adipøse væv sidder bag på overarmene indersiden af lårene og knæene, lårenes ydersider, såkaldte "ridebukselår" samt over abdomen. Der er palpationsømt på disse områder, og da der også vil være knoglesmerter bl.a. i fødder og underben og lår, vil det medføre smerter ved gang.

Det er umuligt at tabe i vægt ved at gå på diæt. Fedtsugning kan have en vis effekt på fedtdepoterne, og det tryk, de yder på det omliggende væv, men knoglesmerterne vil persistere efter indgrebet. Fedtcellerne er større end hos andre overvægtige. Mikroskopi af fedtvævet viser inflammatoriske celler rundt om karrene. Fedtcellernes varmeproduktion er (målt med mikrokalorimeter) også højere end hos "normale" overvægtige.

Patienter med Dercums sygdom har ofte feber på grund af inflammationer, og sænkingsreaktionen kan være mellem 20 og 50.

indgang

■ Dercums sygdom er arvelig og er en typisk kvindesygdom. Den kommer snigende med smerter og voldsom vægtøgning.



Patienter med dercums sygdom tager på i vægt og kan ikke tabe sig ved at gå på diæt.

fejldiagnosticeres

Smerten beskrives som meget intensiv, brændende og svidende, ofte beskriver patienten den, som om de var blevet skoldet, eller som de går på glasskår. Smerter er oftest symmetriske. Smertestillende medicin har meget ringe eller ingen effekt på smerterne. Hvis der skal behandles til smertefrihed, vil det være nødvendigt at anvende et morfinlignende medikament. Smertedæmpning med Paracetamol forstærket med Dolooxene, Dexofen eller Nobligan kan være en mulighed, men virker langt fra altid.

Der kan opstå Mb. Sjögren-lignende symptomer med tørhed i mund og øjne. Fysisk aktivitet giver ingen bedring, men derimod oftest forværring.

Sygdommen er progredierende, og patienten må ofte pensioneres.

FORVEKSLES MED FIBROMYALGI

Dercums sygdom kan forveksles med fibromyalgi. Men patienter med fibromyalgi er ofte inden for normal vægtområde, deres smerter sidder i muskelbugen og i senetilhæftningerne, og diagnosticeringen sker ved tryk på de angivne triggerpunkter fordelt over kroppen.

Gigtpatienterne har også mange og udbredte smerteområder, men her hjælper almindelig smertestillende medicin oftest, og denne patientgruppe lindres også af varme, massage og øvelser.

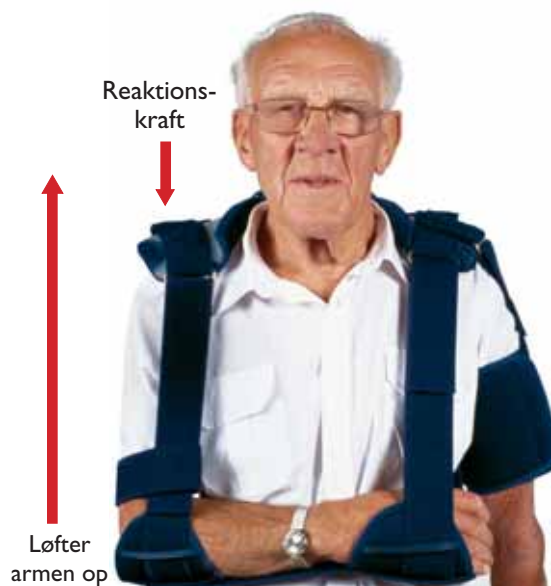
Desværre er patienter med Mb. Dercum ofte blevet mistolkede og fejldiagnosticerede. Da de allerfleste patienter med Dercums sygdom bliver dårligere af øvelser og massage, er det vigtigt, at fysioterapeuter kender lidt til denne sjældne sygdom. Måske går der flere udiagnosticerede rundt, end vi tror! ■

fakta om...

Flere informationer

Center for små handicapgrupper har kort beskrevet Dercums sygdom på hjemmesiden www.csh.dk. Der findes meget lidt litteratur på dansk om sygdommen. Den svenske forening Dercum gruppen har på deres hjemmeside oplysninger om sygdommen. Klik ind på <http://hem.passagen.se/dercum>

CAMP®



Ny ortose

ved behandling af **subluxeret skulder**

YOKE (som er engelsk og betyder åg på dansk) er en helt ny arm/skulder-ortose som giver en jævn trykfordeling over skulderpartiet samt holder armen på plads for at forhindre subluxering.



- Velegnet ved forskellige behandlingsmetoder
- Mindsket tryk mod skulderpartiet
- Armmanchetten kan nemt tages på og af i forskellige stadier af behandling og træning

- One size
- Bilateral
- Alle bånd kan justeres individuelt
- Åben konstruktion

CAMP®

SCANDINAVIA

www.campscandinavia.se

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



Lang rejse mod tåget mål

Personalegruppernes organisationer har travlt med at definere deres fags fremtidige rolle i den kommunalreform, der fra 1. januar 2007 placerer ansvaret for genoptræning, sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne. Men der er mange ukendte faktorer, og kommunerne er først nu ved at opdage, hvor enorm opgaven bliver

AF JOURNALIST KLAUS LARSEN
FOTO NIELS MEILVANG/SCANPIX

Om godt et år vil amterne være fortid. De afløses af fem store regioner, og mange kommuner bliver slået sammen. Regionerne får ansvaret for sygehuse, der bliver mere og mere specialiserede; de mindre sygehuse forsvinder og behandlingen koncentrerer på færre, men store enheder. Meget af behandlingen, sygeplejen og genoptræning vil derfor komme til at foregå tættere på – eller i – patienternes hjem, og det får kommunerne et øget ansvar for.

”Genoptræning efter udskrivning, forebyggelse og sundhedsfremme” hedder de tre nye opgaver, som kommunerne skal løse.

”En gigantisk udfordring” kalder sygehusøkonom Jakob Kjellberg det.

Og måske en udfordring, hvis omfang først nu er ved at gå op for kommunerne?

LÆGER MANGLER HENVISNINGSTILBUD

Kommunerne har allerede ansvaret for en række borgerrettede sundheds- og forebyggelsesopgaver som for eksempel sundhedspleje, skolelægeordning, børne/ungetandpleje og hjemmepleje. I fremtiden skal de sætte forebyggende ind overalt, hvor borgerne færdes: i skoler og institutioner, på idrætspladsen osv. På ældreområdet vil der komme mere fokus på bl.a. demensopsporing, forebyggende kost, på faldforebyggelse og fysisk aktivitet.

Den mere patientrettede forebyggelse vil især blive rettet mod kronisk syge, for eksempel patienter med diabetes 2, osteoporose samt muskuloskeletale lidelser.

Ifølge formanden for KL's Social- og Arbejdsmarkedsudvalg, Horsens-borgmesteren Vagn Ry Nielsen (S), skal kommunerne etablere samarbejde med flere faggrupper – og han mener, at nogle af de praktiserende lægers nuværende forebyggelsesopgaver som for eksempel blodtryks- og kolesterolmålinger, demensudredning og andet godt kunne ligge andre steder.

De praktiserende læger håndterer allerede en stor del af forebyggelsen, men savner ifølge formanden

flere henvisningstilbud – især inden for diætvejledning, genoptræning efter sygdom eller operation, motion på recept og misbrugsrådgivning.

KVALITETEN MÅ IKKE LIDE

Michael Dupont, forestiller sig ikke, at de praktiserende læger skal have nye opgaver i forbindelse med reformen. ”Vi har rigeligt at lave i forvejen”, siger han.

”For os handler det om at få nogle rammer for samarbejdet med kommunerne. Vi har et katalog af forslag, lige fra praksiskonsulent til kontaktudvalg, afhængigt af kommunens størrelse og behov. Men vi har ingen ønsker om nye arbejdsområder”.

”Dybest set venter vi på et udspil fra kommunerne om, hvad de egentlig vil gå ind i. Der har været en del varm luft, men ikke meget konkret endnu”.

Michael Dupont har et par råd til kommunerne:

”Uanset, hvilke opgaver de vælger at tage hjem og udføre selv, skal det være på samme faglige niveau – og gerne højere. Og de skal undgå at begå den fejl, amterne begik, da de holdt ting hjemme fra de centraliserede behandlingsenheder, som fra en strengt faglig synsvinkel skal udføres på større enheder. Der skal være en volumen og substans til at gøre tingene forsvarligt”.

”Omdrejningspunktet vil være: Hvad bliver det for sundhedsaftaler, der indgås. De bliver nødt til at aftale en arbejdsfordeling med regionerne. Specielt omkring genoptræning og rehabilitering: Hvad hører til hvor? Det er en faglig vurdering – og lad det for Guds skyld blive ved med at være det, selv om pengene jo nok får en stor rolle. Det springende punkt er genoptræningsplanerne, som kommunerne skal følge, selv om de helst vil være fri”.

Michael Dupont sporer i øvrigt en ”positivt søgende” indstilling hos kommunerne:

De har ikke tradition for sundhedsarbejde på samme måde som amterne. Det har jo heddet ”socialudvalg”, og ikke ”sundhedsudvalg”, siger Michael Dupont, der gætter på, at Vagn Ry Niensens udvalg også snart vil få andet navn.



POSITIONERING

Formand for Dansk Sygeplejeråd Connie Kruckow var ikke tilgængelig for en kommentar, men har ved flere lejligheder i fagbladet *Sygeplejersken* understreget DSR's overordnede velvilje over for kommunalreformen. Men hun advarer også mod nogle faldgruber. For eksempel ved ingen, hvordan de nye økonomiske incitamenter kommer til at virke: Når kommunerne skal afregne stykvist for indlæggelse og behandling, og når de samtidig ikke må udskrive nye skatter, er det mere en appel til politikerens indre sparegris end at kræve den højeste kvalitet. Connie Kruckow ser dog en vis garanti i, at loven beskriver et højt kvalitetsniveau som en klar målsætning.

Af de tre sundhedsopgaver - forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning - er Connie Kruckow og DSR især fokuseret på de to første, hvis man skal dømme efter udtalelser og kommentarer i DSR's fagblad. Og på de områder frygter formanden, at de folkevalgte koncentrerer sig mere om næste års budget end om de besparelser, forebyggelsen - måske - vil give om mange år.

DSR ser det i øvrigt som "helt afgørende", at politikerne "sikrer, at der er sygeplejersker nok"; i modsat fald vil det få "negative konsekvenser for patienterne og borgernes sundhed og sikkerhed" (kommentar 6. april 2005). En anden kommentar gør opmærksom på, at de kommende sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner om behandling, pleje, træning og

forebyggelse kun vil fungere optimalt, hvis de "hviler på et stærkt sygeplejefagligt fundament".

Derfor er det "naturligt, at de fagfolk, som sygeplejersker og sundhedsplejersker, der har forstand på sundhedsfaglige muligheder for at imødekomme patienternes behov, er med til at udforme dem", lyder kommentaren.

Sundhedsøkonomen Jakob Kjellberg, DSI Institut for Sundhedsvæsen, ser det som naturligt, at sundhedsorganisationer bringer sig i position til at sikre egne medlemmer i de kommende omvæltninger. "Det er deres opgave", siger han. "Det interessante er imidlertid ikke, hvem man er - men hvad man laver".

OPGAVER NOK TIL ALLE

Fysioterapeuters og ergoterapeuters rolle i genoptræningen er der lovgivet om, og det røkkes der næppe ved. Men Jakob Kjellberg ser også nye muligheder for disse faggrupper. For fysioterapeuterne er KOL-området og hjerterehabiliteringen oplagte områder at søge nye opgaver på.

"Men man skal passe på med en fagmæssig betragtningssmåde, der siger: Jeg er sygeplejerske, eller læge, og derfor er jeg bedre til det eller det. En række af problemerne kommer til at handle om samordning. Det er rimeligt nok, at man tænker som faggruppe. Det er bare ikke dét, det handler om".

"Der er jo masser af opgaver", siger Jakob Kjellberg. "Sygeplejersker og praktiserende læger behøver ikke ►

KOL-området er oplagt for fysioterapeuter, mener sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, der dog advarer imod, at man tænker for meget som faggruppe. "Det er ikke det, det handler om", siger han.



Johnny Kuhr: "Fra en faglig betragtning er der jo noget rigtigt i at udføre genoptræningen så tæt på borgerens hjem som muligt".



Vagn Ry Nielsen: "Kommunernes overvejelser handler om at sikre, at de kan løse opgaverne. Hvilke ansættelser og måder at løse tingene på, er det for tidligt at svare nogenlunde ædrueligt på".



Michael Dupont: "Uanset, hvilke opgaver de vælger at tage hjem, skal det være på samme faglige niveau - og gerne højere".

► føle sig truet på deres indtjening. De har masser at se til. Ydelser er der nok af – det handler mere om finansieringen de nye opgaver. Dem kan der blive slåskamp om, lige som der vil være kamp om, hvem der skal lede tingene".

Den megen tale om kompetenceudvikling - og om, hvad det vil betyde for grænserne mellem læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andre, har foreløbig handlet mere om politik end om indholdet, mener Kjellberg.

"En overgang talte man om sygeplejerske-skadestuer, hvor sygeplejerskerne varetog flere opgaver selv. Det kunne dokumenteres, at det sagtens lod sig gøre – men økonomien i det forsvinder jo, hvis man kræver lægelig supervision. Måske er det en god idé at gøre det uden lægelig supervision på de områder, hvor man kan finde ud af det", siger han.

HVAD MED PENGENE?

Økonomien er det store X i ligningen. Jakob Kjellberg peger på, at taksterne for, hvad sygehusene skal have for evt. at udføre opgaverne for kommunerne stadig er en ubekendt størrelse. Men i mange tilfælde vil kommunerne formentlig slippe billigere ved at betale sig fra en lang række ydelser, for eksempel genoptræning:

"Men det handler jo også om lokalpolitisk profilering, og dét får man ikke ved at fortsætte som hidtil. Man kan så vælge at fortsætte, men med en lille ekstra indsats på genoptræningsområdet. Der er mange forskellige ambitionsniveauer, og meget kommer til at afhænge af taksterne. Hvis de bliver lige så relativt lave som de nuværende takster på det somatiske område, vil der ikke være meget fidus i at gøre tingene selv, frem for at få det gjort for det halve på sygehuset".

"At bygge et lokalt hjerterehabiliteringscenter, hvor man også kan behandle KOL, kan jo være udmærket og fornuftigt. Men bygger man det, skal der tilknyttet læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter osv. Klinisk set kan det give mening, men hvor meget skal man betale for den samme ydelse på hospitalet? Kan den købes der for 30 pct. af produktionsomkostningen, bliver det svært at konkurrere, med mindre et nyt, kommunalt center bliver tre gange så effektivt", siger Jakob Kjellberg og konkluderer: "Før man kender niveauet for taksterne, er det helt umuligt at forudse, hvor meget der vil blive hjemtaget til kommunerne".

UVISHED OM OPGAVERFDELING

Horsens' borgmester, Vagn Ry Nielsen (S), er en nøgleperson i den forestående opgaverreform. Han er formand for KL's Social- og Arbejdsmarkedsudvalg, og det er i den egenskab, Fysioterapeuten fanger den travle mand i toget, på vej til et aftenmøde i Greve

kommune for at tale om den kommende struktur på sundhedsområdet.

Er der nogen, der har overblik over, hvor mange opgaver kommunerne vil vælge at hjemtage, og hvad det kommer til at koste? Måske vil det være billigere at entrere med et sygehus, frem for at indrette et fuldt hjerterehabiliteringscenter?

"Ingen har fuldt overblik over det. Og desuden er hele genoptræningsområdet en gråzone. Det handler jo ikke kun om at bygge for eksempel et rehabiliteringscenter. Masser af rehabilitering vedrører ældre medborgere og foregår i deres hjem, når de er udskrevet fra sygehus", siger Vagn Ry Nielsen.

Har kommunerne overvejet, om de måske skal til selv at ansætte flere fysioterapeuter?

"Kommunernes overvejelser handler om at sikre, at de kan løse opgaverne. Hvilke ansættelser, og måder at løse tingene på, er det for tidligt at svare bare nogenlunde ædrueligt på".

Alle faggruppernes organisationer byder ind på de nye kommunale opgaver. Det må være svært at vurdere, hvordan ressourcerne anvendes bedst?

"Måske. Men det kan til gengæld generere nye ideer og nye samarbejdsformer".

Der tales meget om tværfaglighed. Men nogle kommer vel også til at afgive opgaver?

"Og det vil efter min mening heller ikke være et øjeblik for tidligt. Nogle steder går det meget godt med tværfagligheden, men vi oplever også "videns-monopolister", der holder på det, de kan, frem for at dele det med andre. Og det duer ikke. Med de opgaver, vi får, er vi nødt til at gå på tværs af samtlige sektorer".

KL: GARANTERET BEDRE GENOPTRÆNING

Især på genoptræningsområdet har Vagn Ry Nielsen store forventninger:

"Med opgaverreformen skulle sygehusenes og kommunernes opgaver på genoptræningsområdet være skilt. Men der er stadig en uafsluttet diskussion om, hvorvidt det er lægerne på sygehuset, der afgør, eller om de kun giver råd, og kommunerne afgør. Den diskussion er væsentlig for kommunerne. Hvor godt det danske sundhedsvæsen end har fungeret, har genoptræningsopgaverne ikke været løst tilfredsstillende. Det skulle dette gerne medvirke til".

Kan du mere konkret sige hvordan?

"Hvis det er sygehuslægerne, der definerer og bestemmer, er vi i den klassiske situation, at de skriver en regning ud, de ikke selv skal betale. Desuden er mange af de genoptræningsopgaver, vi får, primært for ældre mennesker. Dét vil det være meget gavnligt, hvis man kombinerer den genoptræning, de får hos os efter et evt. hospitalsophold, med den pleje og

omsorg, der i øvrigt skal gives i hjemmet. Og det er meget mere integreret end bare at skrive en seddel ud fra sygehuset", siger Vagn Ry Nielsen.

"På den måde skulle genoptræningsområdet gerne få et ordentligt løft. Men bortset fra den ambition er der meget, der skal afklares, før vi når til spørgsmålet om, hvem der skal udføre opgaverne".

Om man vil gøre det på den ene eller den anden måde, kommer vel også til at variere fra kommune til kommune?

"Vi forestiller os sundhedsopgaverne løst på mange forskellige måder i kommunerne. Når jeg i aften besøger Greve kommune, som ikke er lagt sammen med nogen, og som ikke er særlig stor, vil man nok vælge en model, der ser anderledes ud end i Horsens, hvor vi bliver 85.000. Men den ene model behøver ikke blive ringere end den anden. Det er det, vi skal bruge tiden frem til midten af 2006 til at få klappet på plads – så vi er klar, når opgaven tager form den 1. januar 2007", siger Vagn Ry Nielsen.

"Der er forskellige interessenter på banen, hvad der ikke er mærkeligt. Vi tilstræber på sigt en høj kvalitet og en mere omfattende genoptræning, end vi har i dag. Og vi er klar til at snakke med de organisationer og personalegrupper, der mener at kunne give os gode råd i den sag. Det gælder på alle opgaveområder: Har man interesse i at snakke med os, gør vi det gerne. Dels for at blive klogere selv, men også for at afmystificere, hvad der foregår".

GENOPTRÆNING TÆT PÅ EGET HJEM

I forhold til reformen ser fysioterapeuternes formand, Johnny Kuhr, sin faggruppe som "en central aktør og medspiller for kommunerne":

"Med ansvaret for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning får kommunerne en helt ny og uvant opgave, og når kommunerne spørger os til råds, er det især i forhold til, hvilke kompetencer de skal opbygge for at kunne overtage genoptræningen".

Ganske vist ser Johnny Kuhr især genoptræning som sine medlemmers kerneområde, men han mener også, at fysioterapeuter har meget at bidrage med ved forebyggelse og sundhedsfremme. Hvilke opgaver, fysioterapeuterne vil få i kommunerne, afhænger dog meget af, hvordan økonomien bliver skruet sammen, siger han.

Det kan vel blive svært for de fleste kommuner at konkurrere med de store, centrale enheder? Ikke bare på prisen for ydelserne, men også mht. til at opbygge det volumen, der skal til for at levere en kvalitet, der kan matche sygehusenes?

"Det er den anden del af det: Kommunerne har ikke den samme tradition som sygehusene for at arbejde

evidensbaseret og forskningsbaseret. Hvis vi skal bakke op om kommunalreformen og kommunernes varetagelse af vigtige sundhedsopgaver, skal de vide, at der også ligger en stor udviklingsopgave. I vores høringssvar har vi tilkendegivet, at der er brug for evaluering og kontrol med den kvalitet, kommunerne kommer til at levere".

Er kommunerne overhovedet klædt på til det?

"Ikke endnu. Og de er først ved at finde ud af, at de står med en opgave, de bliver nødt til at forholde sig anderledes til. Det er ikke et spørgsmål om at udføre hjemmehjælp – det er et spørgsmål om en nogle gange højt specialiseret sundhedsopgave. Vi kan godt være lidt betænkelige ved, om kommunerne i tilstrækkelig grad får rustet sig til den opgave, men nu foregår der en proces, og den vil vi gerne hjælpe kommunerne med at komme igennem".

KL indrømmer, at meget stadig er uafklaret, men at én ting står fast: Reformen skal give genoptræningsområdet et kraftigt løft. Er det også dit indtryk, at det vil blive resultatet?

"Ja, for ellers havde vi ikke bakket op om, at kommunerne skal overtage genoptræningsområdet. Fra en faglig betragtning er der jo noget rigtigt i at udføre genoptræningen så tæt på borgerens hjem som muligt". ■

DynamoSeat®

Dynamo Stol
til et aktivt arbejdsmiljø



Dynamo
Stol ApS

www.dynamostol.dk

Dynamo Stol ApS

Tlf: 46 75 09 70

E-mail: kontakt@dynamostol.dk



Opgør med myterne

Kommunale terapeuter er også specialister. I hvert fald i Kolding, lyder det fra to terapeuter, der ser frem til nye opgaver og nye kolleger, når kommunalreformen træder i kraft

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO PALLE SKOV

Et endnu ukendt antal fysioterapeuter får ny arbejdsgiver fra den 1. januar 2007, når kommunerne som følge af kommunalreformen overtager ansvaret for en del af genoptræningen fra sygehusene. Endnu er der ikke sat navne på, men spekulationerne trives, og mange hospitalsansatte spørger sig selv, om det mon bliver dem, og hvordan det i så fald vil være at skulle arbejde i en kommune.

I Kolding Kommune kender de godt spekulationerne, bekymringerne og måske oven i købet forbeholdene over for det at skulle være kommunalt ansat og for, at opgavernes vej ud af sygehuset, vil være det samme som en vej væk fra kvaliteten.

VIL GERNE ÆNDRE STATUS

Ledende fysioterapeut Dorthe Lykke Jensen, der leder kommunens i alt 38 ergo- og fysioterapeuter er meget opmærksom på at komme fordommene til livs: "Jeg tænker meget på, hvordan jeg kan støtte de kommunale terapeuter, så de ikke får en opfattelse af, at de ikke kan. Det kommunale område har traditionelt haft lavstatus i forhold til fysioterapi på sygehusene, og det vil jeg meget gerne være med til at ændre".

Dorthe Lykke Jensen gætter på, at den traditionelle lavstatus hænger sammen med, at kommunale terapeuter ofte sidder alene eller ganske få sammen og derfor har svært ved at trænge igennem i modsætning til på sygehusene, hvor man er mange sammen og derfor har mere gennemslagskraft. Derfor er en af hendes kæphesten også, at terapeuterne i kommunerne bør samles under fælles terapeutfaglige ledelser – ikke mindst af hensyn til borgerne og den faglige kvalitet.

"Ellers sker der det, at noget af det, ergoterapeuter og fysioterapeuter kan, nemlig at tænke i helheder, træder i baggrunden. Vi kommer ikke udenom, at sygeplejerskerne, der mange steder har det overordnede ansvar for træningsområdet, ikke har den samme basis i deres grunduddannelse i forhold til at tænke i helheder omkring patienten, som terapeuterne har".

Også udviklingskonsulent for Kolding kommunes terapeuter, Louise Thule Christensen, har hørt betænkelighederne: "Det siges måske ikke direkte, men vi fornemmer klart bekymringerne for kvaliteten og det faglige miljø ude i kommunerne", fortæller hun.

Bekymringen er forståelig i forhold til nogle mindre kommuner, mener Louise Thule Christensen, men hun vil til gengæld meget gerne ud med budskabet om, at terapeuterne i tilfældet Kolding er mindst lige så fokuserede på kvalitet og i lige så høj grad specialiserede, som man er på sygehusene, men på andre områder.

"Jeg kan godt huske fra min tid som studerende, at det kommunale område var en slags lavstatusområde – det var i hvert fald min oplevelse dengang. Men sådan er det ikke hos os", understreger Louise Thule Christensen, der giver Dorthe Lykke Jensen ret i, at en af de væsentligste faktorer i fastholdelsen af den terapeutfaglige kvalitet er, at kommunen er organiseret med en ledende terapeut.

"Det betyder, at vi taler samme sprog og ikke skal gennem en sygeplejerske eller en DJØF'er, som det er typisk i andre kommuner", siger hun.

HAR ADSKILT UDVIKLING OG DRIFT

Terapeuterne blev samlet under en terapeutfaglig ledelse for to år siden. Tidligere var terapeuterne decentralt organiseret under de enkelte aktivitetscentre. Da en arbejdsgruppe var blevet enige om at ansætte en ledende terapeut, gik der ikke lang tid, før funktionen som udviklingskonsulent kom til – for at adskille drift og udvikling.

"Man kan ikke finde ressourcerne til udviklingsprojekter i driften, så jeg fandt hurtigt ud af, at hvis jeg skulle kunne udvikle min drift, havde jeg brug for en person til at understøtte den faglige udvikling – til at søge penge andre steder til projekter, der så senere kan implementeres i driften", forklarer Dorthe Lykke Jensen.

Udviklingskonsulenten fungerer som bindeled mel-

Med Dorthe Lykke Nielsen som ledende terapeut og Louise Thule Christensen som udviklingskonsulent er drift og udvikling skilt ad i Kolding Kommune. Det er en forudsætning, hvis den kommunale ergo- og fysioterapi skal udvikles, mener de to.

lem mål/ledelse og medarbejdere. Det vil sige sørger for, at de mål, ledelsen sætter implementeres blandt medarbejderne og omvendt, at medarbejderne har indflydelse på de mål, ledelsen sætter.

”Vi har altid gang i mindst ét kvalitetsudviklingsprojekt – for eksempel i øjeblikket et projekt om træning i eget hjem, støttet med 300.000 kroner fra Socialministeriets udviklingspulje. Men ellers arbejder vi meget procesorienteret ude i teamene. Handler det for eksempel om at kvalitetsudvikle vores sagsbehandlingstid, komme jeg med et forslag til kvalitetsstandard, som terapeuterne så bomber ned ud fra deres erfaringer fra praksis. Så laver jeg den om, indtil vi er enige om en fælles standard, for hvis ikke der er ejerskab i terapeutgruppen, når man ingen vegne”, forklarer Louise Thule Christensen.

EKSPERTER PÅ AKTIVITETSLEVELY

Den faglige referenceramme indeholder blandt andet ICF, og det er også med ICF-terminologi, Louise Thule Christensen definerer terapeuterne som specialister: ”Vi betragter vores terapeuter som specialister på aktivitet og deltagelsesniveau. De er specialister i folks liv og er dygtige til at komme ind i deres hjem og sætte meningsfulde mål frem mod deltagelse i samfundet”.

En samarbejdsaftale mellem Velje Amt og tilhørende kommuner, som ligeledes er baseret på ICF's termer, betyder, at man ikke taler om gråzoner i Kolding, men derimod har den klare opdeling af genoptræningsopgaven, der gør, at sygehuset tager sig af behandlingen på kropsniveau, mens kommunen tager sig af genoptræningen på aktivitets- og deltagelsesniveau. Herudover har man en økonomisk aftale med sygehuset om, at kommunen også på det kropslige niveau genoptræner demente med frakturer efter indlæggelse, fordi det kan være svært at komme igennem med træningen, mens de befinder sig i sygehusets uvante rammer.

Louise Thule Christensen: ”Vi taler aldrig om gråzoner, og jeg kan ikke få øje på nogen, der ikke får træ- ▶



- ning. Derimod har jeg arbejdet i København tidligere, hvor det nogle gange var en kamp at få patienterne udskrevet til træning i primærsektoren”.

Foruden at være et redskab til definition af målgruppe og faglige domæner udgør ICF rygraden i den daglige dokumentation, sideløbende med, at der arbejdes struktureret med andre dokumentationsværktøjer og test.

Terapeuternes faglige udvikling er struktureret omkring en række faste møder, for eksempel fire årlige møder for fysioterapeuterne. ”Her taler vi med udgangspunkt i vores faglige referenceramme om, hvad der skal til for, at vi arbejder vidensbaseret, og som vi gerne vil. Hvordan implementerer vi for eksempel Håndbog i Fysisk Aktivitet, tester vi godt nok, bruger vi de rigtige test? Næste gang er der en fysioterapeut, der fremlægger et redskab til at afdække helbredsrelateret livskvalitet EQ-5D, hvorefter vi så i fællesskab skal beslutte, om det er et redskab, vi vil bruge”, forklarer Louise Thule Christensen.

TAGER SÅ MEGET, SOM VI KAN

Endnu ved de i Kolding lige så lidt som alle andre steder, hvilke opgaver der rykker ud fra sygehusene, men de er klar til at tage imod, forsikrer Dorthe Lykke Jensen. ”Der er få ting, vi ved, og mange vi ikke ved. Men holdningen er, at vi vil tage så meget, som vi overhovedet kan. Men det skal være med borgeren i centrum. Vi ser strukturreformen som en mulighed for at kunne tænke i endnu større meningsfulde sammenhænge til gavn for borgeren i et rehabiliteringsforløb”.

Louise Thule Christensen: ”Vi ved ikke meget om nye fremtidige opgaver, men det bekymrer os ikke. Uanset



Fysioterapeut og cand. scient. san Louise Thule Christensen er udviklingskonsulent for begge terapeutgrupper i Kolding Kommune. Terapeuterne arbejder tværfagligt, men alligevel med en klar adskillelse af, hvem der kan hvad. ”Man skal vide, hvad man er god til og gøre, hvad man er bedst til”, understreger Louise Thule Christensen.



Ledende terapeut Dorthe Lykke Jensen er overbevist om, at helheds-tænkningen og det at få patienten i centrum kun kan lykkes rigtigt, hvis ergo- og fysioterapi tænkes sammen på den måde, det sker i Kolding. ”Fordi terapeuterne er organiseret under en fælles terapeutfaglig ledelse, kommer de til at kende hinandens forcer indgående. Det er min klare opfattelse, når jeg sidder med terapeuter fra sygehusene, at de ikke har

så stort indblik i hvad hinanden laver. Og det kan jeg også godt forstå i en hverdag præget af akutte opgaver. Men på aktivitets- og deltagelsesniveauet er vi nødt til at gøre brug af hinandens kompetencer. Nogle af de begreber, vi bruger meget her, er nogle, vi har lært af ergoterapeuterne, for eksempel klientcentrering”.

hvad, så ser vi det som en spændende opgave, og vi er klar - også til at udvikle os fagligt inden for nye specialer. Jeg tror, at kommunalreformen kan være med til at give mere sammenhæng i patientforløbet for den enkelte. Vi er måske ikke dygtigere til at lave rygvøvelser med borgeren, end de var på sygehuset, men vi er eksperter i at sætte meningsfulde mål sammen med borgeren. Og så er vi gode til tværfagligt samarbejde. Vi er gode til at involvere andre, for eksempel frontpersonalet, i det, vi laver, og til at integrere træning i plejen”.

De nye fysioterapeuter, der eventuelt måtte banke på kommunens dør den 1. januar 2007 er mindst lige så velkomne som de nye opgaver, forsikrer Dorthe Lykke Jensen. Hun er ikke spor bekymret for kommunesammenlægningen og for, hvordan de terapeuter, der kommer fra de mindre sammenlægningskommuner skal blive integreret, men hun forudser, at udfordringen i forhold til terapeuterne fra amtet bliver større.

”Min opgave bliver jo i hvert fald at sørge for, at der ikke opstår en opfattelse af A og B terapeuter. Naturligvis vil der være modstand, og det skal der også være plads til, men når vi er forbi den, skal vi til at skabe noget nyt sammen”. ■

Den faglige udvikling i Kolding er struktureret omkring faste møder:

- Faglig udvikling i teams (1x mdr)
- Fællesmøde for alle terapeuter (3 x år)
- Årligt seminar (1-2 dage, i år sammen med terapeuterne fra sammenlægningskommunerne)
- Faglig udvikling for fysioterapeuter (4 x år)
- Faglig udvikling for ergoterapeuter (4 x år)
- Kollegial supervision i teams (hver 14. dag eller hver måned)
- Faglig udvikling i faglig ad hoc gruppe (f.eks. ICF-gruppen)

Kroppen som stativ for hjernen

ANMELDELSE *Kognitiv terapi. Modeller og metoder. Red. af Merete M. Mørch & Nicole K. Rosenberg, Hans Reitzels Forlag. Pris: 375 kr. 388 sider. ISBN 412 24 728*

Forfatterne er psykologer med kompetencer inden for stort set hele det psykologiske område. Bogen indledes med et kapitel om den kognitive terapies historie og idegrundlag og er efterfølgende inddelt i kapitler, som hver beskriver kognitiv terapi i relation til forskellige specifikke lidelser hos voksne samt et kapitel om kognitiv terapi til forskellige angsttilstande hos børn.

I kognitiv terapi er grundtanken meget overordnet, at ubehag/symptomer kan være et udtryk for forankrede engang nødvendige overlevelsesstrategier i forbindelse med/som respons på traumatiske oplevelser og/eller erfaringer, at det således drejer sig om at skille fortid fra nutid, at finde nye strategier, teknikker og metoder med varierende grader af indsigt.

Kroppen er et gennemgående tema i bogen, idet den nævnes som symptombærer i alle kapitlerne, uden at forfatterne i øvrigt forholder sig til den, fraset at der flere steder henvises til afspænding efter den af Jacobsen i 1938 udviklede progressive afspændingsmetode. Kroppen fremstilles og forstås således i et naturvidenskabeligt lys



som stativ for hjernen snarere end det sociale og kommunikerende udtryksfelt for livshistorien, som i øvrigt inddrages.

Er man tilhænger af kognitiv terapi er bogen anbefalelsesværdig. Den giver et godt indblik i de forskellige lidelser samt en meget anvendelig beskrivelse af kognitive terapitilgange til disse; den er godt opbygget, er overskuelig med mange konkrete eksempler fra terapisekvenser og har, bortset fra i forhold til kroppen, omfattende og up to date litteraturhenvisninger.

Er man imidlertid forankret i en kropsfænomenologisk tradition med udgangspunkt i at forstå og udvikle (kropsligt) handlingsrepertoire frem for at disciplinere (kroppen), er bogen ikke umiddelbart så brugbar, med mindre der er tale om meget ustrukturerede mennesker.

Forstår man kroppen som bærer af livshistorie og følelser som kropslige fænomener, hjælper det ikke patienterne til større selvforståelse at fjerne symptomerne/gøre kroppen fjern gennem yoga eller progressiv afspænding - dog med undtagelse af svært fragmenterede mennesker, for hvem det kan være en nødvendig pause fra følelsesmæssigt kaos. Progressiv afspænding kan - som forfatterne ganske rigtigt påpeger uden dog at forholde sig yderligere til det - være angstforstærkende, hvilket Braatøy allerede påpegede tilbage i 1947 (De nervøse sinn), for blot at nævne en anden bedaget om end mere tidssvarende reference.

ANMELDT AF
OVERFYSIOTERAPEUT SUSANNE
STERNBERG, PSYKIATRIEN I
NORDJYLLANDS AMT

Forstå og forebyg

Vold ■ Forfatterne til denne bog definerer vold således: "Det er oplevelsen af en handling, der er det vigtige, ikke hensigten med den." Holdningen i bogen er derfor, at hvis an-



satte føler sig truet eller krænket på arbejdet, er det arbejdspladsens ansvar at iværksætte voldsforebyggende tiltag. Og ideen med bogen er, at man må kende årsagerne

til, hvorfor aggressioner og vold opstår, før man kan forebygge.

Marian Popp og Michael Munch-Hansen "Forstå og forebyg vold". Munksgaard. ISBN 87-628-0682-7. 208 sider. Pris 175 kr.

Styrk projektarbejdet

Redskabsbog ■ Styrk projektarbejde er en redskabsbog til projektskribere. Bogen viser, hvordan man kommer fra den indledende idéfase til problemformulering og videre i sit projekt. Den indeholder gode råd, generelle retningslinjer og gennemgår de mere formelle krav til et projekt.



Anders Dahl, Trine Dich og Vagn Olsen (red.) "Styrk projektarbejdet" Forlaget biofolia, ph@sl.cbs.dk, ISBN 87-9139-26-9 184 sider. Pris 175 kr.

Hjælpeordningen

Brugerundersøgelse ■ Bogen henvender sig bredt til alle, der direkte eller indirekte arbejder med denne eller beslægtede ordninger, det være sig på fagligt, brugermæssige, uddannelsesmæssigt, organisatorisk eller politisk niveau. Bogen er resultatet af en kvalitativ interviewundersøgelse, hvori 28 brugere af servicelovens § 77 fra hele landet er indgået.



Bjarne Bjelke Jensen og Nicolai Evans (Red) "Hjælpeordningen - en brugerundersøgelse" Videnscenter for Bevægelseshandicap www.vfb.dk, tlf.: 8949 1270. ISBN 87-90306-17-1. 172 sider. Pris 100 kr.

Hver tredje TR mangler information

En stor del af fysioterapeuternes tillidsrepræsentanter føler sig ikke ordentligt informeret om ændringerne i forbindelse med kommunalreformen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

En tredjedel af fysioterapeuternes tillidsrepræsentanter føler sig ikke ordentligt informeret om de kommende omorganiseringer som følge af kommunalreformen.

Det viser en undersøgelse, som Danske Fysioterapeuter netop har gennemført blandt samtlige tillidsrepræsentanter.

”Jeg føler mig ikke ordentligt informeret”, lyder svaret i nøjagtig 33 procent af tilfældene. Næsten lige så mange (29 procent) føler sig godt informeret, mens den største andel (38 procent) har tillid til, at de får informationerne, efterhånden som de er tilgængelige for ledelsen, men de havde gerne set, at det gik hurtigere.

inddraget, heraf 31 procent ”i stor grad”. 42 procent føler sig til gengæld stort set ikke inddraget.

Det er på sygehusene, og ikke i kommunerne, man skal finde de tillidsrepræsentanter, der føler, de har mest indflydelse. Således svarer 41 procent af de amtsligt ansatte tillidsrepræsentanter, at de føler sig inddraget i stor grad, mens det kun er 18 procent af de kommunalt ansatte. Forklaringen kan muligvis være, at det i første omgang er på sygehusene, der er noget at informere om og inddrage i, idet processen med at finde ud af, hvilke opgaver der skal flyttes er startet her.

Det er typisk ”de store” tillidsrepræsentanter, med TR-ansvar for flere end 20 kolleger, der føler sig inddraget i stor grad. Her er andelen helt oppe på 73 procent, mens den tilsvarende er på 38 procent for dem, der er tillidsrepræsentant for 16-20 kolleger.

Og så er det især de ældste, der føler sig inddraget. Således svarer halvdelen af tillidsrepræsentanterne over 45 år, at de føler sig inddraget, mens denne andel

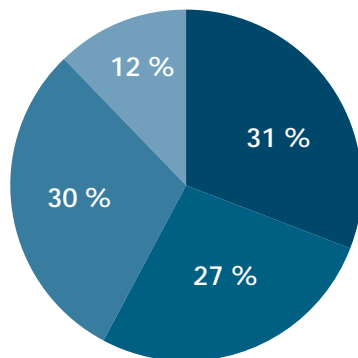
indgang

■ Forud for valg af tillidsrepræsentanter i oktober, har Danske Fysioterapeuter gennemført en undersøgelse af tillidsrepræsentanternes vilkår. Tillidsrepræsentanterne er blandt andet blevet spurgt, i hvor høj grad de føler sig inddraget i arbejdet med omstruktureringer som følge af kommunalreformen.

DE ÆLDSTE ER MEST TILFREDSE

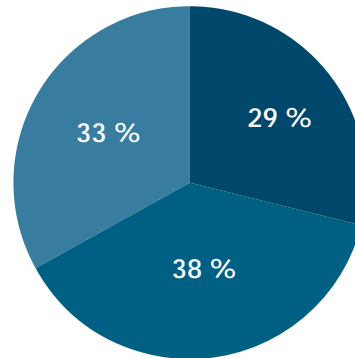
Tillidsrepræsentanterne er også blevet spurgt om, hvorvidt de føler sig inddraget i de forestående omorganiseringer. Her er svaret flertallet (58 procent), at de er

I hvor stort omfang bliver du inddraget i beslutningerne om de forestående omorganiseringer, der omhandler dine kollegaers arbejdsforhold



- I stor grad
- I en vis grad, men det måtte gerne være mere
- I ringe grad
- Slet ikke

Hvordan føler du dig som tillidsrepræsentant informeret om de forestående omorganiseringer, som følge af kommunalreformen



- Jeg føler mig godt informeret
- Jeg får informationerne, efterhånden som de er tilgængelige for ledelsen, men det måtte gerne gå hurtigere
- Jeg føler mig ikke ordentligt informeret



blandt de yngste, dem under 35 år, er helt nede på 17 procent.

INFORMATION GØR FORSKELLEN

Randi Rasmussen er tillidsrepræsentant for 12 fysioterapeuter på Frederikssund Sygehus og fællestillidsrepræsentant i Frederiksborg amt.

Hun hører til den gruppe af tillidsrepræsentanter, der både føler sig godt informeret og inddraget i stor grad. Det gør det lettere, når hun skal samle op på kollegernes frustrationer, forklarer hun.

”Vi står jo og skal komme med ønsker til vores fremtidige arbejdsplads, uden at vi ved noget om indholdet. Det giver selvfølgelig frustrationer og også utryghed. I forbindelse med udfyldelsen af spørgeskemaerne (de sygehusansatte har skullet udfylde kompetenceskemaer til brug for omstruktureringerne, red.), spekulerer folk på, hvad der er strategisk klogt. De spørger mig for eksempel, om de skader sig selv ved at fortælle om deres specialer, så længe de ikke ved, hvad der bliver tilbage” forklarer Randi Rasmussen.

Selvom Randi Rasmussen ikke kan stille så meget op over for kollegernes frustrationer, betyder det meget, at hun er velinformeret og trods alt kan give dem den information, der findes, mener hun.

”Jeg kan jo ikke stille noget op med selve processen. Men det er rart, at man ved, hvad der foregår og hvorfor – at det for eksempel handler om lovbestemte tidsfrister og personalepolitiske hensyn. Når man er godt informeret, kan man bedre gyde olie på vandene, og jeg synes egentlig mine kolleger tager det pænt. Jeg tror, de fleste tænker, at nu står vi altså her, og det kan ikke være anderledes”.



Rita Møller er tillidsrepræsentant for i alt 10 kommunalt ansatte ergo- og fysioterapeuter på aktivitetscentret Espensvænge i Tåstrup. Hun mener, at informationsniveauet er så højt, som det er muligt på nuværende tidspunkt.

► **KEMI ER DET VIGTIGSTE**

Rita Møller er tillidsrepræsentant for i alt 10 kommunalt ansatte ergo- og fysioterapeuter på aktivitetscentret Espensvænge i Tåstrup.

Også hendes vurdering er, at informationsniveauet er så højt, som det er muligt på nuværende tidspunkt.

"Vi har fået slynget forskellige tal ud, om hvor mange terapeuter der ville skulle flyttes ud til os. Tallene har varieret fra ingen til fem. Det sidste tal, vi fik, var én, men vi har vel fået den information, man havde at give. Det, der bekymrer os, er, hvis vi ikke får indflydelse på, hvem der kommer. Vi har fået at vide, at det er noget, der besluttet højere oppe i systemet. På sådan et lille sted som vores, betyder kemien meget. Faktisk er det kemi, vi plejer at ansætte ud fra, og ikke så meget det faglige – for det skal nok komme hen ad vejen. Det er et rigtig dårlig udgangspunkt, hvis der kommer en, der nødvendig ville have været flyttet".

Rita Møller havde gerne set, at det – som hun udtrykker det – var blevet gjort "mindre farligt" at skulle

flytte. "Det kunne man have gjort med en eller anden form for rotationsordning, hvor folk fra sygehusene kunne komme ud og se, hvad det er, vi laver. Jeg har hørt, at der er nogle, der gør deres cv'er dårligere for ikke at blive flyttet. Og jeg forstår dem da godt – jeg ville også meget nødigt flyttes med opgaverne ind på sygehuset, hvis situationen var omvendt".

Når Rita Møller alligevel er nogenlunde tilfreds med processen, skyldes det følelsen af at være så godt informeret som muligt. "Vi kender jo de korte tidsfrister i gennemførelsen af reformen og har fået forklaret baggrunden for, at det nok ikke kunne have været gjort så meget anderledes. Det gør det lettere, når jeg skal forklare det for kollegerne". ■

"Jeg mener at vi (terapeuter) er ludobrikker i et spil – og ikke reelt har indflydelse på vores egen fremtid. (TR-kvinde, 59 år, kommuneansat).

"Vi bliver ikke spurgt 'på gulvet', eller bliver inddraget så sent i forløbet, at vi reelt ingen indflydelse har. Det hele foregår på ledelsesplan". (TR-kvinde, 29 år, ansat i kommunen).

"Ved ikke hvilke ændringer der vil ske. Kan blive bekymret for om vi som fys/ergo bliver inddraget i beslutningerne, eller om sygeplejerskerne løber med lederfunktionerne, visitation etc., om vi kan beholde det høje serviceniveau, eller om man vælger Farum-modellen med sygeplejersker som visitatorer". (TR-kvinde, 59 år, kommuneansat).

"Vi har som faggruppe bedt om at blive inddraget evt. som konsulenter, men er ikke blevet udspurgt. Vi har givet udtryk for vores holdninger, men den øverste ledelse (der 'repræsenterer' os) er ikke enige. Det er naturligvis ledelsens ret, men det ville være ønskeligt med en dialog". (TR-kvinde, 34 år, kommuneansat).

Bliv optaget gratis eller med fremhævning

Vi synliggør behandlere

SUNDHEDSFAGBOGEN

Udgives på Netdoktor.dk og Sundhedsguiden.dk

Samarbejder om forebyggelse af knæskader

Idrætsfysioterapi ■ "Knokl for dit knæ" er titlen på den kampagne, som Fagforum for Idrætsfysioterapi lancerer i samarbejde med Gigtforeningen og Dansk Håndbold Forbund. Den sætter fokus på forebyggelse af knæskader hos håndboldspillere. "Vi ved jo, at det virker!" siger Niels Erichsen, formand for Fagforum for Idrætsfysioterapi, FFI. "De alvorlige knæskader kan forebygges. Dokumentationen er lavet". Han henviser blandt andet til Senter for idrettsskadeforskning, Norges Idrettshøgskole, hvor den norske fysioterapeut Odd-Egil Olsen har vist, at et struktureret opvarmningsprogram kan halvere antallet af alvorlige knæ- og ankelskader. "Vi ved det kan give alvorlige knæskader at spille håndbold. Derfor laver vi forebyggende øvelser. Det er sådanne simple, men vigtige, budskaber kampag-

nen skal sprede", pointerer Niels Erichsen.

De tre organisationer sender to pjecer med øvelser ud til alle håndboldklubber, én som er henvendt til spillerne og én til trænerne. Og alle landets haller vil modtage plakater med øvelserne. Desuden er der udpeget 12 håndboldklubber, der skal fungere som en slags ambassadører for kampagnen. Øvelserne, som er tilpasset håndbold, sætter fokus på teknik, styrke og balance. Det er nyt, at FFI på denne måde samarbejder med andre organisationer om forebyggelse.

Yderligere oplysninger:

www.sportsfysioterapi.dk

www.gigtforeningen.dk

www.dhf.dk

www.klokeavskade.no

fysnyt

Den intelligente motion

www ■ Hvad nytter det, at man har et højt kondital, hvis træningen har belastet kroppen så meget, at man næsten ikke kan røre sig? Det spørgsmål har man stillet sig i Gigtforeningen, som med en ny hjemmeside vil få folk til at tænke sig om, inden de begynder at træne.

Gigtforeningen sætter fokus på intelligent motion i forbindelse med den årlige kampagne "Rør' dig, det smør' dig". Målet er at få alle til at tage hensyn til alder, behov og formåen, når de motionerer. På den nye hjemmeside giver eksperter bud på, hvordan man går langsomt i gang og tilpasser aktiviteten til eventuelle fysiske problemer. Her kan man blandt andet få råd om svømning, stavgang og Tai Chi. Klik ind på Gigtforeningens nye hjemmeside www.bedremotion.dk

Samme holdning til ryglidelser

Ryg ■ De norske læger Erik Werner (praktiserende læge) og Aage Indahl (overlæge) har sammenlignet fysioterapeuters, lægers og kiropraktorers viden, praksis og holdninger til ryglidelser. Resultaterne af deres undersøgelse kan læses i Tidsskrift for Norsk Lægeforening i år. 414 læger, 663 fysioterapeuter og 28 kiropraktorer i Vestfold, Telemark og Aust-Agder i Norge fik i 2002 tilsendt et spørgeskema, hvor de skulle gøre rede for deres viden, intervention og holdninger til ryglidelser. Undersøgelsen viste, at lægerne og fysioterapeuterne opretholdt det traditionelle samarbejde med gensidig henvisning, mens kiropraktorerne i mindre grad henviser eller bliver henvist til af andre fagpersoner. Undersøgelsen viste desuden, at læger, fysioterapeuter og kiropraktorer havde sammenfaldende viden og holdning til håndtering af ryglidelser. De tre faggrupper havde en fælles forståelse af, at det er svært entydigt at stille en patoanatomisk diagnose på ryglidelser. De er desuden enige om, at det er vigtigt at fastholde patienterne på arbejdsmarkedet. Læs mere om den norske undersøgelse på fysio.dk/nyheder

Werner et al.: Kunnskap, praksis og holdninger til ryglidelser hos leger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr. 13-14, 2005;125:1794-7



FOTO: PETER HOVE OLESEN/POLFOTO

Fagforum for Idrætsfysioterapi lancerer i samarbejde med Gigtforeningen og Dansk Håndbold Forbund en kampagne, som skal være med til at forebygge knæskader.



Fokus på Cochrane reviews

I det næste år vil Fysioterapeuten præsentere oversigtsartikler fra Cochrane biblioteket

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

indgang

I Cochrane biblioteket kan man finde systematiske oversigter over væsentlige kliniske problemstillinger. Der er gratis adgang til at søge og hente informationer på www.cochrane.dk

Det er en stor opgave for fysioterapeuter at holde sig opdateret med den nyeste forskning. Det kan derfor være en genvej at følge med i den gennemgang af litteraturen, der publiceres i oversigtsartikler.

Der har siden januar 2004 været fri adgang til Cochrane biblioteket. Her findes mere end 2000 systematiske oversigter (reviews) over behandling, heraf adskillige af interesse for fysioterapeuter.

I det kommende år vil Fysioterapeuten og ffy sætte fokus på den omfattende viden, der er samlet i Cochrane biblioteket.

Udvalgte oversigtsartikler af særlig interesse for fysioterapeuter vil blive gennemgået og perspektiveret.

HOVEDPINE

I dette nummer af Fysioterapeuten præsenterer fysioterapeut Martin B. Josefsen et Cochrane review om kronisk hovedpine. I artiklen gives et resume af reviewet og en perspektivering af resultaterne.

Det er målet i det kommende år løbende at præsentere reviews i Fysioterapeuten og på forskningshjemmesiden ffy.dk. På ffy vil præsentationerne blive samlet, og det vil derfor være muligt at søge på dem.

FAKTA OM COCHRANE BIBLIOTEKET

Der er tegnet et nationalt abonnement til Cochrane biblioteket, der betyder, at alle danskere har gratis adgang. Ordningen udløber ved udgangen af 2006.

Universitetsbibliotekerne tilbyder hjælp til søgning og Dansk Natur- og Lægevidenskabelige bibliotek afholder kurser om søgning.

Cochrane biblioteket er på engelsk. Det indeholder over 2.000 oversigter og hvert år kommer der omkring 300 nye oversigter. Allerede publicerede oversigter opdateres regelmæssigt for at sikre, at brugere i sundhedsvæsenet har adgang til den nyeste og mest pålidelige viden om behandling og forebyggelse.

Danmark yder et væsentligt bidrag til Cochrane-samarbejdet, idet tre af Cochrane-grupperne og Det Nordiske Cochrane Center alle ligger i København.

HVORFOR FØLGE MED PÅ COCHRANE?

Formand for Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi, ph.d. Hans Lund, mener fysioterapeuter kan finde mange relevante oplysninger i Cochrane biblioteket.

"En systematisk oversigtsartikel (review) forsøger at samle alle de studier, som har set på et bestemt klinisk spørgsmål som for eksempel "Er det en god idé at træne patienter med slidgigt i knæene?". På baggrund af en grundig analyse af disse studier kan oversigtsartiklen give svar på spørgsmålet, så fysioterapeuten kan træffe sin kliniske beslutning på et videnskabeligt grundlag. Der er yderligere den store fordel med Cochrane biblioteket, at alle de mange forskellige spørgsmål, der er fundet svar på, er samlet i en database. Det vil sige, at det er let at finde, der er gratis adgang for alle i Danmark, og man kan printe hele oversigtsartiklen ud".

Ud fra en oversigtsartikel vil fysioterapeuter kunne afgøre, om en bestemt metode fortsat skal anvendes, eller om den har vist sig ikke at have den ønskede effekt. Men Hans Lund understreger, at fysioterapeuter skal være kritiske og have lært at læse en oversigtsartikel.

Alle reviews, der omtales i fagbladet og på ffy findes i Cochrane biblioteket www.cochrane.dk - her skrives artiklens engelske navn i søgefeltet.

fakta om...

Blå bog

Martin B. Josefsen, fysioterapeut, ExamMT er uddannet fra Fysioterapeutskolen i Odense. Har været praktiserende fysioterapeut siden 2000 og er ekstern underviser på CVSU Fyn (fysioterapeutuddannelsen). Gennemførte uddannelsesforløb i Manuel/muskuloskeletal fysioterapi med eksamen i 2005. Siden 2003 har Martin B. Josefsen fungeret som webredaktør for muskuloskeletal.dk og er medlem af bestyrelsen i Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi. Han er desuden ansvarshavende redaktør for Muskuloskeletal Forum og har skrevet adskillige artikler til såvel webbaserede som trykte tidsskrifter. Martin B. Josefsen er nyhedsredaktør på ffy.dk





Konservativ behandling af hovedpine

Enkelte konservative behandlingsmetoder er effektive til behandling af kronisk hovedpine, viser et Cochrane review publiceret første gang i 2004

AF MARTIN JOSEFSEN, FYSIOTERAPEUT, EXAM MT
FOTO TOMAS BERTELSEN

Med en livstidsprævalens på 78 procent optræder hovedpine hos næsten lige så mange mennesker som lænderygbesvær og er endvidere skyld i omtrent 20 procent af al sygefravær (Rasmussen 2001).

Undersøgelse, klassifikation og behandling af hovedpinepatienter er en klinisk udfordring. I et Cochrane review, der er omtalt på næste side peger forskerne på særlige områder, hvor vi kan forvente god effekt og områder, hvor der er tvivlsom effekt af konservativ behandling til patienter med hovedpine.

Som mange andre patientgrupper er hovedpinepatienter også en heterogen gruppe og skal derfor sandsynligvis behandles forskelligt. Hovedpineformerne er primært beskrevet af International Headache Society, og der forefindes nu en nyere version (ICHD-II) end der er anvendt i mange af de tidligere studier.

Om end hovedpineformerne er deskriptivt symptom-baserede i ICHD-II, er der fortsat mange uafklarede spørgsmål omkring de hyppige hovedpineformers ætiologi, epidemiologi og endelige klassificering; dette gælder især ►

indgang

Manuelle teknikker og specifikke stabiliserende øvelser er velegnede til at behandle cervikogen hovedpine. I artiklen perspektiverer Martin B. Josefsen resultaterne fra Cochrane review om hovedpine og supplerer med en gennemgang af reviewet.

*Der er fri adgang til Cochrane databasen
www.cochrane.dk*



RESUME AF COCHRANE REVIEW OM KRONISK HOVEDPINE

Bronfort et al, *Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache (review)*, *The Cochrane Library* 2005, Issue 3 (first publ. 2004, issue 3)

Baggrund

Hovedpine er hyppigt forekommende i befolkningen, og de samfundsøkonomiske omkostninger er store på grund af tabt arbejdsevne og sygefravær. Migræne ser ud til at ramme omkring 10-20 procent af befolkningen årligt og spændingshovedpine over 38 procent. Ud over farmakologiske interventioner anvendes ofte konservative behandlingsmetoder til hyppigt forekommende hovedpineformer. Effekten af disse interventioner er uklare.

Formål

At evaluere kort- og langtidseffekterne af forskellige konservative behandlingsformer til forskellige hovedpineformer (primært klassificeret ud fra International Headache Society's kriterier af IHS 1988).

Søgestrategi

Til og med november 2002; MEDLINE, EMBASE, BIOSIS, CINAHL, Science Citation Index og et antal øvrige databaser, referencer samt enkeltstående kilder.

Udvælgelseskriterier

Randomiserede og quasi-randomiserede kontrollerede forsøg som sammenligner konservative behandlingsformer til kroniske hovedpineformer med enhver form for kontrolgruppe.

Databearbejdning

To uafhængige reviewers opstillede og scorede de fundne studiers metodiske kvalitet – blandt andet ved hjælp af en ValiditetsScore (VS) med 14 kriterier til bestemmelse af intern validitet (Jadad 1996). Outcome data blev i størst muligt omfang standardiseret i procentpoint og effektstørrelse, og evidensstyrken for effekt blev vurderet ud fra specificerede regler. Angående effekt tog reviewerne primært udgangspunkt i patientvurderet smerteintensitet og sekundært hyppighed, varighed, fremgang og medicinforbrug.

Resultater

22 ud af 36 studier blev inkluderet med i alt 2628 patienter (n=2628) på 12-78 år. Herunder 21 RCT'er og et quasi-RCT. De inkluderede studier undersøgte konservativ behandling af migræne (7 studier, n=1593), spændingshovedpine (8 studier, n=1504), cervikogen hovedpine (6 studier, n=461), blandet hovedpine migræne/spændingshovedpine (1 studie, n=62) og post-traumatisk hovedpine (1 studie, n=23); de sidste to studier faldt udenfor IHS klassifikation. Det var ikke i alle studier muligt at poole alle data til analyse grundet heterogene studiedesigns.

Migræne

- *Manipulation:*
 - Foreløbig evidens for at manipulation på kort sigt er lige så forebyggende som medicinering (amitriptylin) og har færre bivirkninger.
- *PEMF (pulserende elektromagnetisk felt/kortbølge):*
 - Foreløbig evidens for at PEMF er mere effektivt end placebo efter 2 ugers behandling og begrænset evidens for at PEMF er mere effektivt end placebo ved 1 måneds follow up.
- *Kombinerede interventioner:*
 - Begrænset evidens for at hjemmeøvelser, udspænding og is/varme er dårligere end biofeedback/afspænding efter 4 ugers behandling mht. smerteintensitet.

Spændingshovedpine

- *Manipulation versus medicin (amitriptylin):*
 - Moderat evidens for at manipulation er mindre effektivt end amitriptylin gennem 6 ugers behandling (smerteintensitet).
 - Dog moderat evidens for at manipulation er bedre end amitriptylin efter 4 ugers behandlingsophør (smerteintensitet, hyppighed og medicinforbrug).
 - Begrænset evidens for at manipulation giver umiddelbar smertelindring efter en enkelt behandling sammenlignet med placebo.

Levels of evidence	Hovedkrav
Stærk	Mindst to høj kvalitetsstudier
Moderat	Et høj kvalitetsstudie
Begrænset	Mindst et studie af begrænset kvalitet
Foreløbig	Et studie, hvor der bl.a. kan stilles kritiske spørgsmål til metode og resultaternes signifikans
Modstridende	Et studie som har modstridende resultater i.f.t. et sammenligneligt studies resultater

- *Kombinerede interventioner:*

- Begrænset evidens for at en kombination af auto-massage, TENS og udspænding er bedre end akupunktur med hensyn til smerteintensitet, men ingen forskel mht. smertehyppighed.
- Moderat evidens for at det ikke er effektivt at tilføje manipulation til massage for behandling af episodisk spændingshovedpine.
- Foreløbig evidens for at: TENS/neurotransmittermodulering, biofeedback eller afspænding i lige høj grad er effektivt efter 4 ugers behandling (mindsket intensitet og hyppighed). På længere sigt (36 måneder) er biofeedback bedst, TENS næstbedst og afspænding mindst effektivt.

Cervikogen hovedpine

- *Mobilisering og Manipulation:*

- Moderat evidens for at 6 ugers manipulation er bedre end ingen behandling på kort og lang sigt (1 års follow-up) mht. hovedpinehyppighed og -intensitet.
- Foreløbig evidens for at 6 ugers manipulation er lige så effektivt som specifikke stabiliserende øvelser på kort og lang sigt (1 år).
- Moderat evidens for at manipulation er bedre end massage og placeboaser efter 3 uger, samt bedre end placebomanipulation efter 3 uger.
- Foreløbig evidens for at manipulation er bedre end mobilisering eller venteliste på kort sigt (efter 3 uger); dog er mobilisering lige effektivt ved 3 måneders follow up.

- *Massage:*

- Moderat evidens for at massage er dårligere end manipulation efter 3 ugers behandling og foreløbig evidens for at massage højst er lige så effektivt som smertestillende.

- *Øvelser:*

- Moderat evidens for kort- og langtidseffekt (1 år) af 6 ugers specifikke stabiliserende øvelser mht. hovedpinehyppighed og -intensitet; samt moderat evidens for at specifikke øvelser er lige så effektive som manipulation.

- *Kombinerede interventioner:*

- Moderat evidens for at manipulation og specifikke stabiliserende øvelser er bedre end ingen behandling på kort og lang sigt (1 år). Der synes ikke at være signifikante forskelle mellem kombinationsbehandlingen versus manipulation alene eller specifik øvelsesterapi alene mht. hovedpinehyppighed og -intensitet; dog reducerer kombinationsbehandlingen hovedpinevarigheden bedre end specifikke øvelser alene.

Konklusion

Et lille antal konservative behandlingsmetoder synes effektive til behandling af nogle former for kronisk hovedpine, og der synes at være minimale bivirkninger. Grundet mange af studierne heterogenitet er evidensen i høj grad baseret på få studier af god kvalitet, hvorfor fremtidige høj kvalitetsstudier kan ændre resultaterne i dette review.

- migræne, spændingshovedpine og cervikogen hovedpine. Det siger sig selv, at når ætiologien og klassificeringen ikke er endeligt fastlagt, så er det også vanskeligt at kigge på epidemiologien (Jull & Niere 2005).

ÆTIOLOGI

Ætiologisk ser det ud til, at de hyppige hovedpineformer kan være medieret gennem den trigemino-cervicale nucleus, som både har nerveforsyning til og fra de øvre nakkesegmenter og ansigtet i form af referred pain (Bogduk 1995).

Ud over migræne og spændingshovedpine ser det ifølge studier ud til, at også cervikogen hovedpine kan være en af de hyppige hovedpineformer (15-18 procent), om end denne hovedpineform ikke har været underkastet samme epidemiologiske udforskning og interesse blandt mange eksperter i Danmark (Nilsson 1995, Jull & Niere 2005).

Dertil kommer, at en stadig større mængde evidens underbygger forståelsen af, at der er muskuloskeletale komponenter i symptom billedet hos cervikogene hovedpinepatienter; dette især relateret til dysfunktioner i de høj cervikale segmenter artikulært og muskulært (2005, Falla 2004).

Blandt andet har billedvejledte blokader i facetled givet total lindring (Aprill et al 2002), og dertil viser studier, at manuelle/muskuloskeletale fysioterapeuter i signifikant grad kan reproducere symptomatiske led (Jull et al 1988, 1994, 1997), ligesom der er bestyrket evidens for, at muskuloskeletal diagnostik er særligt anvendeligt i klassificeringen (Zito et al 2005).

CERVIKOGEN HOVEDPINE

Klinisk er det yderligere væsentligt at kigge på, hvilke patienter der indgik i studierne, og hvilke interventioner der specifikt blev anvendt. Et væsentligt grundlag for evidensen til behandling af cervikogen hovedpine er et høj kvalitetsstudie af Jull et al. Inkluderede fra deres studie udgjorde omtrent halvdelen af disse patienter i Cochrane reviewet (Jull et al 2002). Her blev der taget udgangspunkt i symptomkarakteristika og muskuloskeletal undersøgelse til klassificering af cervikogen hovedpine, og interventionerne var mobilisering/manipulation og/eller specifikke stabiliserende øvelser udført af fysioterapeuter med muskuloskeletal uddannelse og erfaring.

I studiet af Jull et al blev der i gennemsnit givet 8-12 behandlinger, hvilket især resulterede i signifikant reduceret hovedpinehyppighed. Et succes kriterie var mindst 50 procent reduktion i hyppighed. Dette kan give et prognostisk fingerpeg for cervikogene hovedpinepatienter. Resultaterne styrkes af et pilotstudie af en gruppe kiropraktorer, der lægger op til en efterfølgende lignende RCT (Haas et al 2004). ►

► SPÆNDINGSHOVEDPINE OG MIGRÆNE

Angående spændingshovedpine er der uklarhed omkring ætiologien. Det er foreslået, at tilstedeværelsen af triggerpunkter kan være et tegn på, at der er muskuloskeletale elementer i symptombilledet - og dermed forhåbning om at konservativ behandling kan hjælpe (Jensen 2001, ICHD-II).

Det er dog vigtigt i klassificeringen af spændingshovedpine at have udelukket andre hovedpineformer; f.eks. er triggerpunkter også et hyppigt fænomen relateret til cervikale eller temporo-mandibulære dysfunktioner.

Migræne formodes at være mere neurovaskulær betinget, og årsagen ligger formentlig i autonome funktioner eller centrale smertemekanismer, hvilket også den karkonstrangerende migrænemedicin tyder på.

FYSIOTERAPEUTERS ROLLE

Det er relevant at antage, at hovedpineformer, der kan tilskrives ætiologi og/eller symptomatologi fra det muskuloskeletale system, også kan respondere positivt på konservative behandlingsmetoder. Herunder er også temporo-mandibulære dysfunktioner relevante i overvejelserne omkring udredningen og behandlingen af hovedpinepatienter.

Ud over de nævnte hovedpineformer er der også de blandede hovedpineformer. For eksempel kunne et element være muskuloskeletal og et andet migræne, hvilket igen bør have indflydelse på de interventionsmæssige og prognostiske overvejelser.

Diagnostik og klassifikation af hovedpinetyper er en væsentlig indfaldsvinkel til behandlingen, og bør indeholde både klassifikationskriterier (ICHD-II) og – særligt for cervicogen hovedpine – muskuloskeletal undersøgelse (Jull & Niere 2005). Differentialdiagnostisk er det altid vigtigt at være opmærksom på røde flag og mulig patologi (aneurismer, neurovaskulære tumorer etc.), som til tider kan maskere en "uskyldig" hovedpine.

Alt i alt ser det ud til at cervikogen hovedpine er en lidelse, som fysioterapeuter vil kunne hjælpe specielt meget – også på længere sigt – med manuelle teknikker og/eller specifikke stabiliserende øvelser.

Relevansen af fysioterapeutisk behandling er mere tvivlsom for migrænes vedkommende. Måske kan konservativ behandling (manipulation) være et alternativ til en lige så effektiv medicinering hos patienter med lette migrænesymptomer eller et bidrag til lindring af patienter, der har kraftigere symptomer og er afhængige af migrænemedicin.

Spændingshovedpine ligger lidt midt imellem de øvrige hovedpineformer med let til moderat evidens

for enkelte behandlingsformer. Torelli et al fandt dog i et nyere studie, at en "almen" fysioterapeutisk tilgang uden MT så ud til at have signifikant effekt på hyppigheden af spændingshovedpine, som gennemsnitligt reduceredes fra 16,3 dage til 12,3 under de sidste 4 ugers behandling. Dette gjorde sig især gældende for den kroniske spændingshovedpinepatient, som forsat havde det bedre efter 12-ugers follow-up, hvorimod patienter med episodisk spændingshovedpine ikke reagerede lige så godt. Interventionen bestod primært af massage, kognitiv- og adfærdsmæssig tilgang, vejledning om ergonomi og holdning, afspændingsteknik og instruktion i øvelser (Torelli et al 2004).

Det er fortsat relevant med forskning i hovedpineformers ætiologi, epidemiologi og klassifikation samt behandling. Få gode randomiserede kontrollerede studier kan bestyrke – men også ændre – mange af resultaterne i Bronfort et al's Cochrane review.

UDVALGTE REFERENCER

- Aprill et al. Occipital headaches stemming from the lateral atlanto-axial (C1-2) joint, *Cephalalgia* 2002;22 pp 15-22.
- Bogduk, Anatomy and physiology of headache, *Biomed & Pharmacother* 1995, 49, pp 435-445.
- Falla. Unravelling the complexity of muscle impairment in chronic neck pain, *Manual Therapy* 2004, 9, pp 125-133.
- Haas et al. Dose response for chiropractic care of chronic cervicogenic headache and associated neck pain: a randomized pilot study, *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*, 2004, 27(9) pp 547-553.
- ICHD-II (Olesen et al 2004), ICHD-II, *Cephalalgia* 2004, vol 24 suppl 1, pp 1-151 (kan downloades på <http://www.i-h-s.org>).
- Jensen R. Mechanisms of tension-type headache, *Cephalalgia* 2001, 21, pp 786-789.
- Jull et al. The accuracy of manual diagnosis for cervical zygapophysial joint pain syndromes, *The Medical Journal of Australia* 1988, vol 148, pp 233-236.
- Jull et al. Manual examination: is pain provocation a major cue for spinal dysfunction?, *Austr J of Physiotherapy* 1994, vol 40 no3, pp 159-165.
- Jull et al. Inter-examiner reliability to detect painful upper cervical joint dysfunction, *Austr J of Physiotherapy* 1997, vol43 no2, pp 125-129.
- Jull et al. A Randomized Controlled Trial of Exercise and Manipulative Therapy for Cervicogenic Headache, *Spine* 2002, Vol 27 No 17, pp 1835-1843 <http://www.muskuloskeletal.dk/sw10519.asp>
- Jull & Niere. The cervical spine and headache, IN: Boyling & Jull, *Grieve's Modern Manual Therapy – The Vertebral Column 3rd*, Butterworth Heinemann, 2005:pp 291-309.
- Nilsson. The Prevalence of Cervicogenic Headache in a Random Population Sample of 20-59 Year Olds, *Spine* 1995, vol20 no17, pp 1884-1888.
- Rasmussen. Epidemiology of headache, *Cephalalgia* 2001, 21, pp 774-777.
- Torelli et al. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study, *Cephalalgia* 2004 24, pp 29-36.
- Zito et al. Clinical tests of musculoskeletal dysfunction in the diagnosis of cervicogenic headache, (e-publiceret i *Manual Therapy* på ScienceDirect.com og afventer publikation i *Manual Therapy*). ■

fakta om...

Man kan finde en klassifikation af forskellige hovedpineformer hos The International Headache Society på www.i-h-s.org

DET STÅR DER I AVISEN

Om fysioterapi og fysioterapeuter

(SUNDHEDSCENTRE) Den 31. august var dommens dag for planerne om sundhedscentre landet over. Den dag fik de kommuner, der havde ansøgt om at få del i den statslige sundhedscenterpulje at vide, om deres planer var vejret og fundet for lette, eller om de fik del i tilskuddet. Glæden var stor i blandt andre Næstved Kommune, hvor *Næstved Tidende* kunne berette, at der var givet fire millioner i statstilskud til et sundhedscenter. Til gengæld var frustrationerne i Vestjylland til at tage og føle på, fremgår det af en artikel i *Jydske Vestkysten*. Af de 100 millioner kroner, ministeren delte ud på sundhedsområdet, faldt der ikke faldet en eneste krone i Vestjylland. Ribes borgmester, *Preben Rudiengaard* krævede i avisen en forklaring fra sundhedsministeren: "Jeg ved ikke, hvad der er foregået i ministerens hoved. Det ser ud til, at man vil gøre det skæve Danmark endnu mere skævt. Jeg håber, regeringen vågner op og finder yderligere penge til sundhedscentrene. Sker det, kan jeg acceptere situationen. Ellers ikke".

(REFORM) Det er ikke underligt, at sundhedscenterpengene er eftertragtede. I hvert fald hvis man skal tro den spåkugle, de bruger i Rødovre. Nyhedsmagasinet *Danske Kommuner* har bedt en håndfuld politikere beskrive en dag i 2010 og på den måde give deres bud på, hvad de tror kommunalreformen kommer til at betyde. *Britt Jensen* (S) socialudvalgsformand i Rødovre fantaserer om, at hun en aften i 2010 møder en tilfreds borger: "Borgeren fortalte mig, at hun jævnlige kom i kommunens sundhedscenter, som netop har haft fem års jubilæum. Borgeren var handicappet og havde behov for forebyggende behandling. Før strukturreformen var borgeren ofte fanget mellem to myndigheder (kom-

munen og amtet). Og alt for tit var borgeren kastebold i de såkaldte gråzoneområder mellem kommunen og amtet. Borgeren var i starten skeptisk over for, om kommunen kunne klare alle de nye opgaver, og borgeren var dengang bange for, om de forskellige ting omkring hendes helbred kunne fungere. Men det er gået rigtig godt. Efter at mange af opgaverne er overgået til kommunen, har borgeren ikke haft de samme problemer. Borgeren synes, at tingene går meget lettere nu, hvor det meste omkring hendes helbred og handicap kan ordnes i kommunen".

(HELIKOPTER) I *Sjællands Tidende* drømmer en politiker også fremtidsdrømme. I dette tilfælde *Ellen Knudsen*, der er konservativ spidskandidat til regionsrådet i Region Sjælland – og fysioterapeut. *Ellen Knudsen* redegør i et debatindlæg for, at de konservative spidskandidater i de fem kommende regioner vil arbejde for at indføre landsdækkende lægebemandet helikoptertjeneste. "Som fysioterapeut i mere end 25 år ved jeg, hvor meget akut lægebehandling og hurtig stabilisering betyder for følgerne af en ulykke. Det enkelte menneske kan føle sig trygt med hurtig adgang til lægelig ekspertise. Den efterfølgende genoptræning giver langt

bedre resultat med høj livskvalitet til følge, dersom patienten hurtigt visiteres og transporteres til rette behandlingssted. Samfundet kan spare millioner ved at undgå langvarige behandlingsforløb og pensionsudbetalinger, som følge af funktionsnedsættelse og handicaps", skriver *Ellen Knudsen* blandt andet.

(BØRNETØJ) En politisk karriere er ikke noget, der lokker fysioterapeut *Marianne Kragfeldt* fra Kolding. Hun har i stedet valgt en helt anden vej væk fra den slagne fysioterapeut-vej, idet hun netop har åbnet en butik med børnetøj. *Jydske Vestkysten* kan fortælle, at *Marianne Kragfeldt*, der oprindeligt kommer fra Aabenraa, er 33 år og tidligere har arbejdet med motorisk træning af børn. "Jeg er ikke sådan én, der skal være det samme hele livet. Det er spændende at være fysioterapeut, men jeg har også altid haft lyst til at have min egen forretning, for det har min mor haft lige siden jeg var lille, siger hun til avisen. Uddannelsen som fysioterapeut vil *Marianne Kragfeldt* bruge til at sælge børnesko. "Det rigtige valg af sko er afgørende for barnets videre udvikling, og derfor er sko en vigtig del af mit sortiment. Desuden tænker jeg på, at tøjet, ud over at være smart, skal give plads til fysisk udfoldelse og skal kunne tåle at blive brugt".

(SVINESTRID) Og til sidst går Fysioterapeuten for en gangs skyld over grænsen: Indbyggerne i Esgruschauby (eller Eskeris Skovby, som er den sydslesvigske landsbys danske navn) er trætte af, at der bygges en svinestald med plads til 749 svin sydvest for landsbyen. Fysioterapeut *Volker Sohr*, der driver et fitnesscenter og en klinik blot 260 meter fra det sted, hvor svinestalden skal rejses, frygter for sin forretning, fortæller han til *Flensborg Avis*.



HENNING BAGGER/SCANPIX

Ansigtssløft til fysio.dk

Nyt design, hurtigere svartider, optimering til en højere skærmopløsning, ny søgemaskine og hjemmesidevælger er blot nogle af de elementer, som medlemmerne kan opleve på den nye version af hjemmesiden fysio.dk.

AF WEBMEDARBEJDER
ANNE LARSEN

Danske Fysioterapeuters digitale hovedindgang - fysio.dk - har fået en ansigtssløftning med et nyt design og masser af ny funktionalitet. Designet er blevet let og lyst med en enklere farveholdning, og fokus ligger på indhold og funktionalitet og mindre på grafiske elementer. Alt i alt giver det hurtigere svartider, når der klikkes rundt på hjemmesiden.

HØJERE SKÆRMOPLØSNING

Den største forandring, som trofaste brugere af fysio.dk vil opleve, er, at hjemmesiden nu er optimeret mod en højere skærmopløsning, nemlig 1024x768 pixels. Det giver et bredere billede, hvor en meget større del af skærmens areal udnyttes. Beslutningen om denne store forandring bunder i, at et markant flertal af fysio.dk's brugere ikke længere arbejder med en skærmopløsning på 800x600 pixels men netop på 1024x768 eller mere.

Denne udvikling skyldes at mange af de gamle små skærme gradvist er blevet skiftet ud med større moderne skærme, hvor det er logisk at arbejde med en højere skærmopløsning.

Hjemmesiden kan stadig ses på en skærm med en 800x600 opløsning, men den opleves bedst med en opløsning på 1024x768 eller 1280x1024 pixels. Man ændrer skærmopløsningen ved klikke på start/indstillinger/kontrolpanel/skærm og dernæst vælge "indstillinger".

NY SØGEMASKINE SCANNER ALLE HJEMMESIDER

Fysio.dk har også fået en ny søgemaskine, som gør det muligt at få søgeresultater fra både fysio.dk og Danske Fysioterapeuters øvrige hjemmesider – for eksempel ffy.dk, kompetenceudvikling.dk eller fysio.stud.dk i den samme søgning. Resultater fra Danske Fysioterapeuters andre hjemmesider er placeret i en boks til højre for søgere-

sultaterne fra fysio.dk. Fra denne boks klikker man sig nemt videre til en af de øvrige hjemmesider, som åbner i et nyt vindue.

VÆLG HJEMMESIDE

Uanset hvor man befinder sig på fysio.dk, kan man altid klikke sig videre til Danske Fysioterapeuters øvrige hjemmesider. Vælg-hjemmeside-funktionen er fast placeret i øverste venstre hjørne lige under søgefunktionen.

I løbet af efteråret og vinteren vil Danske Fysioterapeuters øvrige hjemmesider også gennemgå en lignende optimering.

ØGET TILGÆNGELIGHED

Det er nu muligt for brugerne selv at ændre på tekststørrelsen på hjemmesiden. Det kan for eksempel være brugere med store skærme og høje opløsninger, som ønsker en større skrifttype, eller brugere på mindre og ældre skærme, som ønsker sig en mindre skriftstørrelse. Det gøres ved at vælge "tekststørrelse" under menuen "vis" i browservinduet. Alternativt kan "Ctrl" holdes nede, mens man ruller på musens "scroll-hjul".

Har du spørgsmål eller kommentarer til hjemmesiden, kontakt da webredaktør Martin Goldbach Olsen.

(VÆLG HJEMMESIDE) ■ Som en fast funktion på alle sider kan man nu komme hurtigt og direkte fra fysio.dk til en af Danske Fysioterapeuters øvrige hjemmesider. Vælg den ønskede hjemmeside i drop down menuen, hvorefter siden åbner i et nyt vindue.

(UDVIDET SØGEFUNKTION) ■ Når man bruger søgefunktionen, får man resultater fra fysio.dk samt en boks med resultater fra Danske Fysioterapeuters øvrige hjemmesider. Herfra kan man hurtigt klikke sig videre til relevante sider fra for eksempel ffy.dk, tillidsfolk.fysio.dk eller en af de mange andre hjemmesider.

(KVIKHJÆLP) ■ Kvikhjælpen på forsiden er den hurtige genvej til en række relevante emner på fysio.dk. Vælg et emne fra menuen og hop direkte til for eksempel klinikguide, praksiscertifikat eller løn.

DANSKE FYSIOTERAPEUTER

Nyheder Foreningen Faggrupper Fraktioner Kredse Kontakt Tillidsfolk

Job Servicecenter Debat Uddannelse Kurser Praksis/Privat Løn/Ansættelse Udvikling/Forskning Fysioterapeuten

SØG

Søgetekst OK

VÆLG HJEMMESIDE

Vælg emne

Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1350 København K
df@fysio.dk
Tlf 33414620
Fax 33414614

UGENS NYHED

Forebyggelse af knæskader
9. september 2005

"Knokl for dit knæ" er titlen på den kampagne som Fagforum for Idrætsfysioterapi lancerer i samarbejde med Gigtforeningen og Dansk Håndbold Forbund. Den sætter fokus på forebyggelse af knæskader hos håndboldspillere.

SENESTE NYT

- 12. september 2005: **Ansigtstøft til fysio.dk**
- 8. september 2005: **Tre af ti nakkepatienter får bivirkninger**
- 5. september 2005: **1 tft: Milliarder at spare ved genoptræning**
- 5. september 2005: **Fysisk aktivitet giver flere leveår**
- 5. september 2005: **Rekord stor bud til fysioterapeuter**

--> **Flere nyheder**

OPDATERINGER

Se de seneste opdateringer af fysio.dk

TOP 10 DOWNLOADS

2311 downloads af "Lønmagasin 2004"

KURSER

Bat II Seminar
Få yderligere erfaring med øvelserne i BAT!

Forflytning og pædagogik - trin 2
Overvej og juster egen praksis!

Fysioterapi til børn - på tværs af koncepter, test og regler

Børn, fedme og dårlig kondition
fysioterapeutens rolle og indsats for at forebygge fedme og dårlig kondition hos børn

JOB

(8. september) Århus Amt Vikariater

(7. september) Klinik i Horsens Vikar

(7. september) Bliskov Fysioterapeut

(5. september) Rundkobling Vikar

SE OGSÅ

DIALOGMODER

BLINDSGUIDE

NYHEDSBREV

STUDENTER

NY HJEMMESIDE

DEBAT

Petra Kemel (12. september)
Hvis en mobil fysioterapeut ophører med at praktisere, er det amtet, der kan genudbyde ydernummeret.

Leif Christensen (12. september)
Erfaring med salg af mobilt ydernummer efterspørges?

Grethe Jensen (12. september)
Den øgede udliotering vil øge efterspørgslen på kompetent behandling. Så giv klinikkerne tidssvarende rammer!

AFSTEMNING

Har du tænkt dig at stemme, når der i Danske Fysioterapeuter til november skal vælges fem regionale formænd på fuld tid?

Ja
 Nej
 Ved ikke

Stem

KVIKHJÆLP

Ansættelsesvilkår
Arbejde i praksis
Børn og børn
Faggrupper
Ferie

ARRANGEMENTER

September - 2005

		1	2	3	4
5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28
29	30				

Søg i kategori

Senest redigeret 13-09-05 af Anne Larsen kl. 10:02

Oms Fysio.dk

Vil hellere end gerne have kvalitativ forskning

Kommentar til "Bladet bør give stemme til en anden side af fysioterapien" i sidste nummer

DEBATINDLÆG AF:
HENNING LANGBERG, VIDENSKABELIG REDAKTØR FFY,
SENIORFORSKER, PH.D., FYSIOTERAPEUT

! Kære Jens Olesen. Tak for dit lange og rosende indlæg. Jeg er helt enig med dig i, at den sociale og humanistiske forskning skal være synlig, og at denne del af forskningen, på samme måde som den kvantitative forskning, er vigtig for vores fags fremtidige beståen.

Som videnskabelig redaktør for Danske Fysioterapeuters forskningsportal www.ffy.dk vil jeg gerne understrege, at vi i FFY gennem en lang række tiltag forsøger at stimulere alle dele af den fysioterapeutiske forskning, også den kvalitative del.

Når vi ikke har publiceret så mange kvalitative forskningsartikler, skyldes det, at vi kun modtager få af dem. Jeg vil meget gerne benytte lejligheden til at opfordre såvel kvalitative som kvantitative forskere til at publicere i FFY, herunder Nina Schriver og Gunn Engelsrud. Fra FFY's side prøver vi også at stimulere fysioterapeuter til at indsende videnskabelige artikler inden for det kvalitative område. Senest har vi efterkommet et ønske fra forskere i den "kvalitative lejr" om at tillade længere artikler.

Når manuskripter tilsendes FFY gennemlæses disse af faglig redaktør Vibeke Pilmark og undertegnede samt det videnskabelige panel, og efterfølgende af to eksterne bedømmere med specialviden inden for manuskriptets område. FFY vil hellere end gerne benytte Nina og Gunn til dette arbejde, men aktuelt får vi ikke tilsendt kvalitative manuskripter.

Konkret har Nina siddet i redaktionen for FFY gennem et års tid (2002) og kunne på daværende tidspunkt



ikke afse tid til at fortsætte dette arbejde, men hun er på ingen måde holdt uden for det gode selskab, tværtimod. Det er imidlertid vigtigt for mig at påpege, at Marianne Lindahl gennem de sidste par år har siddet i redaktionen, og at hun på fornemste vis varetager den kvalitative forsknings tarv. Marianne har netop udfærdiget en manuskriptvejledning for caserapporter, og aktuelt har vi et par caserapporter i pipeline mod publicering.

Jeg håber, du af ovenstående kan få et indtryk af at jeg/vi på FFY stimulerer fysioterapeutisk forskning - kvalitativ som kvantitativ - og hvis du har ideer til, hvad vi kan gøre yderligere, så hører jeg meget gerne fra dig.

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. 17/2005 udkommer 7. oktober.

Deadline for debat: 23. september.

opslagstavlen

Klinikudstyr sælges

■ 1 stk. beige masolet behandlingsleje, 1 behandlerstol beige, armbord, 2 Reebok step, behandlerstolen fisken, 2 rulleborde, termoheater. I alt 12.000 kr. Lone Fogh 8697 4541 eller 8648 1219.

blank side til Anja

MARKEDETS BEDSTE KØB

POWER LASER

-et effektivt værktøj i klinikken

FORDELE ved laserterapi:

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

**Afprøv POWER LASER
gratis i 3 uger**

LASERTERAPI

= evidensbaseret fysioterapi

GRATIS KURSUS I LASERTERAPI

*- i samarbejde med fysioterapeut
Jesper Kousted*

- 4. oktober 2005 Kolding
- 11. oktober 2005 Roskilde
- 8. november 2005 Odense
- 29. november 2005 Randers
- 13. december 2005 København

Kurset er inkl. kursusmateriale
og en let anretning.

Alle steder kl. 17.00 - 21.00

Se øvrige kursusdatoer på

www.andi.dk

ANDI ELECTROMEDICAL har udviklet og produceret laserterapiudstyr siden 1982

ANDI ELECTROMEDICAL
Kanalstræde 2 · DK-4300 Holbæk
Tel. +45 59 44 08 32
Fax +45 59 44 29 11
info@andi.dk

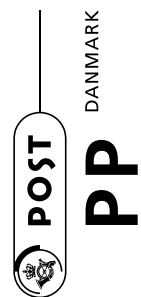
HØJ KVALITET



POWER LASER

CE₀₅₄₃

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



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