

Nr. 18/oktober/2005  
87. årgang



## Nakkebesvær

Cochrane: Manipulation og mobilisering kombineret med øvelser er effektivt til nakkebesvær.  
Side 4

# Fysioterapeuten

[www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)



## En oplagt chance

Thomas Helt er klar til at give sit besyv med, når kommunerne skal indtage deres nye pladser på sundhedsområdet efter kommunalreformen.

SIDE 26

### Artikler

#### Manipulation og mobilisering til nakkebesvær



Cochrane: Der er evidens for, at manipulation og mobilisering kombineret med øvelser er effektive behandlingsformer til nakkebesvær.

4

#### Handicappede ældes hurtigere

Aldringsprocesserne forløber hurtigere hos mennesker med handicap. Med den rigtige dosering af træning er det muligt at forhale processen.

10

#### Regionsgeneralforsamlinger

I regionerne Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland har der været afholdt stiftende generalforsamlinger med valg af bestyrelser.

14

#### Frit valg til debat i hovedbestyrelsen



Hofteoperation i stedet for charterrejse, svage patienters manglende valgmuligheder og penge som motivations-

faktor. Hovedbestyrelsen kom vidt omkring, da Danske Fysioterapeuters sundhedspolitik var på dagsordenen.

22

#### Kommunerne og praksissektoren

Kommunalreformen kan åbne yderligere for et marked, som praktiserende fysioterapeuter allerede et stykke tid har været i gang med at erobre.

26

#### Rektor spørger i timerne

De rumænske sundhedsmyndigheder er noget bekymrede, efter det er gået op for dem, at en folkeskole i Prahova i Rumænien i mere end 50 år har brugt skelettet af skolens gamle rektor i anatomi.

Skolens lærere protesterer over interessen og hævder, at netop brugen af Gigore Alexandru Popescus skelet i undervisningen har fået mange unge til at blive læger.

Avisen Evenimentul Zilei skriver, at sundhedsmyndighederne vil undersøge skelettet, der muligvis kan være smittebærer af sygdomme.

Nedenstående foto er ikke fra Rumænien, men derimod fra en dansk uddannelsesinstitution. For også på vore egne breddegrader er skeletter jo som bekendt flittigt brugte gæstelærere.

Kilde: Ekstra Bladet



FOTO: JAN HØST-AARIS/CHILI

#### Det faste

Fysnyt 12,25,31

Litteratur 21

Debat 35

Kalender 39

Uddannelse 44

Job 49



FORSIDE:  
LARS HORN

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

ISSN 1601-1465

## Vi følger nøje med

Det er ikke første og nok heller ikke sidste gang, jeg beskæftiger mig med kommunalreformen i min leder. Men historisk set er det også den største samlede opgaveflytning i sundhedsvæsenet, der involverer vores medlemmer - på godt og ondt. På det seneste har der på hjemmesiden fysio.dk være debatindlæg fra fysioterapeuter på sygehuse, der er bekymrede eller frustrerede over processen. Ikke mindst over at skulle fremkomme med ønsker til det fremtidige arbejdsområde eller -sted, før der er noget helt konkret at forholde sig til. Jeg kan godt forstå deres reaktion.

Amterne er i gang med at gøre op, hvilke opgaver og personale der skal flyttes til kommunerne, samtidig med at en arbejdsgruppe under Indenrigs- og Sundhedsministeriet er i færd med at afgrænse den almene og specialiserede genoptræning. Det mest hensigtsmæssige havde været, hvis gruppen havde været færdig med arbejdet før kortlægningen i amterne. Det ville have givet bedre muligheder for at udpege de opgaver, der skal flyttes ud i kommunerne. Men sådan har det ikke maget sig. Derfor har kollegaerne på sygehusene de seneste måneder skulle afgive deres ønsker. Det som en direkte følge af de faglige organisationers pres på regeringen for at sikre partshøring i lovgivningen, inden der træffes beslutning om den enkelte medarbejders placering.

Men der er netop tale om en høring og ikke en situation, hvor den enkelte ansatte definitivt bliver varslet, hvor han eller hun fremover skal arbejde. Sådan havde man fejlagtigt opfattet det på et enkelt sygehus. Det blev dog rettet, efter at Danske Fysioterapeuter har henvendt sig til amtet. Efterfølgende har vi skrevet et brev til Amtsrådsforeningen og understreget, at varsling af vilkårsændringer først skal ske når den endelig opgavefordeling ligger fast i foråret 2006.

Der skal ikke herske tvivl om, at Danske Fysioterapeuter nøje følger processen. Vi har oprettet en særlig hjemmeside og nedsat en gruppe i sekretariatet, der står til rådighed for alle medlemmer, som har brug for hjælp i forbindelse med kommunalreformen. Ligeledes skal jeg opfordre til at kontakte forhandlingsafdelingen, hvis man ikke mener, at procedureloven, varslinger m.v. bliver overholdt. Samtidig har vi afholdt en række dialogmøder, hvor fysioterapeuter fra de forskellige sektorer har haft mulighed for at diskutere, hvordan varetagelsen af de fremtidige opgaver skal være. Ærindet er at skabe afklaring og en frugtbar dialog om, hvordan vi håndterer de nye ansvarsområder, som følger af kommunalreformen. For selv om der vil være vanskeligheder og frustrationer undervejs, giver reformen samlet set fysioterapeuter mulighed for at kunne spille en større sundhedsmæssig rolle end tidligere. Denne mulighed skal vi hjælpe hinanden med at udnytte.



Af Johnny Kuhr  
formand for  
Danske  
Fysioterapeuter

# Manipulation og mobilisering til nakkebesvær

Der er evidens for, at manipulation og mobilisering kombineret med øvelser er effektive behandlingsformer til nakkebesvær

AF MARTIN B. JOSEFSEN, FYSIOTERAPEUT, EXAM MT  
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

## indgang

■ Et Cochrane review viser, at manipulation og mobilisering har god effekt, når det kombineres med patientaktiverende øvelser.

Manuelle teknikker anvendes i høj grad – af flere faggrupper – i den konservative behandling af nakkepatienter. Der ligger megen empiri, erfaring og tradition i de forskellige fag og deres manuelle behandlingstilgange.

Cochrane reviewet "Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders" indekseret i Cochrane biblioteket i 2005 (issue 3), blev først gange publiceret i 2002.

Dette review viser, at der er stærk evidens for, at manuelle teknikker kombineret med øvelser er særligt effektivt til nakkebesvær, hvilket også bekræftes i et nyere Cochrane review (Kay et al 2005).

Der foreligger endvidere nogen evidens for, at hverken mobilisering eller manipulation alene er mere effektivt end mange andre konservative behandlingsformer til nakkebesvær – generelt set. Som på lænderygområdet kan det se ud til, at der i den overordnede behandlingstilgang bør indgå patientaktiverende elementer i form af øvelser.

### MANGLER ANALYSE PÅ SUBGRUPPER

Det er vigtigt at huske på, at det i reviewet ikke har været muligt at analysere på modaliteterne til subgrupper af nakkepatienter. Et senere review om hovedpinebehandling viser moderat evidens for, at manuelle teknikker alene har signifikant positiv effekt til cervikogene hovedpinepatienter (Bronfort et al 2004).

Cervikogene hovedpinepatienter udgør en subgruppe af hovedpinepatienter, og betragtes yderligere som en mulig subgruppe af nakkepatienter.

I et senere review om behandling af akut nakkebesvær er der fundet begrænset evidens for, at manipulation har umiddelbar positiv effekt (Howard et al 2005).

### FYSIOTERAPEUTER OG KIROPRAKTORER

I de inkluderede studier blev interventionerne hovedsageligt udført af muskuloskeletale (manuelle) fysioterapeuter eller kiropraktorer.

Det ser ifølge et studie fra 2005 ud til, at omtrent en

1/3 af alle nakkebehandlinger udført af kiropraktorer, medfører bivirkninger, primært forbigående, i form af bl.a. ømhed, smerte, svimmelhed og paræstesier. Dette viste sig især ved manipulationsbehandling, særligt hos patienter med stærke nakkesmerter, og ikke i så høj grad ved behandling med mobilisering (Hurwitz et al 2005). Det vides endnu ikke, om cervikale manipulationer udført af muskuloskeletale fysioterapeuter medfører samme mængde af bivirkninger.

I Danmark udbydes postgraduat efteruddannelse i manuel/muskuloskeletal fysioterapi af Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi (DFMT), som er medlem af International Federation of Manual/Manipulative Therapists (IFOMT). De spinale manuelle teknikker, der anvendes i muskuloskeletal fysioterapi, er udviklet på baggrund af flere koncepter, og herunder indgår bl.a. kombinerede bevægelser og korte vægtstænger som en del af repertoireet – for at undgå overdrevne bevægelser i enkelte bevægeretninger. Sådanne manipulative teknikker anses generelt som værende mere sikre og skånsomme. Desuden anses manipulation ofte som second choice, hvis mobilisering (eller andre teknikker) ikke medfører ønsket effekt (Maitland 2005).

Behandlingstilgangen samt valg af teknik udspringer først og fremmest fra en grundig muskuloskeletal undersøgelse og teknikernes udførelse tilpasses nøje i forhold til patientens symptomer og tegn. Trods forestillinger om forskelligheder blandt flere professioner (fysioterapi, kiropraktik og osteopati) ser det ifølge et studie ud til, at der på mange områder er flere ligheder end forskelle i anvendelsen af manipulation til lænderygsbesvær (Harvey et al 2003). Dog ser det i et andet studie ud til, at kiropraktorer oftere anbefaler manipulation til rygbesvær (Werner et al 2005).

### PRE-MANIPULATIVE TEST

Det anslås, at omtrent 1/1000.000 cervikale manipulationer kan medføre alvorlige bivirkninger. Der er bl.a. rapporteret om a. vertebrobasilaris komplikationer og endnu sjældnere om a. carotis komplikationer.



Klinisk er det især behandling af høj cervikale segmenter, som bør vække ekstra omtanke. Herunder anbefales generelt screening for vertebrobasilar insufficiens (VBI) med anvendelse af særlige VBI-test (pre-manipulative test) for at undgå katastrofale følger i a. vertebrobasilaris (Maitland et al 2005).

Der forskes fortsat i VBI-testenes gyldighed, og trods sparsom evidens indgår særlige cervikale manøvrer som bedste bud på screening (Arnold et al 2004).

Herudover er der fokus på at screene for høj cervikal ligamentinstabilitet, som i nogle tilfælde bør skænkes ekstra opmærksomhed (ved traumer m.m.). Under alle omstændigheder bør behandlingen vælges ud fra safety first-princippet og manipulation udelukkes ved positive VBI-test eller ligamenttest, tegn på røde flag eller andre kontraindikationer fra den samlede undersøgelse.

Sammenholdt med at mobilisering generelt set har vist sig at være lige så effektivt som manipulation, trækker disse fakta i retning af, at mobilisering sandsynligvis ofte kan foretrækkes før manipulation af cervicalcolumna. Dette gælder nok især de høj cervikale segmenter.

## SEGMENTDIAGNOSTIK

Som en del af den spinale undersøgelse indgår segmentdiagnostikken, som i nogen grad er med til at afgøre valg af teknik. Der forskes fortsat i segmentdiagnostik, og hvilke svar der kan udledes af undersøgelsen – herunder palpationen/bevægpalpationen.

I et review fra 2004 udledes det, at spinal palpation især synes anvendelig, når der ledes efter smertesvar frem for bevægelighed (Seffinger et al 2004). Dette er også fundet vedrørende test til bl.a. bækkenet (Albert 2002).

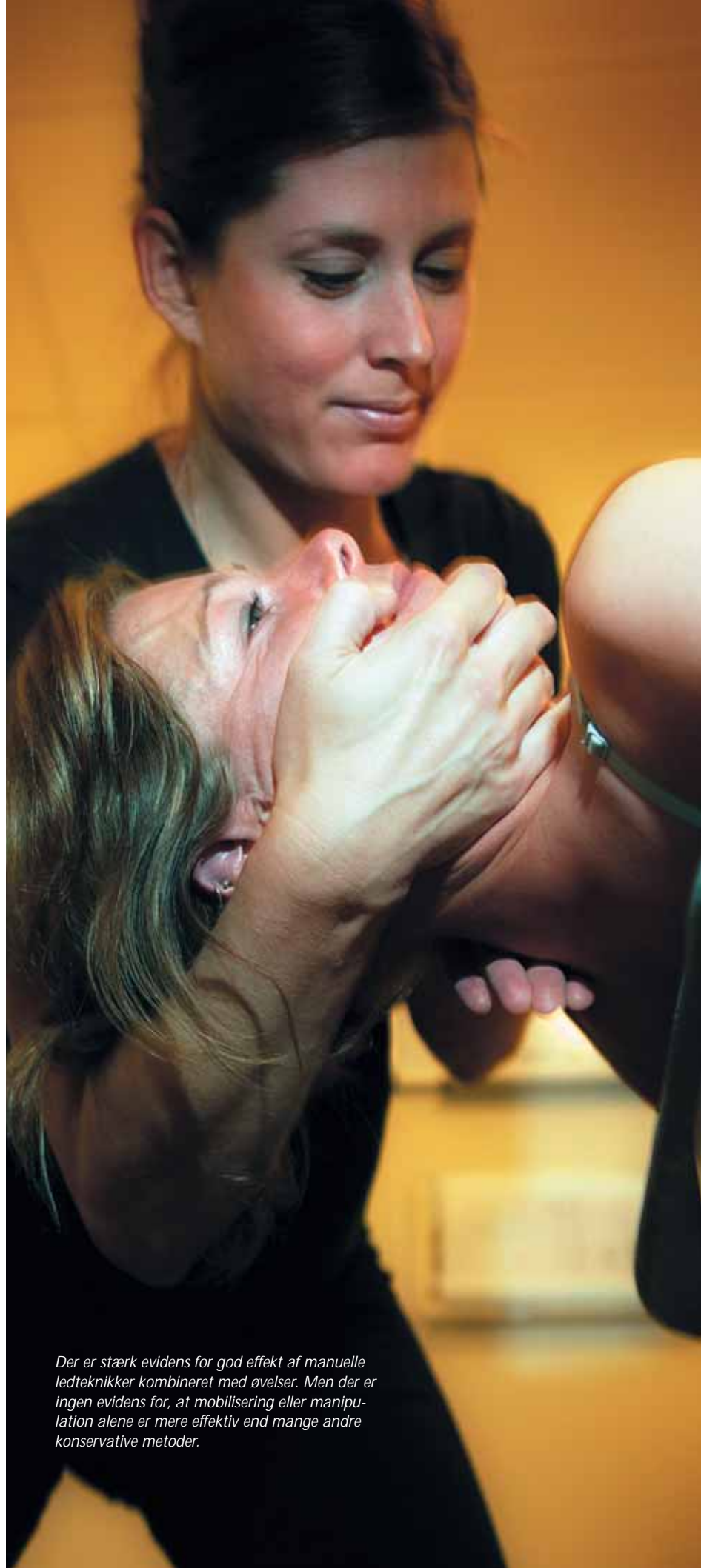
Et antal studier på nakkeområdet tyder endvidere på, at cervikal segmentundersøgelse udført af manuelle/muskuloskeletale fysioterapeuter er både valid og reliabel med hensyn til patoanatomisk lokalisation (Jull et al 1988, 1994, 1997) – både på baggrund af smertesvar og palpationsfund.

Manuelle cervikale ledteknikker appliceres overordnet set specifikt. Dvs. segmentet med diagnosticeret dysfunktion søges behandlet i specifik retning, med præcis amplitude, kraft og hastighed (og gentagelser ved mobilisering) - uden overdreven påvirkning af øvrige segmenter.

Rationalerne er primært biomekaniske og neuromuskulære. Herunder at påvirke restriktionsdysfunktioner og/eller effektuere en neurofysiologisk mekanisme.

## VÆVSPÅVIRKNING

At passiv vævsudspænding kan øge bevægeligheden er dokumenteret, om end virkningsmekanismerne fortsat ►



*Der er stærk evidens for god effekt af manuelle ledteknikker kombineret med øvelser. Men der er ingen evidens for, at mobilisering eller manipulation alene er mere effektiv end mange andre konservative metoder.*



# RESUMÉ AF COCHRANE REVIEW OM MANIPULATION OG MOBILISER

Gross et al, Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders (review), The Cochrane Library 2005, Issue 3 (first publ. 2002, issue 3).

## Baggrund

Nakkebesvær er hyppigt forekommende og en samfundsøkonomisk byrde. Interventionsformerne til nakkebesvær er mangfoldige og effekten af mobilisering/manipulation er uklar.

## Formål

At se om manipulation og mobilisering hver for sig eller i kombination med andre behandlingsformer resulterer i smertereduktion, forbedrer funktionen, patienttilfredshed, og overordnet opfattet effekt hos voksne med mekanisk nakkebesvær (mechanical neck disorders - MND).

## Søgestrategi

Til og med marts 2002; CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, MANTIS, CINAHL og ICL uden sproglige søgebegrensninger.

## Udvælgelseskriterier

RCT'er / quasi-RCT'er omhandlende effekten af mobilisering/manipulation til nakkebesvær.

Interventionen kunne bestå af ledmobilisering (low velocity – small/high amplitudes, eller eventuel neuromuskulære teknikker) eller ledmanipulation (high velocity – low amplitude) eller en kombination af disse - samt mulig ko-intervention med f.eks. øvelser.

## Databearbejdning

Fire par af uafhængige reviewers vurderede studierne metodiske kvalitet ud fra standardiserede metoder med hjælp fra tredje person ved uoverensstemmelser. Analyse af sammenlignelige data foregik ved hjælp af datapooling, hvis det var muligt (ved relativt homogene målemetoder/studiedesigns).

## Resultater

Af 528 identificerede studier blev 33 inkluderet, heraf fandtes 43 procent at være af høj kvalitet.

19 studier omhandlede "mekanisk nakkebesvær" (akut, subakut og kronisk), 12 studier hovedpine med nakkeætiologi / cervikogen hovedpine (akut og kronisk), 6 studier nakkebesvær med nogle radikulære tegn og symptomer (akut og blandet varighed), 6 studier whiplash associerede lidelser (WAD) (akut, kronisk og blandet varighed), 6 studier degenerative forandringer (kronisk og blandet varighed).

Der var ikke nok data til at analysere behandling til subgrupper/undertyper af nakkebesvær.

## Manipulation alene

Ingen evidens for at manipulation alene er bedre end andre konservative interventionsformer (øvelsesterapi, medicin, bløddelsbehandling, almen fysioterapi m.m.).

Tre studier viste, at der ikke var effektforskel mellem manipulation og mobilisering på kort og mellemlang tid til akut, subakut og kronisk nakkebesvær med/uden radikulære symptomer og/eller hovedpine.

Der var begrænset evidens for, at der ikke var effektforskel ved

- tilføjelse af thorakal manipulation.
- rotationsmanipulation versus transversel / lateral manipulation.
- manuel versus "maskinel" manipulation til subakut nakkebesvær.

## Mobilisering alene

Der var begrænset evidens for, at mobilisering alene ikke er bedre end diverse andre konservative behandlingsmetoder.

Moderat evidens for ingen effektforskel mellem mobili-

Fysioterapeuten vil i det kommende år præsentere en række systematiske oversigtsartikler fra Cochrane biblioteket.

Tidligere omtaler af reviews kan søges på [www.ffy.dk](http://www.ffy.dk) og alle reviews kan downloades fra [www.cochrane.dk](http://www.cochrane.dk)

Levels of evidence anvendt	Hovedkrav
Stærk evidens	Overensstemmende fund fra mindst to højkvalitetsstudier
Moderat evidens	Fund fra et højkvalitetsstudie eller flere lavkvalitetsstudier
Begrænset evidens	Mindst et studie af begrænset kvalitet
Modstridende evidens	Modstridende fund fra flere studier
Ingen evidens	Ingen studier
Evidens for bivirkninger / negativ effekt	Studier som viste vedvarende bivirkninger / dårlig effekt

# ING TIL NAKKEBESVÆR

sering og akupunktur til subakut/kronisk nakkebesvær med/uden whiplashsymptomer på kort og lang sigt.

## Multimodal: Mobilisering og manipulation

Sammenlignet med ingen behandling til nakkebesvær med hovedpine var der tendens til bedre kort- og langtidseffekt med hensyn til smerte, funktion og overordnet opfattelse af bedring.

Sammenlignet med almen fysioterapi fandtes modstridende evidens.

Moderat evidens for ingen effektforskel mellem kombinationer af mobilisering, manipulation og manuelle bløddelsteknikker.

## Multimodal: Mobilisering og manipulation plus andre fysikalske metoder

Moderat evidens for ingen effektforskel sammenlignet med diverse behandlingskombinationer (herunder kombinationer af bl.a. el-terapi, massage, øvelser, halskrave etc.) til akut/kronisk nakkebesvær med/uden hovedpine eller WAD.

## Multimodal: Mobilisering og manipulation plus øvelsesterapi

Der fandtes stærk evidens for kombination af mobilisering/manipulation og øvelser til akut/subakut/kronisk nakkebesvær med/uden hovedpine og/eller radikulære fund på kort og lang sigt (smerte, funktion, overordnet effektopfattelse).

## Andre overvejelser

Bivirkninger blev analyseret i 31 procent af studierne. Alle rapporteringer omhandlede godartede og forbigående bivirkninger som ømhed, hovedpine, øget smerte, distale paræstesier, svimmelhed og øresymptomer. Ingen alvorlige bivirkninger kunne fastslås i dette review.

Cost-effectiveness: Moderat evidens for fordele ved manuel behandling til akut/subakut/kronisk nakkebesvær med/uden hovedpine og/eller radikulære fund.

## **Konklusion**

Der er stærk evidens for god effekt af manuelle ledteknikker kombineret med øvelser. Der er ingen evidens for, at mobilisering og/eller manipulation alene er mere effektivt end mange andre konservative behandlingsmetoder. Det var i dette review ikke muligt at analysere, om subgrupper af nakkepatienter responderede forskelligt.

► diskuteres (Lederman 2005). Der kan bl.a. være tale om morfologiske vævspåvirkninger eller ændringer i smertetolerancen. Særligt angående specifikt applicerede teknikker kan en mulig vævspåvirkning være viskoelastisk stressrelaksation og/eller mikrotraumatiske effekter på lokalt/mikroskopisk niveau (cross-links, adhærencer), som ikke nødvendigvis lader sig måle på makroskopisk plan eller f.eks. med ekstern måling af overordnet længdespændingsforhold i en muskel (2005).

Et antal studier har påvist umiddelbar øgning af cervikal bevægelighed (ROM) efter specifik mobilisering og/eller manipulation, og måske er effekten lidt større efter manipulation end mobilisering. I et studie er effekten observeret hos patienter med klassificeret cervikogen hovedpine, hvor der blev givet manipulation i 3 ugers perioder med cross-over design. De behandlede grupper bibeholdt den øgede ROM i de 12 uger, studiet varede (Whittingham et al 2001).

Ifølge nyere forskning tyder det på, at der ved ledsmerter/dysfunktioner ofte følger ændringer i den neuromuskulære kontrol, hvilket er velkendt på lænderygområdet.

På nakkeområdet er der bl.a. observeret ændringer i de dybe cervikale fleksoreres udholdenhed og evne til at stabilisere nakken (Jull et al 2004). Måske er det en del af forklaringen på, at muskelaktiverende øvelser ser ud til at udgøre en væsentlig del af den samlede interventionseffekt. På den anden side er der også observeret bedre aktiveringsevne af den lumbopelvins stabiliserende muskulatur efter manuel behandling af sacroiliacaled hos bækkenpatienter (Lahtinen-Suopanki 2005).

For nakkens vedkommende er der observeret dæmpning af overfladisk/global muskelaktivitet og bedring af dyb, segmentær/lokal muskelaktivitet efter segmental mobilisering af nakkepatienter (Sterling et al 2001).

Eksperimentelle studier på grise har yderligere påvist, at induceret smerte på lumbale facetled eller diskus resulterer i umiddelbar muskelaktivitet i multifidus; for facetled opstår det på samme niveau og side, og for diskus på samme niveau samt et par kaudale niveauer (Indahl 1995).

Et tilsvarende eksperimentelt studie tyder på, at udpænding af facetledskapsel – induceret med naturlig saltvandsopløsning – effektuerer en afspænding af muskelspasmen (Indahl 1997). Udledte hypoteser går på, at smerte på passive strukturer kan resultere i lokale muskelspasmer og dermed mulig iskæmi samt atrofi og understøtter desuden hypotesen om, at ledteknikker reflektorisk kan mindske uhensigtsmæssige muskelspasmer (1997).

Særligt for nakken gælder, at multifidus har insertioner direkte på facetledskapslerne, hvorfor multifidus måske kan spille en væsentlig rolle i nakkedysfunktioner (Anderson et al 2005). ►

- Derudover er det dokumenteret, at manipulation har en umiddelbar analgetisk effekt, hvilket eventuelt kan mindske segmentær smerteinhibering (Souvlis et al 2005).

Analgetisk effekt er også observeret selvom manipulation udføres et antal segmenter fra det smertende område (Cleland et al 2005).

Således er hypoteserne om dysfunktioner og behandlingseffekter især biomekaniske og neurofysiologiske - og der er fortsat mange uafklarede spørgsmål. Dertil kommer uafklarede forhold omkring smertemekanismer, især for kroniske smertepatienter.

Herunder kan sensitivering og plastiske ændringer i nervesystemet sandsynligvis medføre autogene vedligeholdende faktorer både i smerteledningen og perceptionen i dele af CNS (Wright et al 2005). Dette taler ifølge nogle eksperter for, at behandlingen – især hos kronikere - i højere grad bør rettes mod andre dele end lokale vævsdysfunktioner, hvilket understøtter budskabet om en bio-psyko-social tilgang.

### SAMMENLIGNING AF FLERE TEKNIKKER

Hvis der teoretisk set findes forskellige former for segmentale dysfunktioner, mulige smertende strukturer og smertemekanismer (bevægeindskrænkning i bestemt retning, funktionel instabilitet i bestemt retning, facetledssmerter, diskogene smerter, nerverodsaffektion, mekanisk/inflammatorisk /neurogent betingede smerter etc.), må man formode, at der bør anvendes forskellige specifikt applicerede teknikker for at opnå bedst mulig effekt. Teknikker som biomekanisk er dysfunktions- og strukturspecifikke.

Der kunne blandt andre være rationaler for prioritering af den primært ønskede effekt vedrørende mekaniske, remodelerende, neuromuskulære eller smertemodulerende virkninger. Segmentale tekniske overvejelser kan f.eks. dreje sig om specifik retning, kombinationer af bevægeretninger, amplitude, kraft, hastighed, rytme og antal gentagelser (ved mobilisering) - samt eventuelt retningspræferencer for teknikken på baggrund af symptomrespons e.a. Dertil kommer mange andre forhold omkring applikationen såsom information og kommunikation med patienten (før, undervejs og efter), timing (især ved manipulation) samt eventuel justering af teknikken undervejs.

Et interessant studie i reviewet har sammenlignet to bestemte manipulationsteknikker (rotations-thrust versus transverselt thrust) og man fandt ingen effektforskel til forsøgsgruppen generelt (van Schalkwyk et al 2000).

Årsagen til dette outcome kan diskuteres, men dysfunktionsmæssigt har der måske været tale om en heterogen forsøgsgruppe. Med andre ord kunne en subgruppe have haft glæde af den ene teknik frem for den anden og omvendt.

Frem for at sammenligne to forskellige teknikker til en i virkeligheden måske heterogen gruppe kunne det øjensynligt være mere interessant at afprøve forskellige teknikker til diagnosticerede subgrupper. Men dette afspejler blot på teknisk plan de problemer, der også er på overordnet med mange interventionsstudier; nemlig manglen på studier, som afprøver interventioner til diagnosticerede subgrupper af patienter.

Patoanatomisk kan flere segmentære strukturer være smertegivende (facetled, diskus, ligamenter, muskler etc.). Et oplagt interventionsdesign kunne være forskellige behandlingsmodaliteter til eksempelvis facetledssmerter versus diskusprotrusioner. Og hvis passive manuelle teknikker er effektive, kan det måske også formodes, at "passive" mobiliserende øvelser i en grad kan være effektive; f.eks. retningsbestemte gentagne bevægelser (a.m. McKenzie). Der er dog i et andet review fundet manglende evidens for McKenzie-teknikker på nakkeområdet, men evidens for god effekt på lænderygområdet på kort sigt (Clare et al 2004).

### MANUELLE TEKNIKKER ER EFFEKTIVE

Overordnet ser det ifølge dette review ud til at manuelle teknikker, i kombination med øvelser, er effektive til nakkebesvær.

Der er fortsat behov for forskning, som søger at af-dække om mobilisering og/eller manipulation er effektiv eller ineffektiv til subgrupper af nakkepatienter. Dertil kommer behovet for en valid og reproducerbar diagnostik og klassificering af subgrupper af nakkepatienter. Grundforskning kan måske være med til at afdække nogle af de patomekaniske forhold hos nakkepatienter yderligere, og måske skabe grundlag for udvikling af diagnostiske og terapeutiske teknikker.

### UDVALGTE REFERENCER

Albert HB, Godsken M, Westergaard JG. Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain. *Spine*. 2002 Dec 15;27(24):2831-4.

Anderson et al, Morphology, Architecture and Biomechanics of Human Cervical Multifidus, *Spine* 30(4) 2005 E86-E91.

Arnold et al. Doppler studies evaluating the effect of a physical therapy screening protocol on vertebral artery blood flow, *Manual Therapy* 2004;9 pp 13-21.

Bronfort et al. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache (review), first publ. 2004, issue 3 (se *Fysioterapeuten* nr. 16 2005 eller på [ffyd.dk/Cochrane](http://ffyd.dk/Cochrane))

Clare et al. A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain, *Austr J of Physiotherapy* 2004, vol50, pp209-216.

Cleland et al. Immediate effects of thoracic manipulation in patients with neck pain: a randomized clinical trial, *Manual Therapy* 10 (2005) pp 127-135.

DFMT: Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi, [www.muskuloskeletal.dk](http://www.muskuloskeletal.dk)



Harvey et al. Spinal manipulation for low-back-pain: a treatment package agreed by the UK chiropractic, osteopathy and physiotherapy professional associations, *Manual Therapy* 2003, pp 46-51.

Hurwitz et al. Frequency and Clinical Predictors of Adverse Reactions to Chiropractic Care in the UCLA Neck Pain Study, *Spine* 30 2005, pp 1477-1484.

Indahl A, Kaigle A, Reikerås O, Holm S.. Electromyographic response of the porcine multifidus musculature after nerve stimulation. *SPINE*, Vol. 20. No. 24. 1995, pp. 2652-2658. (Artikel).

Indahl A, Kaigle AM, Reikerås O, Holm S. Interaction between the porcine lumbar intervertebral disc, zygapophyseal joints, and paraspinal muscles. *SPINE*, Vol. 22. No. 24, 1997, pp. 2834-2840 (Artikel).

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. Impairment in the cervical flexors: a comparison of whiplash and insidious onset of neck pain patients, *Manual Therapy* 2004, pp 89-94.

Kay et al. Exercises for mechanical neck disorders (Cochrane Review), *The Cochrane Library* 2005, Issue 3 (se Fysioterapeuten nr. 17 2005 eller ffy.dk/Cochrane).

Lahtinen-Suopanki. Abstract fra 9. Nordiske Kongres i Muskuloskeletal Terapi og Medicin, Helsinki, Muskuloskeletal Forum 3-2005 side 8-9.

Lederman. *The Science and Practice of Manual Therapy* 2nd ed., 2005, Churchill Livingstone

Maitland et al, *Maitland's Vertebral Manipulation* 7th ed., 2005, Butterworth-Heinemann.

Seffinger et al. Reliability of Spinal Palpation for Diagnosis of Back and Neck Pain: A systematic review of the literature, *Spine* 2004, vol29, No19, pp E413-E425.

Souvlis et al. Neurophysiological effects of spinal manual therapy, IN: Boyling & Jull, *Grieve's Modern Manual Therapy – The Vertebral Column* 3rd, Butterworth Heine-mann, pp 367-379.

Sterling et al. Cervical mobilisation: concurrent effects on pain, sympathetic nervous system activity and motor activity, *Manual Therapy* (2001) 6(2) pp 71-81.

van Schalkwyk et al. A clinical trial investigating the possible effect of the supine cervical rotatory manipulation and the supine lateral break manipulation in the treatment of mechanical neck pain: A pilot study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2000;23(5):324{31.

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

Whittingham et al. Active Range of Motion in the Cervical Spine Increases After Spinal Manipulation, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, Vol 24 No 9 2001.

Wright et al. Neurophysiology of pain and pain modulation, IN: Boyling & Jull, *Grieve's Modern Manual Therapy – The Vertebral Column* 3rd, Butterworth Heinemann 2005, pp 155-171.1 ■

## Kan det blive bedre...

...end når bandagister, forældre og børn samarbejder.

Ortoseskoen William er specielt udviklet med den målsætning at skabe en slidstærk og funktionel ortosesko for børn og unge med CP. Desuden er skoen behagelig fleksibel og har et moderne smart design.



**KEEPING PACE**



# Handicappede ældes hurtigere

Aldringsprocesserne forløber hurtigere hos mennesker med handicap. Med den rigtige dosering af træning er det muligt at forhale processen

---

AF CAND. PSYK., PIA BILDE KUHLMAN, PTU  
FOTO KNUD NIELSEN

---

Den generelle stigning i levealder medfører, at handicappede mennesker også kan forventes at leve længere med deres handicap.

I "Rehabilitation Research and Training Center" (RRTC) i Los Angeles forskes der i aldring og de sidste 20 år i aldring og handicap. Man har på stedet udviklet en model for aldringsprocessen og fundet frem til, hvordan handicappede menneskers aldringsproces ser ud sammenlignet med ikke-handicappede.

I februar 2005 besøgte jeg RRTC og vil i denne artikel beskrive nogle af de resultater, de er kommet frem til på centeret.

På RRTC er indsamlet data på mere end 2500 personer med hhv. polio, para- og tetraplegi, cerebral parese, arthritis og apopleksi. Tilsvarende data er ligeledes indsamlet på personer uden handicap. Nogle af de data, der er indsamlet, er f.eks. informationer om BMI, lungekapacitet, styrke, balance, træthed, smerter, mobilitet og ændringer over tid, depression, alkoholforbrug og livskvalitet.

Desuden har man indsamlet data om personernes interaktivitet med familie og venner samt omgivende miljø. Det betyder, at der er data om både fysiske-, psykiske- og sociale parametre.

## **NORMAL ALDRING**

Det er nødvendigt at se på den normale aldringsproces for at forstå aldringsprocessen ved et handicap. Ved den normale aldringsproces forstås: progressive naturlige, forventelige og uafvendelige processer, der rammer alle individer og alle kroppens organer. Sygdomme og ophør af funktioner hører ikke ind under den normale aldring. For eksempel har ældre mennesker generelt højere blodsukker end yngre. Dette er normal aldring, det er diabetes ikke.

På RRTC har man sammen med andre forskere, udviklet en model for aldringsprocessen. Modellen viser, hvorledes mennesket gennem de første 20-25 år

opbygger organismen til et optimalt funktionsniveau (fig. 1). Efter dette maksimum daler funktionsniveauet med 1 procent om året.

Under normale omstændigheder opnår en person at være kommet ned på ca. 40 procent af det optimale funktionsniveau i 70-års alderen. Når funktionsniveauet er faldet til 40 procent bliver kroppen mere modtagelig for aldersrelaterede sygdomme.

**ALDRING OG HANDICAP**

På RRTC har Dr. Bryan Kemp (Professor i psykologi og medicin ved "University of California Los Angeles at Irvine") og hans medarbejdere fundet, at den almindelige aldringsproces ikke umiddelbart gælder for personer med handicap, idet aldringsprocessen hos handicappede skrider frem med 1,5-3 procent pr. år; altså en betragtelig forøgelse.

Desuden viser undersøgelserne, at tidspunktet for debuten af handicapet samt hvor længe man har været handicapet, har større indflydelse på aldringsprocessen end den biologiske alder.

Et forøget tempo i aldringsprocessen vil tidligt i tilværelsen give "post-syndromer".

Dr. Kemp beskriver disse som: "Weakness, Fatigue and Pain". Dette er sekundært til alle handicaps, hvorfor han kalder dem "post-handicap-syndromer".

Post-handicap-syndromer kan skyldes en overudnyttelse af et allerede svækket neuromuskulært system, en reduceret udnyttelse af systemet eller en decideret forkert måde at bruge systemet på forårsaget af gangvanskeligheder, immobilitet eller dårlig kondition.

Ligeledes kan det være konsekvensen af den omsorg og behandling, der er givet tidligere. Dengang troede man på: "Use-it-or-loose-it", mens man i dag bør hylde princippet: "Conserve-it-to-preserve-it". Post-syndromerne kan også skyldes dårlig livsstil, mangel på motion, dårlig ernæring eller at man ikke har ▶

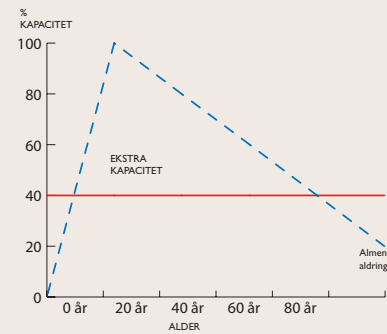


Fig. 1: Normal aldring.

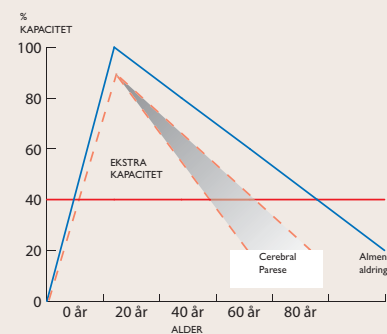


Fig. 2: Aldring ved medfødt handicap.

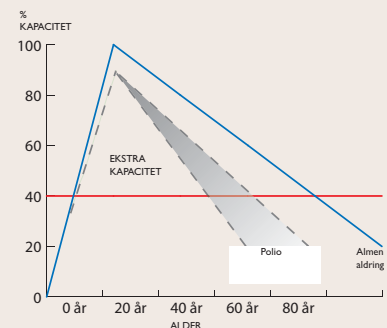


Fig. 3 Aldring med handicapdebut ved 5 års alderen.

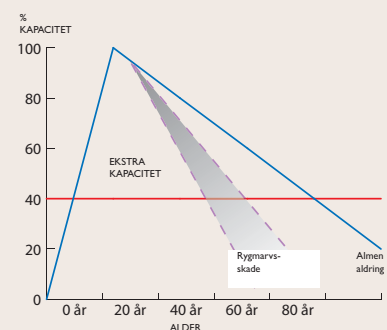


Fig. 4: Aldring med handicapdebut ved 25- års alderen.

## Demenstema

**Temahæfte** ■ Ældresagen har udgivet et temahæfte om demens. Hæftet henvender sig til både pårørende og sundhedspersonale, der får gode råd om, hvordan de skal omgås og hjælpe de demente bedst muligt. I temahæftet beskrives blandt andet test til demente, medicinering og hvordan man kan opdage forandringerne i tide. I en artikel gennemgås lægernes rolle, og hvordan den praktiserende læge kan bidrage til ud fra symptomerne at stille diagnosen på et tidligt tidspunkt. Temahæftet kommer rundt om en lang række af de problemstillinger, der har betydning for de demente selv, pårørende og sundhedspersonale. Temahæftet er på 67 sider og kan downloades fra [www.aeldresagen.dk](http://www.aeldresagen.dk)



fysnyt

## Bedre balance med eksternt fokus

**Træning** ■ Studier med raske forsøgspersoner har vist, at det giver et bedre resultat, hvis man i koordinationstræningen fokuserer på målet for bevægelsen (eksternt fokus) frem for selve bevægelsen (internt fokus). En gruppe amerikanske fysioterapeuter har undersøgt, om dette også gør sig gældende, når mennesker med Parkinson skal træne balancen. 22 patienter med balanceproblemer som følge af Parkinson indgik i et studie, hvor man ville afprøve, hvilken effekt internt/eksternt fokus havde på træning på en balanceplatform (Balance Master). Patienternes gennemsnitsalder var 73 år, og ti af de inkluderede var faldet mindst én gang i det forløbne år. De inkluderede blev testet på balanceplatformen tre gange, hvor der blev benyttet henholdsvis internt, eksternt fokus og ingen speciel instruktion. Patienterne stod på platformen med lille afstand mellem fødderne og hver fod på et rektangulært stykke papir. Forsøgspersonerne stod på strømpesokker og balanceplatformens monitor var placeret over for forsøgspersonerne i øjenhøjde. Tilsigelsen ved internt fokus var: Stå stille med åbne øjne og koncentrer dig om at lægge lige meget vægt på begge fødder. Eksternt fokus: Stå stille med åbne øjne og koncentrer dig om at lægge lige meget vægt på hvert rektangel (stykke papir). Forsøget blev foretaget med både åbne og lukkede øjne. Derefter blev forsøget gentaget, hvor balanceplatformen blev sat i bevægelse. Også her blev der givet et internt og eksternt fokus. Når der ikke blev givet instruktion fik patienterne at vide, at de skulle stå stille med henholdsvis åbne og lukkede øjne. Forsøget viste, at forsøgspersoner, der tidligere var faldet, havde størst glæde at have eksternt fokus. Forskerne konkluderer, at der er grund til at benytte eksternt fokus, når mennesker med Parkinson skal træne balancen. *Landers M et al. An external focus of attention attenuates balance impairment in patients with Parkinson's disease who have a fall history. Physiotherapy 91(2005) 152-58.*

► adgang til profylaktisk behandling, eller adækvate træningsmuligheder.

### KONSEKVENSER

Er handicappet medfødt, vil post-syndromerne vise sig tidligt i voksenalderen (fig. 2). Dette skyldes, at disse personer aldrig opnår det maksimum i 20-25-års alderen, som personer, der ikke har et handicap.

Debuterer handicappet tidligt i livet, vil post-syndromerne vise sig i 30-40-års alderen (fig. 3). Også her skyldes det primært, at de heller ikke opnåede et adækvat maksimum i 20-25-års alderen.

Debuterer handicappet f. eks. efter 25-års alderen, ses 40 procent grænsen ligeledes at indtræde tidligere end hos ikke-handicappede, idet aldringsprocessen fra debuttidspunktet skrider frem med 1,5-3 procent pr. år og ikke med 1 procent, som hos ikke-handicappede (fig. 4).

### HVAD KAN GØRES?

De aldersrelaterede sygdomme og post-syndromerne kan undgås eller minimeres, hvis læger og øvrigt sundhedspersonale er opmærksomme på, at de opstår tidligt i tilværelsen hos personer med et handicap.

Periodiske og rutinemæssige profylaktiske tjek bør være et naturligt tilbud.

Resultaterne på RRTC viser f.eks., at den mest hensigtsmæssige træningsindsats for den enkelte, skal være på 15 min. pr. dag. Den skal indeholde en sværhedsgrad og intensitet, der indebærer, at personen kommer op på 60 procent af sin maksimale puls. Dette er en forudsætning for at forbedre eller vedligeholde et givent funktionsniveau.

Et individuelt tilrettelagt program med baggrund i udredning og test er nødvendig.

Desuden skal personer med handicap tage de samme hensyn til sig selv, som personer uden handicap. De skal bevæge sig, spise sundt, bruge alle hjernefunktioner og deltage i sociale aktiviteter.

*Artiklen er en bearbejdet version af en tilsvarende artikel bragt i PTU-Nyt nr. 3 2005.*

### REFERENCER

Esben, P.: "Aldring og cerebral parese." Spastikeren nr. 2, (vol. 55) april 2005.

Kemp, B. J.: "Aging with a Disability: Mosqueda, Laura: "What the Clinician Needs to Know". The Johns Hopkins University Press. 200, Baltimore. ISBN: 0 - 8018 - 7816 - 0

Kuhlman, Pia Bilde: "Handicappede ældes hurtigere" PTU-Nyt nr. 3 juni 2005. ■





## Vi er kommet yderligere 5 cm foran i kampen mod museskader.

Nu gør RollerMouse Pro en brugersucces endnu mere skånsom.



### Ny, forbedret RollerMouse Pro.

- 67% Længere rullestav
- Flere programmerbare knapper
- Præcision/opløsning på 800 dpi
- Nu med auto-scroll
- Nu med drag-lock
- Forbedret klik- og dobbeltklik-funktion

Mere end 230.000 brugere i de nordiske lande har fået gavn af at skifte musen ud med RollerMouse – mindre anspændthed, bedre arbejdsstilling og færre museskader.

RollerMouse Pro er en videreudvikling, der er designet på baggrund af brugernes erfaringer og forslag.

Blandt forbedringerne er en forlængt rullestav, der giver brugeren større variation og fleksibilitet i brugen. En anden nyhed er en højere grad af præcision ved f.eks. grafisk skærmarbejde. Knapperne på RollerMouse Pro er blevet

lettere at anvende og placeret mere intuitivt rigtigt.

Sammenlagt får RollerMouse Pro-brugeren endnu større frihed til individuel og fleksibel indretning af sin arbejdsproces. Forudsætningen for at undgå bl.a. museskader.

Se mere på [www.rollermouse.com](http://www.rollermouse.com) eller få anvist nærmeste forhandler på 70 27 02 27.

**contour**<sup>®</sup>  
design



## FORMAND MED BABY PÅ ARMEN

Det store fremmøde fra Viborg afspejlede sig i det efterfølgende valg til regionsbestyrelsen, idet halvdelen af de seks pladser blev fyldt op med folk fra Viborg amtskreds.

Det lykkedes kun lige at få fyldt de seks bestyrelsespladser op og fundet to suppleanter, og der var på intet tidspunkt tilløb til kampvalg.

Til gengæld fik regionen en fysioterapeutstuderende i bestyrelsen, som det sig hør og bør ifølge vedtægterne. Ved de andre regionsgeneralforsamlinger har der ikke været fysioterapeutstuderende til stede, og posten er dermed indtil videre ledig i de fire regioner.

Om der bliver kampvalg om regionsformandsposten er for tidligt at sige noget om endnu, da opstillingsfristen først er den 31. oktober, men kun én kandidat

benyttede generalforsamlingen til at offentliggøre sit kandidatur. Det drejer sig om den nuværende formand for Nordjyllands amtskreds Tina Lambrecht, der præsenterede sig selv, mens hun stod med sit meget nyfødte barn på armen og ammede.

Vælges hun til formand for regionen, træder 1. suppleanten ind på hendes plads i bestyrelsen.

Tina Lambrechts kandidatur kom tilsyneladende bag på 1. suppleant Annette Weigelt, der havde meldt sig under fanerne som suppleant med en bemærkning om, at det turde hun godt, eftersom det ikke var sandsynligt, at nogle af regionsbestyrelsesmedlemmerne skulle på barsel i perioden, og at der derfor ikke ville blive brug for suppleanten. Det bliver der måske alligevel – bare ikke på grund af barsel.



Næstformand Birgitte Kure gennemgik Danske Fysioterapeuters nye struktur og dens politiske målsætninger.



Glem ikke  
din egen ryg!

*Rytterstillingen giver dig  
fuld bevægelsesfrihed*

**Prøv en Dynamo Stol  
gratis i 14 dage**

**DynamoStol<sup>®</sup>  
ApS** 

Dynamo Stol ApS  
Industrivej 38E Tlf 46 75 09 70  
4000 Roskilde E-mail: kontakt@dynamostol.dk

**Læs mere på [www.dynamostol.dk](http://www.dynamostol.dk)**





# Filosofi og fysioterapeuter

Silkeborg var rammen om den første regionsgeneralforsamling i det midtjyske. Over 100 fysioterapeuter var mødt frem for at være filosofiske og for at vælge deres repræsentanter



AF SUNDHEDSPOLITISK KONSULENT ANN SOFIE ORTH  
FOTO JØRGEN PLOUG

Et oplæg om sundhedsfilosofi efterfulgt af en generalforsamling. Sådan lød opskriften, da Region Midtjylland holdt sin stiftende generalforsamling. Regionen dækker ganske bredt geografisk, hele Ringkøbing Amt, størstedelen af Viborg Amt, hele Århus Amt og den nordligste del af Vejle Amt.

119 medlemmer havde fulgt opfordringen til at deltage i mødet. Det svarer til ca. 10 pct. af medlemskaren i regionen. Et flot fremmøde lød vurderingen fra foreningens næstformand, Birgitte Kure, der deltog i mødet.

## SUNDHEDSFILOSOFFEN

Jørgen Husted, der er sundhedsfilosof og lektor på Aarhus Universitet, indledte mødet med et oplæg under overskriften "Hvordan er sundhedens muligheder i den nye struktur".

Jørgen Husted lagde op til en værdidebat, hvor han begyndte med at udtrykke sin bekymring over for kommunalreformen. Han tvivlede på regionaliseringen og var særligt bekymret for, at der kommer større afstand mellem borgere og politikere.

Jørgen Husted satte derefter fokus på, hvordan



politikere og samfundet definerer sundhedsfremme og livskvalitet f.eks. i regeringens folkesundhedsprogram, og han kritiserede den ensidige fokus på sundhed som værende det samme som fravær af sygdom. Det er en definition, der er udtænkt af mennesker, der arbejder med at behandle syge, sagde Jørgen Husted. Sundhed er ikke en tilstand, men en evne til at leve et liv, der er værd at leve, understregede oplægsholderen.

Jørgen Husted fremhævede, at det ikke nødvendigvis giver mere sundhed, når mennesker bliver mere og mere afhængige af eksperter og råd. Han opfordrede fysioterapeuter til at træde længere frem i den sundhedspolitiske debat for at sætte dagsordenen, fordi netop fysioterapeuter hjælper mennesker med at tage ansvar for eget liv.

### LIDT OM PENGENE

Efter Jørgen Hustedes oplæg og en pause gik forsamlingen over til den mere formelle del af mødet. Selve generalforsamlingen forløb fredeligt under ledelse af Nina Bardram, næstformand for DSR i Århus Amt. Hun førte

medlemmerne gennem dagsordenen og var også nødt til at give en lille pause, da de sidste fysioterapeuter skulle overtales til at tage en tårn i den nye regionsbestyrelse. Et par stykker ville gerne vide lidt om reglerne for bestyrelsesarbejde, og hvor meget arbejde det indebærer. Til sidst lykkedes det at sammensætte en bestyrelse, og det var ikke nødvendigt med kampvalg.

Også den kommende regionsformand var til debat, og her var det spørgsmålet om lønnen, der påkaldte sig opmærksomhed. Afhænger lønnen af antallet af medlemmer i regionen, lød spørgsmålet, mens svaret lød, at det gør den ikke. Lønnen er 360.000 kr. om året (svarende til skalatrin 46), hvortil kommer pension.

Aftenen sluttede med, at der var mulighed for, at kandidater til regionsformandsposten kunne præsentere sig selv. Derfor tog Ulla Kildall Heibøl ordet og meldte sig som kandidat til posten i den netop stiftede Region Midtjylland. Hvis Ulla Kildall Heibøl bliver valgt, indtræder suppleanten i regionsbestyrelsen.

Der var ikke andre, der meldte sig som formandskandidater, men fristen udløber først 31. oktober. ■

### BESTYRELSEN I REGION MIDTJYLLAND

- Carsten B. Jensen, Hammel Neurocenter, nuværende medlem af bestyrelsen for Århus amtskreds og af hovedbestyrelsen.
- Kirsten Ægidius, Skejby Sygehus, nuværende medlem af bestyrelsen for Århus amtskreds.
- Inge Tornbjerg Pedersen, Fenrishus, nuværende medlem af bestyrelsen for Århus amtskreds.
- Jytte Leschly, Silkeborg Kommune, tillidsrepræsentant.
- Nina Petersen, Brande, praktiserende, kontaktperson, tidligere kredsbestyrelsesmedlem.
- Kirsten Pedersen, Holstebro Sygehus, nuværende formand for Ringkøbing Amtskreds, tidligere hovedbestyrelsesmedlem.
- Ulla Kildall Heibøl, kredssekretær i Århus amtskreds, tidligere formand for hovedstads-kredsen.
- Ulla Holst Christensen, Viborg, praktiserende.
- Tina Frank Johnsen, Revacenter Syd.

#### Suppleanter:

- Trine Rold, Silkeborg Centralsygehus.
- Birgitte Husted, Lemvig, praktiserende.
- Lone Hede, Viborg Sygehus.
- Annette Hussmand Broundal, Horsens praktiserende.

## VIL DU VÆRE NY REGIONSFORMAND? ??

Medlemmerne i de fem nye regioner i Danske Fysioterapeuter skal vælge, hvem der skal være regionsformand. Der er tale om fuldtidshonorerede poster, således at de kommende formænd kan bruge al deres arbejdstid på opgaverne.

De nye formænd kommer i stort omfang til at beskæftige sig med sundhedspolitik og synlighed, kontakt til organisationer, myndigheder m.fl., faglige arrangementer samt koordinere initiativer mellem forskellige sektorer - alt sammen i regionen. Den fulde liste over regionsformandens og -bestyrelsernes opgaver kan læses i Fysioterapeuten nummer 13/2005.

Har du lyst til blive regionsformand, har du mulighed for at stille op.

Der kræves ingen stillere, blot skal du anmelde dit kandidatur senest den 31. oktober 2005 inden klokken 12. Der kræves ingen særlig formular - blot et brev eller en mail.

Kommer der ikke mere end én kandidat i et region, bliver vedkommende automatisk regionsformand. Kommer der flere kandidater, skal regionsformanden vælges ved urafstemning blandt regionens medlemmer. Stemmesedler udsendes den 3. november, og stemmerne tælles den 15. november. Hvis ingen kandidat får mindst 50 procent af de afgivne stemmer, kommer der omvalg. I givet fald skal resultatet af dette omvalg være afsluttet senest den 29. november.

Kandidatur anmeldes til: Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, 1358 København K. Mærk kuverten: Regionsformand. Eller send e-mail til sekretariatsleder Elisabeth Haase, eh@fysio.dk



# Beskedent fremmøde i region Syd



Det var hovedsageligt medlemmer fra Ribe og Sønderjyllands amter, der havde fundet vej til den stiftende generalforsamling i region Syddanmark

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD  
FOTO NILS ROSENVOLD

Om det var FC Københavns og Brøndbys tv transmitterede bestræbelser på at komme med i UEFA-gruppespillet, der holdt medlemmerne væk, eller en opfattelse af, at de kommende regionsbestyrelser kun skal beskæftige sig med politik og ikke fag, der havde fået

mange til at fravælge den stiftende generalforsamling, står ikke klart.

Den nuværende formand for Danske Fysioterapeuters kreds i Sønderjyllands amt, Erik Døssing, hælder dog mest til den sidste forklaring: "Jeg hørte flere sige, at

## BESTYRELSEN I REGION SYDDANMARK

- Mette Bruun, ansat i Kløvehøj plejecenter i Kolding kommune, nuværende formand for Vejle amtskreds.
- Marianne Skole Sørensen, ansat på Ribe amts børne- og ungdomspension, nuværende formand for Ribe amtskreds.
- Inge Nordheim, praktiserende fra Vejle, medlem af bestyrelsen i Vejle amtskreds.
- Marianne Schultz, praktiserende fra Vejle, medlem af bestyrelsen i Vejle amtskreds.

- Erik Bjernemose, tillidsrepræsentant i Odense Kommune.
- Ester Skovhus, lærer på fysioterapeutskolen i Esbjerg.
- Pia Bruus, ansat på Tønder Sygehus.

## Suppleanter:

- Jette Rask, ansat i Bramminge kommune.
- Helle Bruun, ansat i Esbjerg Kommune.
- Dorthe Jensen, nuværende medlem af bestyrelsen for Fyns amtskreds.

*Kun 50 fysioterapeuter fra hele region Syddanmark mødte op til regionens stiftende generalforsamling.*

det handler mere om sundhedspolitik end faglighed. Det tror jeg har fået en del til at blive væk," lyder hans vurdering.

Kun 50 fysioterapeuter havde valgt at bruge denne torsdag aften på International Business College i Kolding. Af dem var 19 fra Ribe amt, 16 fra Sønderjyllands amt, 8 fra Fyns amt og 7 fra Vejle amt, viste en optælling.

### MEDLEMMERNES TOP TRE

Forinden havde de fremmødte fået sandwich, sodavand, kaffe og chokolade, efterfulgt af et oplæg fra konsulent Lars Steen Pedersen, der sammen med de fire kredsformænd, har haft ansvaret for en stor undersøgelse foretaget blandt samtlige medlemmer i den kommende region. Her har de haft mulighed for at give deres bud på, hvad de nye regionsbestyrelser skal beskæftige sig med. Budskabet fra medlemmerne er, at regionerne skal koncentrere sig om tre ting: nemlig sundhedspolitik, faglige arrangementer og beskæftigelsesfremme.

"Det stemmer godt overens med, hvad det er for emner, Danske Fysioterapeuter centralt fra har meldt ud, bliver fokus i de nye regioner. Så det er meget glædeligt, at der er overensstemmelse mellem medlemmernes ønsker og beslutningen på repræsentantskabsmødet sidste efterår," siger Erik Døssing, der ud over at være kredsformand også er medlem af hovedbestyrelsen.

### EN KANDIDAT FOR MEGET

Derefter var det tid til selve generalforsamlingen med et væsentligt punkt på dagsordenen. Valg af den nye regionsbestyrelse. De tre første kandidater kom hurtigt på banen, men så begyndte det at knibe, måske fordi der var usikkerhed om, i hvor stort omfang bestyrelsesmedlemmer økonomisk bliver kompenseret for møder i arbejdstiden. Efter at det var slået fast, at de selvfølgelig bliver holdt skadesløse, og at det i øvrigt er op til de kommende regioner selv at tilrettelægge arbejdet, meldte de næste kandidater sig. Så det endte med, at der var en kandidat mere end de syv ledige pladser, og dermed skriftlig afstemning. Men da der også skulle findes tre suppleanter, fik alle interesserede sæde i den nye bestyrelse.

Sidste punkt var præsentation af kandidater til det kommende regionsformandsvalg. Her kunne formanden for Ribe Amtskreds, Marianne Skole Sørensen, fortælle, at hun er kandidat. Ingen andre meldte sig. ■

# Sundhedspolitik og faglige arrangementer

Fysioterapeuterne i Syddanmark er ikke i tvivl. Den nye regionsbestyrelse skal sætte sundhedspolitisk dagsorden, arrangere faglige arrangementer og sikre fysioterapeuters beskæftigelse. Det viser en stor medlemsundersøgelse

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

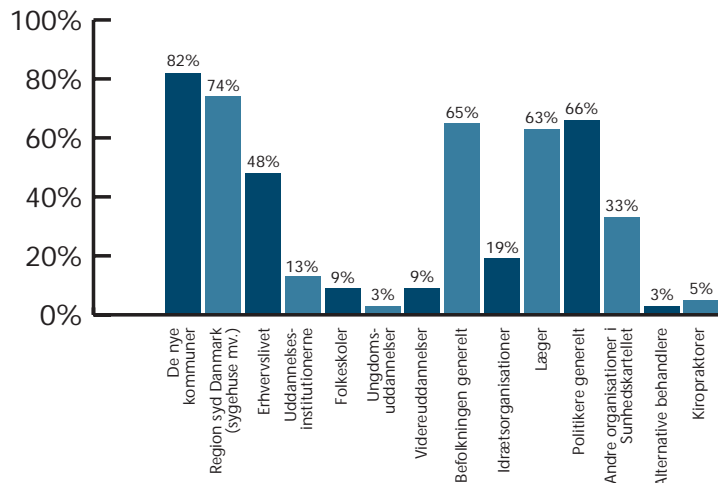
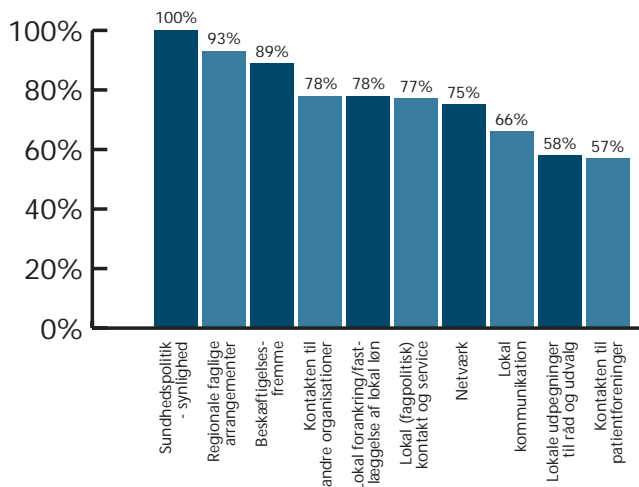
Politikerne i de nye kommuner og region Syddanmark kan forvente at lære Danske Fysioterapeuter godt at kende. I hvert fald hvis det står til de syddanske fysioterapeuter. I en helt ny medlemsundersøgelse giver 632 fysioterapeuter deres bud på, hvilke aktiviteter der skal prioriteres. Danske Fysioterapeuters regionsbestyrelser skal bruge kræfterne på at sætte sundhedspolitisk dagsorden, arrangere faglige arrangementer og sikre beskæftigelsen, lyder medlemsønsket.

Ud over de lokale og regionale politikere bør de nye regionsbestyrelser profilere faggruppen over for befolkningen og lægerne. Især gælder det om at fortælle, hvad fysioterapeuter kan på områderne rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme. Til gengæld er der ingen grund til at bruge ressourcer på synliggørelse over for kiropraktorer og alternative behandlere, mener de fleste medlemmer.

"Regionsbestyrelsen skal tænke stort, så vi ikke risikerer at miste indflydelse i de store tiltag, som eksempelvis sundhedspolitikken", lyder en af de ledsagende kommentarer fra et medlem. "Synlighed dér hvor beslutningerne tages, fysioterapi skal markere sig i medier og samfundet," lyder en anden medlemskommentar fra undersøgelsen. ▶

## indgang

■ I efteråret 2004 besluttede repræsentantskabet at gennemføre en undersøgelse blandt medlemmerne i Danske Fysioterapeuters kredse i Ribe-, Vejle-, Sønderjyllands- og Fyns amter. Undersøgelsen skal samle op på erfaringerne med foreningens kredse og vise medlemmernes ønsker og forventninger til de fem nye regioner.



### ► HAR IKKE MOD PÅ LANGE BILTURE

Medlemmerne har også svaret på, hvilke aktiviteter i regionen de kunne tænke sig at deltage i. Her får temadage og dagskurser størst opbakning, især hvis arrangementerne finder sted i weekenden. Men samtidig er der grænser for, hvor lang tid den enkelte vil bruge i bil, bus eller tog til at komme til og fra et kursus eller temadag. Halvdelen af medlemmerne vil maksimalt bruge en time på transport, mens under hver femte

medlem er villig til at tilbringe to timer på landevejen. Så det kan eksempelvis blive vanskeligt at lokke medlemmer fra Esbjerg til et kursus i Nyborg.

I undersøgelsens konklusion anbefales det, at den kommende regionsbestyrelse i stort omfang inddrager frivillig arbejdskraft, når der skal arrangeres regionale, faglige arrangementer, temadag m.v. Undersøgelsen viser, at medlemmerne har en stor berøringsflade i samfundet, og at en del er villige til at give en hånd med, når der skal arrangeres temadage, kurser eller andet. Andre anbefalinger er, at regionerne benytter hjemmesider og elektroniske nyhedsbreve til at kommunikere med medlemmerne, og at træffetiderne udvides med vægten lagt på kontakt via telefon og e-mail.

### PÆNE KARAKTERER TIL KREDSSEKRETÆRER

Endelig har medlemmerne vurderet de nuværende kredse. Her får kredssekretærene pæne ord med på vejen fra hovedparten af de 57 procent af medlemmerne, der har været i kontakt med en af de fire kredse. Det generelle serviceniveau får flotte karakterer. Langt de fleste henvendelse har været via telefon og e-mail. Kun 2 procent er personligt mødt op eller har mødt en kredssekretær i forbindelse med et møde.

Læs hele undersøgelsen på [fysio.dk](http://fysio.dk). ■

*Bliv optaget gratis eller med fremhævnning*

*Vi synliggør behandlere*

**SUNDHEDSFAGBOGEN**

Udgives på [Netdoktor.dk](http://Netdoktor.dk) og [Sundhedsguiden.dk](http://Sundhedsguiden.dk)

### UNDERSØGELSEN

#### "FRA KREDS TIL REGION"

2095 medlemmer har modtaget spørgeskemaet, og 632 har udfyldt og sendt det retur. Det giver en svarprocent på 30,2. Undersøgelsen er lavet i et samarbejde mellem de fire kredse og konsulent Lars Steen Pedersen fra LSP Resolve ApS.



## Forandringsprocesser

**Udvikling** ■ Bogen præsenterer nyforskningsbaseret viden om de eksterne og interne forandringsprocesser, som har betydning for professionernes identitet og vidensformer. Antologien består af to dele. Del 1 indeholder teorier om, hvordan man kan forstå og analysere udvikling, mens del 2 præsenterer teoretiske og empiriske studier af konkrete professioner. Bogen indeholder 15



bidrag. De bidrag fortæller fra forskellige vinkler om de konsekvenser, forandringer har. Bogen henvender sig til alle, der beskæftiger sig med udvikling af professioner og professionsuddannelse.

*Tine Rask Erikson og Anne Mette Jørgensen (red.) "Professionsidentitet i forandring" Akademisk Forlag ISBN 87-500-3859-1 Pris: 269 kr., 272 sider.*

bøgerm.m.

## Din ryg længe leve

**Dårlig ryg** ■ Forfatteren har taget udgangspunkt i egne erfaringer med dårlig ryg. Det er muligt ud fra bogen at sammensætte sit eget træningsprogram. Der

er tale om en revideret udgave, og revideringen består af 10 helt nye og mere præcise tegninger, ny øvelse, et fysiologisk kapitel og et antal sproglig forbedringer. Den oprindelige udgave er om-

talt i Fysioterapeuten nr. 6/2002.

*Erik Breum "Din ryg længe leve! Morgengymnastik i sengen mod dårlig ryg". Forlaget Columna, ISBN 87-987439-4-5 tlf.: 3963 2455. Pris: 168 kr. 70 sider.*



## Stjålen lykke – bog om depression

**Depression** ■ I bogen møder forfatterne den deprimerede og de pårørende med indsigt og forståelse og tilbyder forklaringer, gode råd, støtte til handling og virksomme metoder til at overvinde



depressionen. Forfatterne modtog i 2002 Arthur Holmelands pris.

*Torkil Berge og Arne Repål "Lykketyvene – Hvordan man overvinder depression" Dansk Psykologisk Forlag ISBN 87-7706-436-4 Pris: 278 kr. inkl. moms 304 sider.*

## Fra topidrætsmand til handicappet og tilbage igen

**Genoptræning** ■ René Nielsen mistede begge sin ben i en togulykke. Med kolossal vilje og livskraft genvandt han sin mentale styrke og identitet efter en lang genoptræningsperiode. René Nielsen er siden blevet en af Danmarks førende handicapdrætsudøvere og har vundet flere verdensmesterskaber og fem OL-medaljer. I øjeblikket



træner han til at blive den første danske kørestolsbruger, der gennemfører en ironman. Bogen er skrevet i samarbejde med journalist og forfatter Jens Vilstrup. *René Nielsen "Halv mand, Helt menneske" Gyldendals Forlag. Pris: 269 kr. (vejl.) 256 sider.*

## Boligbyggeri

**Ældre** ■ To hæfter om boligbyggeri for ældre. Det ene belyser problemstillinger vedr. servicearealer, faciliteter og dimensioner og giver forslag til indretning af lokaler til ergo- og fysioterapi samt værksteder til for eksempel IT, sløjd og håndarbejde. Det andet hæfte



beskriver indretning af storkøkkener, madleverancer, cafeteria- og kioskfaciliteter samt indretning af områder for beboernes personlige pleje.

*"Fællesarealer" Hæfte 6 (02927) Pris: 79,20 kr., ca. 80 sider og "Køkken-, omsorgs- og personaleområder" Hæfte 7 (02935), Pris: 87,20 kr., ca. 80 sider. Begge hæfter er fra Kroghs Forlag.*

## Ny effektiv metode

**Coaching** ■ Kognitiv coaching er en ny coaching-metode baseret på solid psykologisk teori og velafprøvede metoder fra den kognitive adærdsterapi. Bogen indeholder også mange arbejdsark, som coachen kan anvende eller lade sig inspirere af i arbejdet med for eksempel at analysere problemet, finde en målsætning, opbygge alternative løsninger samt at afprøve de nye færdigheder og modvirke, at den coachede falder tilbage til gammel adfærd.

*Irene H. Oestrich og Frank Johansen "Kognitiv Coaching" Dansk Psykologisk Forlag ISBN 87-7706-415-1 Pris: 248 kr. inkl. moms, 166 sider ill.*



# Frit valg til debat i hovedbestyrelsen

Hofteoperation i stedet for charterrejse, svage patienters manglende valgmuligheder og penge som motivationsfaktor. Hovedbestyrelsen kom vidt omkring, da Danske Fysioterapeuters sundhedspolitik var på dagsordenen

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD  
ILLUSTRATION GITTE SKOV FOTO SINE FIG

"Det offentlige skal sikre, at vi har et sundhedsvæsen i verdensklasse, men det skal efter min mening ikke forhindre borgere at bruge penge på at få en ny hofte på et privathospital frem for at tage på en charterferie", sagde formand Johnny Kuhr.

Så var debatten for alvor skudt i gang.

En hel dag her midt i september havde hovedbestyrelsen valgt at sætte af til tage hul på en diskussionen om Danske Fysioterapeuters politikker. Den første og formentlig sværeste af slagsen er debatten om, hvilken holdning foreningen skal have til prioritering, brugerbetaling, frit valg og en række andre spørgsmål, der skjuler sig under emnet sundhedspolitik.

For som Vibeke Laumann forinden havde konstateret, er der meget naturligt forskellige holdninger til disse spørgsmål i en forening, der organiserer såvel selvstændige som lønmodtagere, ligesom de enkelte medlemmer af hovedbestyrelsen selvfølgelig har forskellige politiske holdninger.

"Derfor er det spændende, om vi kan blive enige om den sundhedspolitik, vi skal føre. Jeg tror medlemmerne vil reagere, hvis vi forlader midten og bevæger os ud på en af fløjene". pointerede Brian Errebo-Jensen.

Hvilket der blev nikked til hele vejen rundt, ligesom der var enighed om, at det ikke gjaldt om at luften partipolitiske holdninger, men at varetage Danske Fysioterapeuters interesser.

"Men vi er også nødt til at tage udgangspunkt i den virkelighed, der er", supplerede Lise Hansen. Eksempelvis at der allerede eksisterer brugerbetaling og fritvalgs-ordninger i sundhedsvæsenet.

Spørgsmålet er så, hvordan disse og andre forhold skal spille ind, når foreningens overordnede sundhedspolitiske holdninger skal fastlægges?

## VENTELISTER OG NYE HOFTER

I foreningens nuværende sundhedspolitik står, at det er det offentliges opgave at stille sociale og sundhedsmæssige ydelser til rådighed, og at alle borgere skal have lige adgang til sådanne ydelser uden brugerbetaling.

Med afsæt i disse linier formulerede Johnny Kuhr ønsket om et dansk sundhedsvæsen i verdensklasse og

den enkelte borgers ret til at bruge sparepengene til en operation på et privathospital frem for en ferierejse: "Men selvfølgelig under forudsætning af, at det ikke går ud over kvaliteten på det offentlige område".

Det fik Brian Errebo-Jensen til at stille spørgsmålet, om man dermed skal have ret til at springe ventelisten over, hvis man selv betaler for at blive behandlet på et privat hospital: "Jeg er splittet i min holdning. Det er ikke kun et spørgsmål om betaling, men også om man kan slippe for smerter i tre måneder, hvis man eksempelvis ikke skal vente på at få en ny hofte. Dermed er vi inde i diskussionen om borgernes ret til lige adgang til sundhedsydelser", sagde han.

## HVOR LIGGER SMERTEGRÆNSEN

Betyder "lige adgang", at der er lige adgang til det offentlige sundhedsvæsen, lød det opfølgende spørgsmål.

Og hvad skal i givet fald være niveauet i det offentlige sundhedsvæsen?

"Hvor ligger smertegrænsen for, hvad vi skal acceptere", spurgte Lise Hansen.

"Vi skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse. Intet mindre", gentog Johnny Kuhr.

Carsten Jensen syntes for så vidt, at det er i orden at give borgerne mulighed for tilkøbsydelser, så længe det ikke går ud over det offentlige tilbud. "Men jeg er usikker på, om det kan lade sig gøre".

De samme betænkeligheder havde Solveig Pedersen.





"Faren ved privatisering er, at det udhuler det offentlige sundhedstilbud. I forvejen har vi stor ulighed i sundheden. Opgaven må være at formindske denne ulighed. Derfor skal vores politiske melding være, at vi satser på det offentlige".

"Enig," replicerede Johnny Kuhr. "Men det bør ikke forhindre nogen i at tilbyde noget ekstra. I den forbindelse er det vigtigt at påpege, at de private aktører også skal have udviklings- og forskningsforpligtelser, så de ikke bare skummer fløden af investeringerne i det offentlige sundhedsvæsen".

### PENGE SOM MOTIVATION

Det næste spørgsmål var, hvad der skal være kollektiv finansiering af og hvad der eventuelt skal være brugerbetaling på?

Det gav anledning til en diskussion om patienter i praksissektoren i større omfang værdsætter og stiller krav til kvaliteten af ydelser, som de selv betaler til, og dermed er med til at skærpe fagligheden hos fysioterapeuten?

Ja, mente Erik Døssing.

Nej, var holdningen hos Lise Hansen.

Både-og, sagde Brian Errebo-Jensen: "Penge kan selvfølgelig være en motivationsfaktor, men det kan også være det modsatte".

Sidstnævnte blev suppleret af Esben Riis, konstitueret forhandlingsleder i Danske Fysioterapeuter. Flere undersøgelser viser, at mange patienter i praksis bliver motiveret ved, at de selv investerer i behandlingen. Omvendt er der omkring 20 procent af danskerne, som er afskåret fra behandling som følge af brugerbetaling. "Så brugerbetaling er et tveægget sværd", som Esben Riis udtrykte det.

Når det gælder patienter, der skal have akut behandling på skadestue, sygehus eller andre steder i det offentlige sundhedsvæsen "skal der i hvert fald ikke være brugerbetaling", tilføjede Solvejg Pedersen med reference til forholdene i USA.

### HVAD DER KAN MÅLES OG VEJES

Når man snakker brugerbetaling, dukker spørgsmålet om prioritering automatisk op. For hvad skal i givet fald være kollektive, vederlagsfrie goder? ▶



Solvejg Pedersen: "Faren ved privatisering er, at det udhuler det offentlige sundhedstilbud. I forvejen har vi stor ulighed i sundheden. Opgaven må være at formindske denne ulighed. Derfor skal vores politiske melding være, at vi satser på det offentlige".



Brian Errebo-Jensen: "Jeg tror medlemmerne vil reagere, hvis vi forlader midten og bevæger os ud på en af fløjene".



Vibeke Laumann: "Som princip går jeg ind for, at patienterne selv kan vælge, hvad det er for en behandling de ønsker".



- ▶ I dag er der en stor grad af tilfældighed i, hvad der er forbundet med brugerbetaling.

Kunne man eksempelvis forestille sig, at man i stedet tog udgangspunkt i en kombination af hvad der er vigtig for borgerne, og hvad der er dokumentation for virker?

"Sundhedsstyrelsen kunne komme på banen med nationale standarder, der tager udgangspunkt i hvad der virker. Det giver samtidig borgerne bedre grundlag til at vælge mellem forskellige behandlingsformer", lød forslaget fra næstformand Birgitte Kure.

"Ja, på sigt, kunne nationale standarder være et af flere kriterier, man kunne benytte, når der skal prioriteres", medgav Johnny Kuhr.

Mens Lise Hansen mindede om, at man skulle passe på ikke kun at gøre sundhed til et spørgsmål om, hvad der kan måles og vejes: "Så risikerer vi at amputere os selv".

Det kunne Brian Errebo-Jensen kun nikke ja til og

tilføje: "Og så må vi heller ikke glemme sundhedsfremme og forebyggelse, når vi taler om evidens".

### TIL DEM DER SELV KAN TAGE CYKLEN

Men hvad med borgernes mulighed for selv at vælge?

På den ene side står hele den faglige ekspertise med deres anbefalinger. På den anden side er der borgernes ret til at vælge, hvad de ønsker. "Vores holdning må være, at vi bør placere os midt mellem de to ydre punkter", sagde Johnny Kuhr.

"Som princip går jeg ind for, at patienterne selv kan vælge, hvad det er for en behandling de ønsker", var meldingen fra Vibeke Laumann.

Det fik Solvejg Pedersen til at minde om, at "der ikke er vidvinkel på valgmulighederne. Det er afgrænset, hvad man som patient kan vælge imellem, når det offentlige skal betale regningen. Og så må vi heller ikke glemme, at frit valg først og fremmest er et tilbud til dem, der selv kan tage cyklen, mens de svage patienter ikke har samme muligheder".

"Set ud fra et borgersynspunkt, er det da meget godt, men....." som Brian Errebo-Jensen fortsatte og opremsede nogle af de begrænsninger der samtidig ligger i det frie valg. For eksempel at meget ambulans genoptræning er specialiseret, og at man derfor ikke kan gå alle steder hen, hvis behandlingen skal være til patientens bedste.

"Men hvis patienten på et oplyst grundlag har mulighed for at vælge mellem kvalificeret behandling forskellige steder, har jeg bestemt ikke noget imod det. I så fald skulle vi måske se det som en mulighed for at få et bedre patientforløb frem for at kalde det frit valg".

"Jeg har svært ved at se det store skrækscenarium, hvis de rigtige forudsætninger for, at borgerne kan vælge, er til stede", lød Birgitte Kures afsluttende bemærkning.

På sit næste møde tager hovedbestyrelsen fat på andre af foreningens politikker. ■

### DANSKE FYSIOTERAPEUTERS POLITIKKER

I november 2006 skal Danske Fysioterapeuter have nye politikker.

Når repræsentantskabet mødes skal der tages stilling til, hvad der skal stå om foreningen principper og holdninger til sundhed, forskning, uddannelse, løn, arbejdsforhold m.v. Derfor har hovedbestyrelsen indledt den lange vej mod at få revideret de nuværende politikker. Den første indledende debat havde hovedbestyrelsen i midten af september, hvor sundhedspolitik var på dagordenen. På de følgende møder frem til repræsentantskabsmødet i efteråret 2006 vil hovedbestyrelsen debattere samtlige politikker. De endelige forslag vil blive præsenteret i Fysioterapeuten og på fysio.dk forud for repræsentantskabsmødet.



## Rygning disponerer til RA

**Reumakongres** ■ Rygning kan disponere til udvikling af RA fortalte professor, dr. med. Kristian Stengaard-Pedersen på Gigforeningens



kongres. For hver 10.000 danskere vil 80 have reumatoid artrit (RA). 50 ud af de 80 har det gen, der disponerer til RA. "Men generne gør det ikke alene", fortalte Kristian Stengaard-Pedersen. "En disponerende faktor er tobak, der kan påvirke arveegenskaberne".

Mennesker, der ryger har en øget risiko for at udvikle RA, og dem, der har RA, får et mere aggressivt forløb, hvis de ryger. Har man RA i familien, er det derfor oplagt at lade være med at ryge, var Kristian Stengaard-Pedersens råd. Da mennesker med RA er disponerede for hjerte-karsygdomme, er der endnu en god grund til at advare mod rygning. Læs mere om emnet på [fysio.dk/nyheder](http://fysio.dk/nyheder)



## Rytmask stimulerer til Parkinson

**Neurologi** ■ Overlæge og specialist Audun Myskja gennemgår i det norske fagblad *rationalet* bag behandling med rytmisk auditiv stimulering (RAS). Ved hjælp af en metronom eller rytmisk musik forbedres den interne regulering af rytmiske mekanismer og skaber dermed bedring af gangfunktionen. I behandlingen tilpasses musikken eller metronomen i første omgang til den parkinsonramtes egen gangrytme (skridt pr. minut). Når denne har vænnet sig til rytmen, øges hastigheden på metronomen, så personen når op på en passende ganghastighed. Ifølge Audun Myskja vil den parkinsonramte få en mærkbar ændring af gangfunktionen, når først rytmen er indarbejdet. RAS har ikke kun været anvendt til Parkinson men også til dysfunktioner som følge af hjerneblødninger, cerebral parese og Huntigtons sygdom. *Artiklen kan downloades fra [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no) Audun Myskja. Rytmask auditiv stimulering. Fysioterapeuten (Norge) nr. 9 september 2005.*

## Afhandling om psyke hos torturofre

**RCT** ■ Læge Jessica M. Carlsson forsvarede i september sin ph.d.-afhandling om psyke og livskvalitet hos torturofre. Afhandlingen viser, at behandlingen af torturofre er mere end svært, og at behandlingsarbejdet ikke kun bør omfatte en medicinsk og psykologisk ind-

sats. Det er vigtigt at skabe beskæftigelse og sociale kontakter til traumatiserede flygtninge. Jessica M. Carlsson: "Mental health and health-related quality of life in tortured refugees". Læs resumé af afhandlingen på [www.rct.dk](http://www.rct.dk)

## Samarbejde om genoptræning

**ISAG** ■ I efteråret 2003 blev der indgået en aftale mellem H:S, Frederiksberg og Købehavns kommune med det formål at skabe et bedre samarbejde mellem sygehuse og kommunerne om genoptræning efter sygehusindlæggelse. Projekt

ISAG (Implementering af SamarbejdsAftale om Genoptræning) er en del af denne aftale. Projektet indgår som en del af parternes forberedelse til kommunalreformen. Materialet kan nu downloades fra [www.kk.dk/ISAG](http://www.kk.dk/ISAG)

## Flere masterstuderende på DPU

**Uddannelse** ■ Der vil være 38 procent flere masterstuderende på Danmarks Pædagogiske Universitet i år, hvor 1.100 studerende begynder på en master- eller kandidatuddannelser. Der er i år optaget 311 masterstuderende på DPU. Fire fysioterapeuter er optaget på master i sundhedspædagogik og to på master i professionsudvikling.

## Konference om Downs Syndrom

**Forskning** ■ Landsforeningen for Downs Syndrom fejrer 5 års jubilæum med en forskningskonference. Oplægsholderne er blandt andre Irene Jahansson, professor i specialpædagogik ved Karlstads universitet og Per Solvang, professor i sociologi ved universitetet i Bergen. Læs mere på [www.downssyndrom.dk](http://www.downssyndrom.dk)

# En oplagt chance

Ingen ved endnu ret meget om praksissektorens rolle i forhold til kommunalreformen og det deraf øgede kommunale ansvar for blandt andet genoptræning og sundhedsfremme, men flere er allerede på spring. Blandt andre fysioterapeut og projektleder Thomas Helt

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO LARS HORN

Når kommunerne med kommunalreformen overtager ansvaret for en del af genoptræningen efter sygehusophold og stilles over for et øget krav om forebyggelse, bliver det i høj grad op til den enkelte kommune, hvordan de vil løse opgaven. Skal der for eksempel ansættes flere kommunale terapeuter, eller vil kommunerne købe sig til forebyggelses- genoptræningsydelse i et andet regi - for eksempel i praksissektoren?

I Danske Fysioterapeuter forventer man, at der fra kommunerne bliver udbudt flere opgaver både inden for forebyggelse og genoptræning som fysioterapeuter både med og uden overenskomst med Sygesikringen kan byde ind på.

Genoptræningsopgaver, der udbydes fra kommunen, skal finansieres af kommunen og har dermed ikke noget med antallet af ydernumre at gøre. En klinik kan ansætte fysioterapeuter til at varetage de kommunale opgaver, og der kan således godt være fysioterapeuter, der arbejder med både kommunale og sygesikringsopgaver på samme klinik, men omvendt er der heller ikke noget i vejen for, at en fysioterapeut uden overenskomst med sygesikringen byder ind på opgaverne.

## LÆNGERE IND PÅ MARKEDET

En af dem, der sidder mere end klar og ikke har planer om at vente, til kommunerne finder deres egne ben og selv henvender sig for at få opgaverne løst, er fysioterapeut og projektleder Thomas Helt. Han betragter kommunalreformen som en oplagt chance for initiativrige fysioterapeuter.

"Jeg ser de næste tre-fire år som en mulighed for at gå ind og manifestere sig, hvis man vil noget. Og

jeg håber da, der er mange praktiserende, der siger 'vi er faktisk lidt inde på markedet - lad os bare komme længere ind'".

Thomas Helt samarbejder selv med to kommuner, der har købt hans projekt om fysisk træning af sygedagpengemodtagere. Et projekt, han har stablet på benene alene og uden en klinik og dens faciliteter i ryggen.

## DER BURDE FØLGE EN FORPLIGTELSE MED

Thomas Helt bliver ivrig, når han taler om den udvikling, der efter hans mening har været en udbredt mangel i praksissektoren i mange år: "Der er kanondygtige praktiserende fysioterapeuter, som jeg ser utrolig meget op til, fordi de gør noget for faget. Nogle, der har forstået konceptet og tager deres ansvar alvorligt - i dén grad".

Men det er ikke nok, synes Thomas Helt, der mener, der burde følge en forpligtelse med de eftertragtede ydernumre.

"På sygehusene skal de redegøre for hver eneste krone brugt, mens praksissektoren kan have et stort overskud, uden at nogen stiller spørgsmål. Hvis det var den private elektriker, vi talte om, ville det være fair nok, at han stoppede nogle penge i lommen som belønning for at være sådan en god elektriker, at kunderne ville betale for dét. Men det her er det offentlige midler, der ryger lige ned i foret. Retten til indtjening på ydernumrene burde føjes sammen med en forpligtelse til udvikling af faget".

Kravene til yderne kunne ifølge Thomas Helt blandt andet være krav om et vist omfang af innovative ting i nærmiljøet og et indgående samarbejde med kommunen.

"Hvis ikke der er nogen indefra, der laver om på systemet, så kommer der jo nogen udefra og gør det.



*"Jeg ser de næste tre-fire år som en mulighed for at gå ind og manifestere sig, hvis man vil noget", siger fysioterapeut og projektleder Thomas Helt.*

Og det er aldrig sjovt at få trukket noget ned over hovedet. Det kan godt være, at kommunalreformen og etableringen af kommunale sundhedscentre skubber på en udvikling, men spørgsmålet er, om ikke de fleste praktiserende har det så godt, at de er ligeglade. Jeg vil godt stille spørgsmålstegn ved systemets fleksibilitet og ydeevne. Vi har konsolideret os alt for godt".

### **SKRALD VERSUS FYSIOTERAPI**

Selv vil han gerne være med helt fremme, men han erkender, at det er svært:

"Hvis jeg nu for eksempel ville byde ind på distriktsfysioterapeutens arbejde: Der er ikke nogen, der ved, hvordan man gør, for der er ikke nogen, der har gjort det før. Men det er jo reelt den privatisering, der er sket med renovation og med alt muligt andet. Det er bare ikke sket i vores verden endnu".

Et af de problemer, Thomas Helt er stødt på, er prissætningen. For hvordan være konkurrencedygtig, hvis man ikke ved, hvad man er oppe imod. For en ting er, hvad en fysioterapeut tjener pr. time i en kommune, noget andet er, hvad hun *koster*.

"Kommunen betaler jo også et stort beløb for tag over hovedet, administration og diverse planlægningsmøder. Jeg har spurgt i to kommuner, hvad en kommunal fysioterapeut koster, for hvis jeg skal konkurrere, så skal de fortælle mig, om det er æbler eller bananer vi snakker om. Men det er der ikke nogen, der kan, og så er det svært at lave en besparelse. Enten brækker jeg enten nakken på det, fordi jeg gør det alt for billigt, eller også får jeg ikke noget arbejde, fordi jeg er for dyr".

Men hvis Thomas Helt byder ind på flere kommunale opgaver, bliver spørgsmålet om prissætning bare én af udfordringerne, mener han. ▶



- ▶ "Jeg ved ikke engang, om det kan blive nogen særlig god forretning, men jeg tror, det er en nødvendighed, at jeg gør det. Jeg skal jo også udvikle mig, og jeg så rigtig gerne, at flere af mine ideer bliver ført ud i livet".

At Thomas Helt har kunnet udvikle sit projekt med sygedagpengemodtagere uden at have det økonomiske råderum, et overskud fra klinikdrift kunne have givet ham, skyldes, at han tidligere har været ansat i en kommune og derfor er kommet lettere til sin viden om lokale forhold end andre, der starter på bar bund, mener han.

"En fysioterapeut uden det råderum ville normalt ikke kunne klare at tage tid ud til at udtænke det her projekt, men ham, der har haft en klinik i 10 år, sagtens vil kunne klare det - han gør det bare ikke, fordi han ikke skal. I et hvert andet liberalt erhverv er man nødt til at udvikle sig - ellers dør man". ■

## FORMANDEN PÅ VALG

Til foråret udløber formand Johnny Kuhrs valgperiode. Ønsker nogen at stille op til formandsposten, skal det ske senest 1. december 2005.

Valgperioden er fire årig og starter 1. april 2006.

Formandskandidater skal have mindst 25 stillere, der alle skal være ordinære medlemmer af Danske Fysioterapeuter. Kandidater skal bruge stillerblanketter, som kan rekvireres i Danske Fysioterapeuters sekretariat hos Vita Valentin, lokal 637 eller via e-mail, vv@fysio.dk.

Johnny Kuhr har besluttet at genopstille til formandsposten. Melder ingen andre kandidater sig, vil den nuværende formand automatisk fortsætte i en ny fireårig periode. Melder der sig andre kandidater, vil der i februar 2006 blive urafstemning blandt samtlige ordinære medlemmer af foreningen.

# Man skal ikke bare

Praktiserende fysioterapeut Marianne Kongsgaard sidder ikke med hænderne i skødet og venter på at blive inviteret med ved forhandlingsbordet. Hun inviterer gerne sig selv

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO LARS HORN

Dronninglund Kommune i Nordjylland ligger næppe på top 10 over Danmarks mest kendte kommuner, hvis man spørger den gennemsnitlige dansker.

Ganske anderledes ser det ud i fysioterapiens verden, hvor de fleste praktiserende fysioterapeuter har hørt om Dronninglund, fordi det er her Marianne Kongsgaard driver en klinik, der er kendetegnet ved en lang række utraditionelle initiativer og et forbilledligt samarbejde med de omkringliggende kommuner. Et samarbejde, som Marianne Kongsgaard gerne rejser land og rige rundt for at fortælle om. Og et samarbejde, der kan komme til at danne forbillede, når alle landets kommuner med kommunalreformen forventes at ville satse mere på sundhedsfremme og forebyggelse.

## HOV – HVOR ER PRAKSISSEKTOREN

Marianne Kongsgaards klinik samarbejder blandt andet med PPR i Dronninglund og Hals kommuner om test og behandling af børn med sansemotoriske vaskeligheder. Og sammen med Sund By (der drives af amt og kommuner i fællesskab) i Dronninglund er startet en lang række sundhedsfremmende aktiviteter som for eksempel ryghold, osteoporosehold og motion for forskellige målgrupper.

I det hele taget har klinikken en stærk tradition for samarbejde og udviklingsprojekter på tværs af sektorer, og det var derfor med en vis undren Marianne Kongsgaard erfarede, at sammenlægningskommunerne Dronninglund og Brønderslev havde lagt planer om et kommende sundhedscenter uden at involvere praksissektoren overhovedet.

"Jeg læste om planerne på kommunens hjemmeside, og tænkte med det samme "hov, hvor er praksissek-



# læne sig tilbage



toren henne?”, fortæller Marianne Kongsgaard, hvis forurettelse dog kun var kortvarig. ”Det er en uklog holdning bare at læne sig tilbage og være fornærmet. I stedet skal man prøve at finde ud af, hvordan man kan arbejde videre i en positiv retning og komme til at bidrage til planerne”.

Som tænkt så gjort. Marianne Kongsgaard inviterede derfor i august til et møde mellem fysioterapiklinikkerne i området og de to sundhedskoordinatorer.

”Vi var 16 til møde, hvor vi fik et oplæg og en snak om de kommunale planer. Jeg synes, det var en rigtig god start på noget samarbejde. Kommunen har fået 9,2 millioner kroner til sundhedscenteret, og det slår jo ikke til, så selvfølgelig skal vi da gå ind og give vores bud på genoptræningsopgaven”.

Marianne Kongsgaard advarer imod, at man som praktiserende fysioterapeut blot sidder som en tilskuer ved en tenniskamp og ser bolden fare frem og tilbage mellem kommune og amt.

”Vi skal hele tiden være på mærkerne. Hvis ikke vi bliver inviteret med i snakken, må vi invitere til den selv. Hvis ikke vi snakker sammen, bliver der hurtigt mange myter”, lyder hendes opfordring.

## SENDTE BREV MED OPFORDRING

Marianne Kongsgaard har heller ikke efter mødet med sundhedskoordinatorerne blot lænet sig tilbage og ventet på at høre nyt, tværtimod. Da hun for nylig kunne læse i avisen, at den konstituerede leder for sygesikring og sundhedsfremme i amtet var kommet med i sundhedscenterets styregruppe, greb hun det som en ny lejlighed til selv at komme på banen.

”Jeg tror egentlig ikke, at hendes repræsentation i styregruppen har spor med hendes relation til praksissektoren at gøre, men jeg skyndte mig da alligevel at skrive et brev til hende om, at jeg forventer, hun taler de praktiserendes sag i styregruppen”, fortæller Marianne Kongsgaard.

”Det vil jo være oplagt, at hun formidler budskabet om, at vi som praktiserende fysioterapeuter er oplagte samarbejdspartnere på genoptræningsområdet, og man derfor beder os byde ind på noget af det her”.

Men, pointerer Marianne Kongsgaard, henvendelsen handler ikke kun om det konkrete sundhedscenter:

”Når jeg beder om, at vi bliver involveret, er det lige så meget for at skabe en præcedens for, at praktiserende fysioterapeuter inddrages i forbindelse med andre lignende initiativer i Nordjylland”. ■



*”Vi skal hele tiden være på mærkerne. Hvis ikke vi bliver inviteret med i snakken, må vi invitere til den selv”, siger Marianne Kongsgaard.*

# Kommuner og praksissektor bliver afhængige af et godt sama

Kommunalreformen kan åbne yderligere for et marked, som praktiserende fysioterapeuter allerede et stykke tid har været i gang med at erobre

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO SONJA ISKOV

Endnu kræver det kompetencer inden for clairvoyance at give et bud på praksissektorens placering i en ny struktur med øget kommunalt ansvar for blandt andet genoptræning og sundhedsfremme. Eller som formand for KL's Social- og Arbejdsmarkedsudvalg Vagn Ry Nielsen sagde i disse spalter for et par numre siden: De kommunale overvejelser går i øjeblikket på at sikre, at de kan løse opgaverne, mens det er for tidligt at svare bare nogenlunde ædrueligt på, hvordan det konkret skal foregå. Men som han også sagde: Systemskiftet kommer til at generere nye ideer og nye samarbejdsformer. Og her kunne praksissektoren meget vel komme ind i billedet.

## EN NATURLIG FORLÆNGELSE

Esben Riis, der leder Danske Fysioterapeuters forhandlingsafdeling på praksisområdet, ser sektorens nye muligheder i forbindelse med kommunalreformen som en naturlig forlængelse af en udvikling, der allerede har været i gang i et par år, hvor flere fysioterapeuter har fundet plads på det voksende marked for sundhedsordninger på både private og offentlige arbejdspladser; og hvor praktiserende med eller uden sygesikringsoverenskomst har etableret forskellige former for samarbejde med flere kommuner.

Også motion på recept nævner Esben Riis som eksempel på aftaler, der ikke har spor med klinikkernes engagement med sygesikringen at gøre, men mere handler om kompetencer og faciliteter. Kompetencer og faciliteter, som sektoren også vil kunne udnytte i forbindelse med varetagelse af nogle af de genoptræningsopgaver, kommunerne får ansvaret for; eller i forbindelse med noget af den forebyggelse, der vil springe ud af de sundhedscentre, der er på tegnebrættet for tiden.

"Det kan godt være, de bygger et stort sundhedscenter i Næstved, men alle borgere i Næstved kommune bor jo ikke i Næstved, og det er her, fysioterapiklinikkerne kommer ind i billedet. Dem er der 600 af", siger Esben Riis.



*Esben Riis ser sektorens nye muligheder i forbindelse med kommunalreformen som en naturlig forlængelse af en udvikling, der allerede har været i gang i et par år.*

"Foruden den geografiske spredning taler det også til praksissektorens fordel, at klinikkerne i forvejen er en del af sundhedssystemet, og at den praktiserende dermed ser patienter, der for eksempel ikke af sig selv ville henvende sig i et sundhedscenter. Fysioterapeuten har desuden en samarbejdsrelation til den praktiserende læge og en viden om patienterne, der er vigtig, når man taler om sammenhængende forløb".

En vigtig pointe er dog, understreger han, at man ikke henvender sig med et tilbud til kommunen på vegne af en enkelt klinik, men derimod sørger for at være en attraktiv samarbejdspartner ved at etablere et samarbejde med andre klinikker, så det fysioterapeutiske tilbud geografisk dækker hele kommunen.

Blandt andet af den grund er dannelsen af netværk en vigtig del af et kursus i ledelsesudvikling, Danske

# arbejde



Fysioterapeuter udbyder i forhold til klinikejere. Her optræder blandt andre en repræsentant for Danske Anlægsgartnere for at fortælle, hvordan mindre anlægsgartnere danner konsortier for at kunne byde ind på opgaver, de ellers ville være for små til.

## DET SVÆRE SAMARBEJDE

Særligt i sundhedsfremme-sammenhæng kan det også være relevant at etablere samarbejde med andre faggrupper, for eksempel diætister. På den måde kan kommunen forholde sig til en samlet pakke, og man bliver derved et sammenligneligt alternativ til store, veletablerede spillere på det samme marked - som for eksempel Falck. Og det er her - i samarbejdet med andre - en af de største udfordringer ligger, mener Esben Riis:

”Det er nyt for mange praktiserende at skulle se ud over deres egen boks, hvor de traditionelt har været vant til meget fasttømrede relationer: Patienten, den henvisende læge og fysioterapeuten. Der har ikke været noget incitament til at være opsøgende i forhold til patienter og samarbejdspartnere”.

Men hvorfor overhovedet som praktiserende bruge tid på at byde ind på nye opgaver, når man har rigeligt at lave i forvejen med bare at holde ventelisterne med lægehenviste patienter nede? Fordi, svarer Esben Riis, ellers er der nogle andre, der gør det.

”Det er selvfølgelig ikke alle praktiserende, der hverken kan, vil eller skal. Men der er nogle, der har ambitioner om, at de gerne vil udvikle og udvide deres virksomhed, og her sætter ydersystemet nogle begrænsninger, hvis ikke man bevæger sig ind på nogle nye markeder”.

Men, understreger han, det handler ikke kun om at byde ind på nye opgaver. ”Jeg tror alle praktiserende i stigende grad vil blive berørt af kommunens sundhedsindsats. Nu bliver det tydeligt at kommune og praksissektor er afhængige af et godt samarbejde. På områder som fysioterapi til fysisk handicappede, i forhold til tidlig afklaring og vejledning af sygemeldte og på forebyggelsesområdet er det oplagt, at vi udvikler og forbedrer samarbejdsrelationerne”, mener Esben Riis. Han forventer dette blandt andet vil ske i kraft af Kommunernes Landsforenings indtræden som forhandlingspart omkring sygesikringsoverenskomsterne, hvor det vil være nærliggende med en udvikling af honorarsystemet eller særskilte aftaler på de nævnte områder. ■

## De Studerendes Prisopgave 2006

**FFY** ■ Danske Fysioterapeuter har indstiftet en pris på 25.000 kr. til den eller de studerende, der indsender den bedste videnskabelige artikel på baggrund af deres bachelorprojekt. Studerende der har afsluttet deres bachelorprojekt i 2004 og 2005 og er medlemmer af Danske Fysioterapeuter kan komme i betragtning. Prisen overrækkes i forbindelse med Fagfestivalen 2006. Deadline for aflevering af artikel er 1. februar 2006. På [fysio.stud.dk](http://fysio.stud.dk) kan man finde mere om kravene til artiklen.



## Sundhedscenter med fokus på rehabilitering

**Fysio** ■ Frederiksberg kommune har i et nyt sundhedscenter samlet sin indsats i forhold til forebyggelse, rehabilitering og sundhedskoordination. Målet er at skabe en mere smidig og effektiv kontakt mellem de forskellige behandlere og instanser, som er involverede i behandlingen af kommunens borgere. I sundhedscenteret kan man blandt andre møde kommunens fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætister og motionsrådgiver. Derudover har kommunens fire sundhedskoordinatorer også hjemme i sundhedscentret. Sundhedskoordinatorernes opgaver er primært rettet mod cancer, diabetes type II, KOL, hjerterehabilitering, geriatri og ortopædkirurgiske patienter. Dr. med. og fysioterapeut Ane Friis Bendix er ansat som chef for sundhedscentret fra den 1. januar 2006. Læs mere på [fysio.dk/nyheder](http://fysio.dk/nyheder)

## Specialist i rehabilitering

**Ansøgning** ■ Der foreligger nu en beskrivelse af det fysioterapeutiske speciale inden for rehabilitering. Beskrivelsen kan læses på [fysio.dk/uddannelsen/specialistordningen](http://fysio.dk/uddannelsen/specialistordningen). Af beskrivelsen fremgår blandt andet: ”At være professionel i en rehabiliteringsproces stiller krav om specifikke rehabiliteringsfaglige kompetencer som supplement til de fysioterapifaglige. De fysioterapifaglige kompetencer:

- Analysere, tilrettelægge, målrette og evaluere den fysioterapifaglige indsats
- Fremme læring og udvikling af bevægelse, genoptræning, compensation, forebyggelse og behandling.
- Fremme borgerens sundhed, bevarelse af rettigheder og livskvalitet.

Ansøgningsfrist for at blive godkendt som specialist er d. 5. november 2005 og 5. april 2006. Læs mere på [fysio.dk](http://fysio.dk)





# Fysioterapeuterne i dialog

De første to dialogmøder har sat skub i de lokale og regionale debatter om fremtidens opgavefordeling

AF SUNDHEDSPOLITISK KONSULENT ANN SOFIE ORTH  
FOTO SØREN MADSEN

## indgang

■ Kommunalreformen lægger op til, at lokale og regionale politikere skal bestemme den konkrete fordeling af opgaver f.eks. på genoptræningsområdet. For at give de lokale fysioterapeuter mulighed for at påvirke debatten har Danske Fysioterapeuter holdt dialogmøder i samtlige regioner.

”Godt nok er I fysioterapeuter fra tre forskellige sektorer, men I er også konkurrenter. Det er lidt ligesom at have Teledanmark og Sonofon i samme rum”.

Proceskonsulent Finn Voldtofte var ikke bange for at kalde en spade for en spade, da han talte til de knap 100 fysioterapeuter, der var samlet i Ringsted til det første af Danske Fysioterapeuters fem dialogmøder om kommunalreform og opgaveflytning.

Fysioterapeuter fra alle sektorer var samlet for at tale sammen om fremtidens opgavefordeling. Dialogmøderne er led i Danske Fysioterapeuters satsning i forhold til kommunalreformen. Den 1. januar 2007 ændres opgavefordelingen på genoptræningsområdet, og selvom udgangspunktet er klart, nemlig en flytning fra amtet til kommunen, så efterlader lovgivningen et

vist lokalt spillerum. For eksempel er det ikke fastlagt, hvem der skal udføre opgaverne.

### GRIB DET LOKALE RÅDERUM

Reformen indebærer flere nationalt fastsatte krav til sundhedsvæsenet. Samtidig er der også en anden tydelig tendens: at de større kommuner vil få opgaver, som før lå i amterne. Det giver mulighed for at påvirke lokalt.

”Vi mødes i dag for at gribe det lokale råderum”, sagde næstformanden for Danske Fysioterapeuter, Birgitte Kure, der tager turen rundt til de fem møder.

Hvert møde bliver indledt af en repræsentant fra et af de berørte amter. Fuldmægtig Jesper Hauton fra sundhedsforvaltningen i Roskilde amt advarede deltagerne i Ringsted mod at tro, at der sker en revolution fra den ene dag til den anden, således at man vågner op til en helt ny hverdag den 1. januar 2007. Udflytningen af både opgaver og personale kommer til at ske i en glidende overgang, lød hans vurdering. Det var vice-direktør Lars Dahl Pedersen, Viborg Amt enig i.

### MANGE BORDE, ÉN SAMTALE

Selv om møderne blev indledt på traditionel vis med én taler til ét plenum, så er møderne baseret på café-

dialog: Deltagerne taler sammen ved eget bord, og fra tid til anden går de ud til andre borde for at høre om dialogen der. Derefter vender de tilbage til det oprindelige bord. Samtalerne bliver dokumenteret med kort, hvor deltagerne skriver om enig- og uenigheder. Ved begyndelsen af hvert dialog-forløb skiftes der bord og bordfæller. ”Ønsket er, at vi reelt kommer til at opleve dialogen som én samtale, selvom den foregår samtidigt ved mange borde”, forklarer Finn Voldtofte, der står i spidsen for alle fem møder.

### DE NYE OG GAMLE OPGAVER

Første café-dialog handlede om de opgaver, som fysioterapeuterne gerne vil løse. Inden for kompetenceudvikling, sundhedsfremme og forebyggelse samt genoptræning kunne deltagerne se sig selv og





hinanden i både nye og gamle stillinger. Der blev talt om kommunale sundhedskonsulenter, om mere præoperativ træning, motionsvenner og om at se langt flere fysioterapeuter i visitator-rollen.

Den anden dialog tog udgangspunkt i placeringen af opgaverne og organiseringen i det hele taget. Det var den runde, der tog fat på nogle af de klare meningsforskelle, som eksisterer blandt fysioterapeuter. Ikke overraskende var det svært at finde enighed om frit valg, ligesom der også var debat om indholdet af sundhedscentre. Også de vederlagsfri patienter var til debat, en tilbagemelding fra et cafébord i Viborg lød: "De tunge patienter (vederlagsfri). Hvem skal påtage sig opgaven – ingen af os er interesseret i den!".

Listen med emner, som der var enighed om, var dog længere end listen over emner, der var uenighed

om. For eksempel var der helt forudsigeligt enighed om, at der stadig, kommunalreform til trods, vil være overgange for patienten, som alle behandlere og myndigheder skal arbejde på at gøre så lette som muligt. Der var også enighed om, at intentionen med at få genoptræningen tættest muligt på borgeren er god.

### HVAD GØR VI NU

Den tredje og sidste dialog havde sit fokus på det handlingsorienterede. Hvilke aktiviteter/handlinger/indsatser forestillede deltagerne sig, at der skal ske for, at fysioterapeuterne får indflydelse på beslutningerne?

Meldingen både i Ringsted og Viborg var klar: Der er brug for mere politisk påvirkning fra fysioterapeuter lokalt, regionalt og nationalt. Der blev på begge møder udtrykt en klar forventning til Danske Fysioterapeuter om at levere skyts til profileringen af faget og fysioterapeuter over for de nye kommuner. Men der var også en række helt konkrete ideer til, hvordan man regionalt kunne komme videre. Fra Ringsted lød det: "Vi anbefaler, at der ansættes en "regionsfys", som samler de forskellige fysioterapeutgrupper, kommune-sygehus-privat. Skal starte faglig udvikling og kvalitetssikring" I Viborg lød der fra alle caféborde et ønske om et regionalt kompetencekatalog.

På begge møder var der en kontant opfordring til fysioterapeuter om at engagere sig i den offentlige debat for at sætte dagsordenen, for eksempel op til kommunalvalget den 15. november.

Finn Voldtofte rundede møderne af ved at minde om, at dialogen gør deltagerne klogere, men den skaber ikke i sig selv forandring. Det sker kun, hvis mennesker træffer valg om at ændre.



Læs referater og se flere billeder  
fra dialogmøderne på

[www.kommunalreform.fysio.dk](http://www.kommunalreform.fysio.dk)

DET STÅR DER I AVISEN

# Om fysioterapi og fysioterapeuter

**(FOREBYGGELSE)** Hver gang der afsættes 200 millioner kroner. til f.eks. ny kræftmedicin eller andre nye behandlinger, skal de 50 mio. kr. bruges på forebyggelse. Det mener den radikale spidskandidat til den kommende Region Hovedstaden *Kirsten Lee*, skriver *Berlingske Tidende*. Udspillet kommer samtidig med, at Statens Institut for Folkesundhed netop har påvist, at antallet af kronisk syge i dag er oppe på 1,8 mio. Kirsten Lee undrer sig over, at forebyggelse spiller så lille en rolle på for eksempel den kommende finanslov. I samme artikel foreslår Danske Fysioterapeuters formand *Johnny Kuhr* en national handlingsplan for fysisk aktivitet: "Målsætningen om fysisk aktivitet skal være helt fremme, når vi indretter skoler, plejehjem og daginstitutioner".

**(HEALING)** En måde at få flere penge til forebyggelsen kunne være at spare på kræftmedicinen og for eksempel heale kræftcellerne i stedet for. Det har netop været forsøgt under videnskabelige former i et samarbejde mellem Århus Universitetshospital og amtssygehuset i Gentofte og med støtte fra Kræftens Bekæmpelse. Tre healere har forsøgt at tage kampen op mod forskellige typer af kræftceller. En af initiativtagerne til forsøget er fysioterapeut og healer *Lars Højgaard*, der efter forsøget desværre måtte konstatere, at healing - i hvert fald på det biologiske plan - ikke virker på kræftceller. *Berlingske Tidende* har bedt Lars Højgaard komme med eksempler, hvor healing virker: "Healing er blandt andet godt mod smerter af kronisk karakter. Det kan ofte hjælpe, hvor for eksempel fysioterapien ikke rækker længere. Men healing er også godt mod problemer, der er udløst af noget psykisk, f.eks. hvis børn tisser i sengen, eller man har stress helt uden grund. Som regel lægger jeg hånden

på forskellige kropspunkter, men det er mest for klientens skyld. Egentlig kunne jeg godt heale uden at røre dem".

**(BRYSTKRÆFT)** Var healing-forsøget faldet heldigere ud, kunne det måske have skaffet Danmark af med en kedelig rekord: I en undersøgelse af 20 OECD-lande er Danmark det land, hvor flest kvinder dør på grund af brystkræft. Tal fra Kræftens Bekæmpelse fortæller, at 62 pct. af brystkræftpatienterne er i live ti år efter, at de har fået diagnosen, mens 38 pct. er døde af sygdommen, skriver *B.T. Patientforeningen De Brystopererede*, der bl.a. arbejder for at forbedre brystkræftbehandlingen i Danmark, mener, at kvaliteten i sundhedssystemet skal forbedres. På ønskesedlen står blandt andet specialiserede centre for brystkræftbehandling, hvor kirurger og sygeplejersker er specialuddannede, og så skal der efter en operation for brystkræft altid tilbydes fysisk genoptræning af specialuddannede fysioterapeuter, mener foreningen.

**(MOTION)** Andre steder i landet står der motion på recept på ønskesedlerne. Således kan *Hillerød Posten* berette, at lægerne i Frederiksborg amt gerne måtte skrive mange flere motionsrecepter ud. 56 er det blevet til det seneste halve år, hvilket er alt for lidt i forhold til det forventede antal på 160. I Nordjylland går det bedre, og *Nordjyske Tidende* kan således berette, at ordningen nu udvides til nu også på forsøgsbasis at omfatte patienter med slidgigt og hjerte/karsygdomme. Oprindeligt var kun patienter med diabetes-2 omfattet af ordningen.

**(IVÆRKSÆTTER)** Sundhed handler det for en gangs skyld også om i et af *Erhvervsbladets* iværksætterportrætter. I portrættet af "Merrild&Schmidt I/S" bruges ord

som "glæde, udfordringer og energi", når 40-årige fysioterapeut *Mette Merrild* og den jævnaldrende civilingeniør *Karin Schmidt* skal beskrive, hvorfor de valgte at etablere en selvstændig virksomhed med fokus på rådgivning inden for sundhed, trivsel og arbejdsmiljø. De to fortæller, at de af hensyn til deres eget arbejdsmiljø - for at finde og holde balancen mellem arbejde og familie - holder et P-møde én gang om måneden. P står her ikke for personale, men for "Pagten, Pengene og Planen". På møderne følger de op på, om de holder deres indbyrdes pagt om, at arbejdet skal være sjovt, udviklende og sundt for dem selv", forklarer de to i avisen.

**(MEDALJE)** Sjovt må man også håbe, det har været for fysioterapeut *Hanne Øbakke*. Hun har i hvert fald været med længe, og flere aviser kan derfor berette, at Hanne Øbakke har modtaget dronningens fortjenstmedalje i sølv for sine 40 år på Storstrømmens Sygehus i Næstved.



FOTO: POLFOTO

## Forvirringen er total

"Det kan godt, være vi er uenige, men vore undersøgelser og undersøgelsesresultater er egentlig ikke i modstrid med hinanden". En **kommentar til** artiklen i Fysioterapeuten nr. 16 "Forflytningskurser gør ingen forskel"

### DEBATINDLÆG AF:

BENTE SCHIBYE, ARBEJDSFYSIOLOG, KONSULENTFIRMAET ACTIVE LIFE, TIDLIGERE FORSKNINGSCHEF PÅ AMI

! På forsiden af Fysioterapeuten nr. 16/05 står: "Forsker: 3 timers kursus i forflytning er nok." Ih tænkte jeg, det var dog interessant, at "forskningen" havde bevist det. Så læser jeg videre, og den nye overskrift, jeg møder på side 16, er: "Forflytningskurser gør ingen forskel". Hvad er nu det?

Jeg går i gang med at læse artiklen, og forvirringen bliver ikke mindre. Artiklen synes at være skrevet på en måde, så det skal fremstå, som om forskere på Arbejds-miljøinstituttet (AMI) og forskere på Nordisk Institut for Kiropraktik, Syddansk Universitet under ledelse af Jan Hartvigsen (JH) er uenige. Det kan godt være, vi er det, men vore undersøgelser og undersøgelsesresultater er egentlig ikke i modstrid med hinanden.

For at mindske forvirringen har jeg derfor lyst til kort at gennemgå hypoteser og undersøgelser inden for SOSU mht. til forflytning udført på AMI under min forskningsledelse. Den overordnede hypotese er at: "Lænderygsbesvær kan mindskes, hvis der anvendes en optimal teknik til forflytning af patienter". (Præcis her tror jeg, at JH og undertegnede er uenige). Umiddelbart synes denne hypotese jo let at teste. Tag to grupper, hvor den ene bruger optimal teknik og den anden en "almindelig" teknik, og følg disse grupper, og registrer, hvor mange der får lænderygsbesvær i de to grupper. Men så let er det ikke. Der er mange underspørgsmål i denne hypotese.

Første spørgsmål er: Hvad er optimal teknik? Er det bedre at bruge den teknik, der bl.a. anbefales af Per Halvor Lunde end at bruge sin egen metode? Det er et svært spørgsmål at besvare videnskabeligt. For at besvare det så godt, som det var muligt for os, lavede vi detaljerede biomekaniske undersøgelser af lænderyggenes belastning på ni kvinder fra plejesektoren. De anvendte deres egen teknik og den anbefalede teknik til at forflytte en rigtig patient i ni forskellige forflytningssituationer. For at de kunne udføre det på den anbefalede måde, blev de nødt til at få megen undervisning. Vi sagde til den erfarne underviser, fysioterapeut Maiken Böcher, at hun skulle give hver enkelt den undervisning, der var nødvendig, for at de kunne udføre forflytningerne på den anbe-

falede måde. Formålet med denne undersøgelse, der foregik i Hillerød, var at se, om belastningsmålinger af ryggen kunne understøtte den overordnede hypotese. Og det kunne målingerne. Kompressionen af lænderyggen blev mindsket ved anvendelse af den anbefalede teknik. Specielt meget i de processer hvor den havde været over det niveau, der angives som det "kritiske" af det amerikanske arbejdsmiljøinstitut (NIOSH).

For klarhedens skyld skal det nævnes, at formålet med undersøgelsen altså ikke var at undersøge, hvordan og hvor meget der skulle undervises i forflytnings-teknik, for at personalet kunne lære den nye teknik. (Som en sidebemærkning skal nævnes, at jeg kun kan være enig med JH i, at der stadig er uenighed om, hvad den bedste belastningsparameter er for ryggen. Kompressionskraften er dog på nuværende tidspunkt efter min mening en af de størrelser, der i mange situationer har betydning, og en størrelse som vi kan beregne på en rimelig valid måde. Det bedste vil nok være en "kombipakke" med flere parametre. Har du et konstruktivt forslag JH?)

Næste trin var så at undersøge nøjere, hvordan grupper skal undervises, for at de kan lære den anbefalede teknik. Og for at kunne undersøge objektivt, om de har lært teknikken, var det nødvendigt at udvikle en valid og reproducerbar metode til vurdering af ►



- ▶ forflytningskvaliteten. Så det blev næste udfordring i forskningsprogrammet. Det var en stor opgave, der blev udført i samarbejde mellem AMI og fysioterapeut Susan Warming, Bispebjerg Hospital. Metoden bygger kort fortalt på en vurdering af kvaliteten af patientforflytninger optaget på video. Kvaliteten kvantificeres ved brug af et kompliceret pointgivningssystem.

Nu da vi havde denne metode, gik vi videre med at se, om det var muligt at lære en gruppe "helt almindelige SOSU'er" den anbefalede teknik. Vi valgte at give et "luksuskursus" altså et kursus, der opfyldte alle de krav, en trænet underviser kunne stille til form, indhold, tid, opbakning fra arbejdspladsen osv. Kurset var både kvalitativt og kvantitativt meget anderledes end et "standardkursus". Kurset blev givet af fysioterapeut Dorte Kragh Schwartz til ansatte på Vordingborg sygehus. Og det viste sig at de ansatte, der var blevet undervist, havde lært noget. De havde nemlig forbedret deres vurderingsscore med ca. 30 procent efter at have fulgt kurset. Denne undersøgelse viser således, at det er muligt at lære en ny teknik. Men den viser ikke, at de kurser, der normalt gives, har en effekt i form af, at de ansatte lærer noget. Og her kan jeg have mine tvivl. Vi har nemlig også anvendt observationsmetoden på en lille gruppe på et plejehjem. Her fik de et meget mindre kursus, end det der blev givet i Vordingborg, men kurset minder nok meget om et "standard" forflytningskursus. Og her ændrede de ansatte ikke på teknikken efter kurset.

Den undersøgelse, der nu mangler, er at give en meget stor gruppe den undervisning, vi nu ved virker - virker på den måde, at de ansatte lærer noget. Udviklingen af lænderygbesvær i denne gruppe skal så sammenlignes med udviklingen i en kontrolgruppe.

Endvidere skal der laves tilfældige stikprøver på teknikbrug under arbejdet, så vi er helt sikre på, at de bruger det, de har lært. Er udviklingen af besvær forskellig i de to grupper, har vi det endelige bevis.

Men det er jo det, som JH har gjort, tænker du måske nu? Nej det er det ikke. Den undervisning, de ansatte har fået i hans undersøgelse, er ikke at sammenligne med det kursus, vi ved ændrer de ansattes forflytningsteknik. Så det meget vigtige spørgsmål: "Ændrer de på teknikken ved at have gennemgået kurset?" kan ikke besvares i JH's undersøgelse, da han ikke selv har målt dette. Resultaterne kan derfor heller ikke tages som bevis for, at brug af optimal teknik ikke har betydning for lænderygbesvær. Det, resultaterne derimod viser, er, at det kursus, der er givet, ikke har nogen effekt på besværet. Og det kan skyldes mindst to ting, enten at de ikke har lært noget, eller at teknikændring ikke har betydning. (Hvis vi altså antager at JH's deltagerantal er tilstrækkeligt stort til at vise en relevant forskel. Lænderygbesvær er jo en svær måleparameter, så der kræves et meget stort forsøgsmateriale for at være sikker på et resultat af typen "der er ingen forskel".)

Efter denne "korte" gennemgang af tanker bag forskningslinjen på AMI mht. til betydningen af forflytningsteknik for udviklingen af lænderygbesvær, håber jeg, det fremgår tydeligt, at det er et meget svært forskningsområde, hvor det er meget let at kritisere men meget svært at skabe klare resultater.

Derfor synes jeg, udfordringen i fremtiden skal være, at vi konstruktivt hjælper hinanden (forskere imellem og samarbejdet mellem forskere og praktikere) med at øge viden og klarhed i stedet for at skabe forvirring og utryghed. ■



## Forvirringen er blevet lidt mindre

Vi ved ikke, om al **undervisning i forflytning** er nytteløs, men så længe der ikke foreligger afgørende nyt, vil jeg **opfordre til mådehold** i undervisningen

**DEBATINDLÆG AF:**  
KIROPRAKTOR JAN HARTVIGSEN, NORDISK INSTITUT  
FOR KIROPRAKTIK OG KLINISK BIOMEKANIK, SYDDANSK  
UNIVERSITET

! Jeg tror, der er få områder inden for sundhed og sygdom, der er omgærdet af så mange myter som ryg området. Det skulle da lige være kosten.

Derfor er jeg glad, når en myte enten bliver bekræftet (og dermed ikke længere er en myte) eller aflivet, for hvor der er myter, er der forvirring.

Jeg vil påstå, at en af myterne på rygområdet har været, at forflytningsteknik og undervisning heri per definition er godt – jo mere jo bedre. I vores undersøgelse har vi aflivet denne myte: Almindelige budskaber om forflytning implementeret aggressivt gennem omfattende undervisning, kollegial supervision, psy-



kologbistand og ubetinget opbakning fra ledelsen er ikke bedre end et engangskursus på tre timer. Mere er med andre ord ikke bedre. Så ved vi det - forvirringen er blevet lidt mindre.

Tilbage står så spørgsmålet: Betyder det, at al undervisning i forflytning er nyttesløs? Dette kan ganske rigtigt ikke besvares ud fra vores undersøgelse, og det er jeg glad for, at Bente Schibye gør klart rede for. Det spørgsmål kan nemlig kun besvares gennem nye undersøgelser, hvor man tester andre metoder, end den vi (og mange andre) har anvendt. Gerne gennem en systematisk tilgang til området, hvor mange flere aspekter af denne problematik inddrages - ikke ulig

den serie af undersøgelser, som Bente Schibye har påbegyndt på AMI.

Men når dagen er omme, er lakmusprøven for alle de gode intentioner en afprøvning i stor skala i det virkelige liv uden for "laboratoriet".

Først her vil det vise sig, hvor stor effekten af en eventuel ny og anderledes undervisning er, og hvad den koster. Jeg ønsker Bente Schibye og medarbejdere al mulig held og lykke i bestræbelserne på at finde de vises sten inden for dette vigtige område. Så længe der ikke foreligger afgørende nyt, vil jeg imidlertid opfordre til mådehold i undervisningen inden for patientforflytning. ■

## Graverende udsagn i artikel om chokbølgebehandling

**Kommentar til artiklen "Ny behandlingsform på vej frem" i Fysioterapeuten nr. 15, september 2005**

### DEBATINDLÆG AF:

ALLAN NØRGAARD, DIREKTØR FITPARTNER, FORHANDLER AF ESWT- OG RSWT-APPARATUR

! Kære Mikkel Orry Amby. Undertegnede har læst din artikel om chokbølgeterapi i Fysioterapeuten nr. 15, september 2005.

I relation til terapiformens eksisterende udbredelse finder jeg selvsagt stoffet meget relevant, men jeg føler mig nødsaget til at rejse et stort spørgsmål til din research og din(e) kilde(r) i forbindelse med udarbejdelsen af artiklen.

Som udbyder af såvel ESWT- som RSWT-apparatur forholder jeg mig sagligt, fagligt og upartisk til begge apparattyper. Der er fordele og ulemper ved begge typer, og derfor synes din fremstilling særdeles unanceret. Min viden inden for området giver mig mere end almindelig god grund til at anfægte tre i mine øjne graverende udsagn fra din artikel.

Smerteoplevelse/patientkomfort: Der har været megen snak om smerteoplevelsen/patientkomforten ved anvendelse af de to forskellige systemer. Smerten ved ESWT føles anderledes end ved RSWT, og derfor er det som udgangspunkt svært at sige og konstatere, hvilken type der gør mindst eller mest ondt. Behandlingen, uanset valg af ESWT eller RSWT, er forbundet med smerte. Ved RSWT har en hovedkilde til smerte vist sig at stamme fra den såkaldte 'skin sensation', som til

dels er forårsaget af applikatorens bevægeudslag. Én af RSWT-typerne på markedet har en applikator med et bevægeudslag på 1,2 mm, hvor vores applikator har et bevægeudslag på blot 0,2 mm, og dermed er den såkaldte 'skin sensation' blevet minimeret. Flere af vore kunder har arbejdet med begge typer og kan således bekræfte dette forhold.

Økonomi: Tal lyver ikke, og information om anskaffelsespriser og driftsomkostninger er direkte tilgængelige hos landets udbydere af de forskellige typer og mærker. Eksempelvis har vores RSWT apparatur en driftsomkostning på kr. 4,50 ekskl. moms pr. behandling og anskaffelsesprisen ligger typisk ca. 50 procent lavere end ESWT apparatur.

Udbredelse: Da indikationslisten og succesraten for de to typer er stort set identiske, bør en sådan sondring ikke have indflydelse på valg af type. Ifølge vore kilder udgør salget af RSWT i dag ca. 80 procent af det europæiske marked. Den resterende ESWT-andel på 20 procent er primært opretholdt af det faktum, at der i Tyskland ydes et større tilskud til den fokuserende end til den radierende behandlingsform. I dag anvender ca. 20 danske klinikker RSWT, hvilket bekræfter ovennævnte relation. ►

- ▶ Med udgangspunkt i ovennævnte tre punkter skal vi bede dig redegøre for din dataindsamling. Hvilke producenter har du været i kontakt med? Hvilke udbydere på det danske marked har du indhentet information fra? Hvilke danske fysioterapeuter har du interviewet?

Jeg har hermed en invitation til dig: ultimo oktober 2005 afholder vi et kursus for alle danske fysioterapeuter med interesse inden for dette 'nye' område. Undervi-

seren er Dr. Rolf Rädcl, som er en international kendt foredragsholder inden for chokbølgeterapien. Dr. Rolf Rädcl har samtidig figureret i forbindelse med flere publikationer og er ubetinget én af Europas største kapaciteter inden for området. På kurset vil du få rig lejlighed til at lytte til dine kollegers erfaringer med begge typer. Jeg ser frem til at modtage din respons på ovennævnte. ■

## Rart med konstruktiv kritik

Forfatterens svar på Allan Nørgaards kritik af artikel om chokbølgebehandling

DEBATINDLÆG AF:  
FYSIOTERAPEUT MIKKEL ORRY AMBY

! Først vil jeg takke for din respons. Det er godt at vide, at ens arbejde bliver læst kritisk, og konstruktiv kritik er altid velkommen.

Dernæst skal jeg beklage, at min formodning om fremtidig udbredelse og fordeling på apparattyper har kunnet opfattes som andet end en personlig kommentar. Jeg har ingen økonomiske eller personlige interesser i at promovere det ene frem for det andet, hvorfor jeg heller ikke vil nævne firmanavne eller producenter her.

En klar indrømmelse skal jeg give: Mit materiale vedrørende særligt driftsøkonomi er forældet, hvilket jeg dybt skal beklage. Udviklingen går hurtigt, og det er glædeligt, at driftsomkostningerne nu er reducerede.

Som jeg nævner det i artiklen, er kommentaren om patientkomfort en erfaring fra Algade Fysioterapi, som på et tidspunkt havde begge typer apparater til afprøvning. Effekten syntes at være nogenlunde ens, men patienterne gav udtryk for større smerteoplevelse ved RSWT, ligesom andre bivirkninger var mere tydelige end ved ESWT. Dette førte til frafald af patienter.

Du skriver i læserbrevet, hvoraf jeg kan se en del er hentet fra jeres markedsføringsmateriale, at I har et RSWT-apparat med lavt bevægeudslag og dermed mindsket skin sensation. Det er godt, at udviklingen går i den retning, for selv om jeg mener, man skal forsøge at begrænse behandlingsområdet til det behandlingskrævende væv, hvilket ESWT i de fleste tilfælde må være bedst til, kan jeg også se fordele ved RSWT. Eksempelvis kunne man forestille sig et stort hæmatom, for eksempel et trælår, hvor den radierende chokbølge nemmere vil kunne ramme et stort område.

Jeg kan forstå, at I nu markedsfører et kombineret apparat med både ESWT og RSWT. Det synes jeg lyder

meget spændende, da diagnosen så kan være bestemmende for, hvilken teknik der skal benyttes.

Skal man imidlertid vælge mellem de to typer, er endnu en ting, man bør have in mente, at såvel penetrationsdybde som energy flux density er ca. dobbelt så stor ved ESWT som ved RSWT.

Sluttelig skal jeg takke for invitationen til kurset, som jeg meget gerne tager imod.

## Stop ensidig agitation

En sidste kommentar til Nina Schriver og Gunn Engelsrud

DEBATINDLÆG AF:  
METTE AADAHL, TOM PETERSEN, MARIUS HENRIKSEN,  
HANS LUND

! Det er med stor beklagelse, vi erfarer, at Nina Schriver og Gunn Engelsrud ikke har forstået vort svar på deres første indlæg, men derimod fortsætter deres ensidige agitation for den fænomenologiske teori. Vi for vores del, har hele tiden ment, og mener fortsat, at evidensbaseret fysioterapi bygger på kundskab opnået både gennem humanistiske, naturvidenskabelige og andre videnskabelige metoder.

(På grund af denne kommentars forbilligt korte omfang har den på opfordring fundet nåde for redaktionens øjne, selvom diskussionen i sidste nummer blev henvist til [www.fysio.dk/debat](http://www.fysio.dk/debat)) ■

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*

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



HØJ KVALITET



POWER LASER

CE 0543

- 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

[www.andi.dk](http://www.andi.dk)

ANDI ELECTROMEDICAL har udviklet og produceret laserterapiudstyr siden 1982

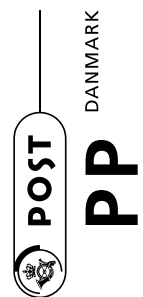
ANDI ELECTROMEDICAL

Kanalstræde 2 · DK-4300 Holbæk

Tel. +45 59 44 08 32

Fax +45 59 44 29 11

info@andi.dk



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