



Ny lov om autorisation

Med en ny lov får en fysioterapeut autorisation til at kalde sig fysioterapeut.
Side 18

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Når selvbilledet flimrer

Fysioterapeuten skal passe på ikke at fortolke og have forudfattede meninger, når patienten beskriver sin sygdom. Læs artiklen om optagelse af anamnese

SIDE 4

Artikler

Is i behandlingen – hold hovedet koldt



Fysioterapeuter er vilde med is. Forstuvnings- og muskelskader nedkøles i lange baner, men hvor veldokumenteret er denne behandlingsmetode egentlig?

10

En investering i klinikkens arbejdsmiljø



Kun halvdelen af landets fysioterapiklinikker har udarbejdet en arbejdsplads-vurdering. Men en APV er et godt værktøj til at få sat arbejdsmiljøet på dagsordenen i en hektisk hverdag, fortæller en klinikejer.

14

Farvel til terapiassistenter



Med en ny lov får en fysioterapeut autorisation til at kalde sig fysioterapeut. Men lovforslaget fastholder kravet om lægehenvi-
sning.

18

Nyvalgte formænd i to regioner

Charlotte Fleischer er nyvalgt formand for Danske Fysioterapeuters region Syddanmark, og Tina Frank Johnsen sætter sig på formandsposten i region Midtjylland.

20

Forskningsenhed i 2006

Selvom der ikke er afsat penge på Finansloven til forskning i fysioterapi, har Danske Fysioterapeuter besluttet at indgå en samarbejdsaftale med Syddansk Universitet, så der kan oprettes en forskningsenhed i 2006.

23

Juletid i Danske Fysioterapeuter

Mellem jul og nytår, dvs. 27.-30. december, er der begrænset åbningstid i sekretariatet. Telefonerne er åbne mellem 9 og 12. Denne udgave af Fysioterapeuten er den sidste før jul. Nr. 1/06 udkommer den 13. januar. Der er deadline for annoncer den 21. december.



Jens Dresling/Polfoto

Det faste

Fysnyt	9, 24
Litteratur	13
Personalia	16
DFnyt	22
Debat	25

Regionerne er på plads

Når det kommunale Danmark efter nytår for alvor tager fat på sammenlægningsopgaven og opgaveflytninger er Danske Fysioterapeuter allerede på plads med sin nye struktur og med fem nyalvalgte regionsbestyrelser og regionsformænd.

Med den nye struktur går Danske Fysioterapeuter ind i en ny fase på det fagpolitiske område. Strukturen og de regionsvalgte politikere skal give foreningen og den enkelte fysioterapeut større politisk indflydelse og medvirke til at skabe bedre og mere sundhed for danskerne. For det er det vi vil. Det giver samtidig bedre baggrund for at skabe gode løn-, honorar- og arbejdsvilkår for fysioterapeuter. En anden af foreningens vigtige opgaver. Det kræver, at de nye regionsvalgte bliver kvalificerede spillere på den regionale politiske bane, så vi som forening kan blive en naturlig samarbejdspartner og dermed sætte relevante sundhedspolitiske dagsordner.

Jeg tror, vi er godt klædt på til opgaven, om end det vil tage lidt tid, inden alle har fundet deres pladser. Det gælder de nye regionsformænd- og -bestyrelser, der skal have dannet sig billeder af, hvilke medlemmer og arbejdspladser der hører under regionen, hvilke lokale og regionale politikere og **embedsmænd**, der skal samarbejdes med, og hvad der ligger af opgaver og venter, ikke mindst i forbindelse med kommunalreformen. Det gælder formandskab og hovedbestyrelse, der sammen med regionsformændene skal finde ud af, hvordan opgaverne skal fordeles og samarbejdet bedst foregår.

Formelt set indgår regionsformændene ikke i foreningens hovedbestyrelse før efter næste repræsentantskabsmøde, men de deltager allerede fra nytår i alle hovedbestyrelsesmøder. Der er også planlagt et betydeligt indkøringsprogram, der i løbet af foråret skal ruste regionsformændene til det kommende arbejde.

Nu går året snart på hæld, og her inden vi skruer lidt ned for blusset i jul og nytår har jeg en god fornemmelse af, at vi er klar til et nyt år. Klar med nye regionsbestyrelser og regionsformænd, der vil gøre en forskel i det kommende turbulente år, som vil blive præget af de mange kommunale omorganiseringer. Og klar til at sekretariatet kan overtage de opgaver, der før lå i kredsene. Med det vil jeg gerne ønske alle en glædelig jul og et godt nytår.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter



FORSIDE:
GITTE SKOV

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

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

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

Kontrolleret oplag 9.383
Kontrolleret af:



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

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

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

ISSN 1601-1465

Fysioterapeutens rolle er at lytte, svare

Patientens egen beskrivelse af sygdommen skal danne udgangspunkt for anamnesen, ikke fysioterapeutens fortolkning og forudfattede meninger

AF FYSIOTERAPEUT ALIK WEINTRAUBE, DIPMT, PDPSYK,
MLP, SPECIALIST I MUSKULOSKELETAL FYSIOTERAPI
TEGNING GITTE SKOV

Mange mennesker vil efter at have gennemlevet det primære, akutte og subakutte forløb i forbindelse med en alvorlig sygdom have ændrede forudsætninger for at udfylde deres hidtidige plads i samfundet. De ændrede forudsætninger vil ofte betyde nye udfordringer både på det fysiske, psykiske, og sociale område.

Det kan og vil for mange mennesker være en meget svær opgave, og det stiller store krav til:

- Erkendelse af en ny situation.
- Motivation/indre psykiske drivkræfter.
- Evne til at omstrukturere tilværelsen.
- Evne til at lære.

Set fra et fysioterapeutisk synspunkt kan noget af det sværeste i en efterbehandlingssituation være, at mange mennesker slet ikke kan eller vil erkende, at de har

ændret sig for altid. Der er ind imellem en tendens til, at jo ældre eller dårligere de bliver, desto klarere bliver deres erindring om, hvor gode de var engang, og ambitionsniveauet og kravene til behandlingsresultatet bliver sat derefter.

I den fysioterapeutiske proces kan man ofte strande på et punkt, hvor de godt kan forstå deres ændrede, reducerede tilstand i "hovedet", men ikke acceptere eller erkende den i "hjertet".

GODT BEGYNDT ER HALVT FULDENDT

Resultatet af den initiale og fortløbende fysioterapeutiske undersøgelse danner udgangspunkt for en optimal fysioterapeutisk intervention igennem hele det terapeutiske forløb.

Anamnesen er det væsentligste element i den initiale undersøgelse og tilgang. Det er i forbindelse med anamneseoptagelsen vigtigt, at fysioterapeuten allerede fra starten tilstræber, at patienten bliver optimalt integreret i det terapeutiske rum med den tilstedeværende nødvendige kontinuerlige dynamik, mentalt såvel som fysisk.

Sagt på en anden måde: for at kunne møde patienten

der, hvor han er, vil formålet med en anamnese være at få hans egen beskrivelse af sin sygehistorie, hans egen vurdering og forklaring på problemet, samt hvilken betydning det har for hans liv (Hingebjerg et al. 1998).

HISTORIEN OM KLAUS

I den fortsatte beskrivelse og indkredsning af de pædagogiske og psykologiske elementer og overvejelser i forbindelse med den fysioterapeutiske strategilægning og intervention vil jeg tage udgangspunkt i historien om Klaus, som blev henvist til fysioterapi af sin praktiserende læge.

Klaus er en mand på 35 år. Han er gift på tiende år med sine børns mor, som har et deltidsjob. Børnene er syv og ni år. Klaus har ni års skolegang og ingen egentlig uddannelse. De sidste fem år har familien boet i et parcelhus med have, som hans kone primært passer. Han har i de sidste tolv år arbejdet i en industrihavn og har i den forbindelse erhvervet sig flere certifikater bl.a. til betjening af kran og kørsel med truck. I sin fritid spiller han firmafodbold og dyrker "lidt vægttræning". Han ryger 10-12 cigaretter om dagen og kan godt lide øl.

I forbindelse med afmontering af en anhænger slår han hovedet hårdt ind i en jernbjælke, hvilket umiddelbart resulterer i kortvarig bevidstløshed, en ordentlig bule, svimmelhed og hovedpine.

Et år efter er Klaus' tilstand kronisk ændret i forhold til før ulykkestilfældet, og det er på dette tidspunkt, han henvender sig til fysioterapeuten.

Han har universelt nedsat kraft, følelse og dårlig koordination i højre arm. Han bliver svimmel ved hurtige bevægelser af hovedet og kan ikke træne som tidligere. Han får hovedpine, når han ryger og drikker, kan ikke tåle støj og må jævnligt sygemelde sig. Han fortæller, at det ikke er sjovt for familien at have en far, der ikke kan noget. Det er også et stort problem for Klaus, at andre ikke kan se, at der er noget galt med ham, og at de ikke synes, han har noget at klage over.

indgang

■ Artiklen belyser, hvordan fysioterapeuten i sin anamneseoptagelse ufrivilligt kan være med til at bremse patienten i sin erkendelsesproces.

og kommentere

KLAUS VIL VÆRE HELT RASK

Klaus' ønsker og krav til den fysioterapeutiske intervention er, at han gerne vil kunne det samme som før ulykkestilfældet og blive helt rask. Fysioterapeuten prøver at forstå og møde ham, der hvor han er, og forklare ham, hvorfor det ikke er muligt. Efter en uddybende samtale omkring dette giver Klaus flere gange udtryk for, at det forstår han godt.

Fysioterapeuten lover ham kun én ting: at han vil gøre mest muligt, for at Klaus kan få det bedst muligt. Det er Klaus nogenlunde tilfreds med. ▶





- ▶ Men en uge efter vender Klaus tilbage med sine oprindelige krav og ønsker om at blive helt rask og giver udtryk for disse på en måde, som om der aldrig er blevet talt om, at det ikke kunne lade sig gøre.

Dette giver anledning til flere overvejelser:

- Hans tilstand og dermed hans liv er ændret for altid. Det er han nødt til at erkende. Hvordan skal fysioterapeuten lære ham det?
- Hvorfor går han ikke bare i gang ud fra de retningslinjer, fysioterapeuten har skitseret?

I de fortsatte overvejelser kan man tage udgangspunkt i nogle generelle betragtninger om læring. Det er en proces, der rummer såvel ydre påvirkninger som mental bearbejdning. Der er tale om en vekselvirkning, hvor den lærende er med til at præge sine omgivelser, og disse omgivelser præger den lærende.

Vejen frem er ikke så meget det at finde direkte svar og løsninger, men i højere grad om at kunne se og finde muligheder for læring.

LÆRING VIL FØLES LIVSTRUENDE

"Optimal frustration er hemmeligheden bag al læring" (Hermansen 1996). Frustrationen skyldes, at man skal udvikle sig, og det er ikke altid behageligt og slet ikke, hvis man er tvunget til det. Set fra et psykologisk synspunkt kan man sige, at læring er "livstruende", idet læringens mål kræver, at man skal ændre sig, hvis man vil nå målet.

For at nå dertil er det afgørende, at det ønskede mål for læringen er så langt væk, at man er nødt til at "flytte" sig, hvis man skal nå det. På den anden side må det ikke være længere væk end, at man kan rumme processen.

Dette stiller en række pædagogiske krav til fysioterapeuten:

- Han skal kunne anspore og udfordre Klaus, så han lige præcis kan klare opgaverne.
- Han skal beherske den undersøgende spørgemåde, der er nødvendig for få et klart billede af, hvor Klaus befinder sig i læreprocessen.

Det gælder om, at få Klaus til at arbejde mest muligt i læreprocessen ud fra devisen om, at det er den, der arbejder, der får kvalifikationerne.

I de videre læringsteoretiske overvejelser tyder meget på, at Klaus på det kognitive plan ikke har erkendt, at hans tilstand er kronisk ændret. Han forsøger at holde fast i sine kognitive skemaer, som de så ud inden ulykken. Han har svært ved at assimilere de ændrede muligheder, hvilket hæmmer den akkommodative læring, der forudsætter:

- at han har opbygget relevante strukturer, der kan rekonstrueres.
- at han har behov for og lyst til at mobilisere energi til rekonstruktioner.
- at han føler sig tryk nok til at turde slippe det allerede etablerede og kendte.

For Klaus er *zonen for den nærmeste udvikling* (Engeström (Hermansen 1998)) en dialog mellem ham selv og hans fortid. I psykodynamisk forstand er han i krise. Hans jeg og selvopfattelse og selvrelationering står over for nogle tvungne forandringer, som frustrerer ham i en sådan grad, at han er bange for, hvor det fører ham hen. Frustrationen er så udtalt, at den virker hæmmende for motivationen respektive aktivering af den optimale psykiske drivkraft.

Psykosocialt befinder Klaus sig i en *double-bind* situation (Bateson (Hermansen 1996)), hvor omgivelsernes reaktion og indstilling kræver, at han skal være som tidligere, samtidig med at han fra fysioterapeutens side bliver mindet om sin nuværende tilstand. Han befinder sig på *niveau 1* (Bateson). Situationen er fastlåst. Han magter ikke at løfte sig til *niveau 2*, hvilket kunne gøre processen mere åben, men muligvis også smertefuld (Bateson (Hermansen 1996)). Se faktaboks side 8.

Klaus har det dårligt og er ikke motiveret i forhold til det videre fysioterapeutiske forløb.

BEHOV FOR NY ERKENDELSE

Som nævnt tidligere har Klaus meget svært ved at erkende sin nye tilstand. Men erkendelse er ikke mulig i en *vilkårlig omverden*, men kun i en dertil egnet, og den omverden, hvor Klaus skal finde sin erkendelse, er fysioterapeuten en del af. Det betyder, at det ikke kun er Klaus, der skal erkende, det er også fysioterapeuten.

De skal begge to tilpasse de fortløbende ændringer til hinanden, både i forhold til *verden* (relationen mellem *system* og *omverden*) og til *realiteterne* (relationen mellem *genstand* og *erkendelse*). Fysioterapeuten (*mediet*) må ikke blive stærkere end Klaus (*formen*). Fysioterapeuten (*mediet*) skal hele tiden tilpasse sig til Klaus (*formen*) og anvendes som kobling til den videre erkendelse og faste *form* (Luhmann (Hermansen 1998)).

Med andre ord betyder det, at fysioterapeuten som udgangspunkt for den fortsatte dynamik i det "terapeutiske rum" skal se Klaus' problem, sådan som Klaus opfatter det, uanset hvor urealistisk det så måtte være set fra et sundhedsfagligt synspunkt. Fysioterapeuten skal skabe

realistiske opgaver med en optimal sværhedsgrad. Klaus skal finde og acceptere løsningerne på opgaverne og sammen med fysioterapeuten skabe et realistisk grundlag for fortsat udvikling hen imod en ny erkendelse og de nye muligheder, der følger med.

Set fra et systemisk læringssynspunkt er den terapeutiske situation nået til et punkt, hvor fysioterapeutens entusiasme og gode intentioner og ønsker for Klaus virker inhiberende.

Fysioterapeutens feedback virker negativt, idet den tager udgangspunkt i Klaus' aktuelle tilstand. Set fra Klaus' side er fysioterapeutens feedback ubrugelig i forhold til, hvordan han helst så sin tilstand.

Klaus' selvbillede svarer ikke til hans aktuelle tilstand. Han skal etablere et nyt *selv*. Vanskelighederne i forbindelse med det, kan ikke overvindes med entusiasme og gode ønsker fra fysioterapeutens side (se faktaboks til højre).

EN ANAMNESE ER IKKE ET INTERVIEW

For at kunne håndtere Klaus' optimale frustration og det faserigtige modspil til hans urealistiske selvbillede er det vigtigt at tilstræbe en ægte empatisk kontakt med ham.

Det empatiske nærvær er væsentligt dels for at afvikle de urealistiske selvbilleder dels for at udvikle de nye realistiske selvbilleder. Fysioterapeuten skal tilstræbe at lære hans styrke og grænser at kende og altid give udtryk for accept og respekt for at opretholde den igangværende dialog. Inden for disse rammer skal fysioterapeuten høre, svare og reagere både med enighed og uenighed. Man kan sige, at den optimale frustration starter ved, at fysioterapeuten empatisk lytter, svarer og kommenterer.

Det er lettere sagt og skrevet end gjort. Det var det, fysioterapeuten troede, han havde gjort, da han optog Klaus' anamnese. Men det var ikke Klaus' historie fortalt af Klaus, men Klaus' historie fortalt og tolket af fysioterapeuten. Optagelsen af anamnesen havde ikke karakter af samtale. Der var i højere grad tale om et fysioterapeutstyret interview med en sideløbende tolkning.

Set ud fra et socialkonstruktivistisk narrativt synspunkt er det Klaus, der skal være "forfatteren", og i en videre betydning kan man sige, at det er samtalen, der skal være det (Lundby 2000). Det inkluderer fysioterapeutens aktive medvirken i form af en imødekommende og interesseret mimik, kropssprog og supplerende bemærkninger. ▶

UDVIKLING AF EGENOPFATTELSE

Fænomenerne tripolære kerneselv, omformende internalisering, arkaiske selv og kohærente selv relaterer sig alle til selvpsykologiens ophavsmand og hovedskikkelse østrig-amerikaneren Heinz Kohut. Han var en udpræget kliniker og ikke en stringent teoretiker, hvilket blev understreget af, at han jævnligt angav, at hans psykologi var erfaringsbaseret (Thielst 1998).

Det tripolære kerneselv henviser til de tre grundlæggende elementer, som det enkelte menneske danner sin egenopfattelse ud fra.

- Et idealiseret billede af de sammenhænge man er et produkt og en del af.
- Et idealiseret billede af ens eget samlede potentiale i disse sammenhænge.
- Det omfang og den form ens evner, færdigheder og potentialer bliver skabt, forlangt, tilladt og brugt i disse sammenhænge.

Det arkaiske selv henviser til et urealistisk selvbillede, hvor man ikke kan leve op til sit eget selvbillede. Der vil være en latent modsætning mellem ens selvbillede og interaktionen med omverdenen og andre mennesker. Det kohærente selv henviser til et realistisk selvbillede, hvor man lever op til sit eget selvbillede. Der er overensstemmelse mellem ens selvbillede og interaktionen med omverdenen og andre mennesker.

Den omformende internalisering henviser til den proces, hvor man går fra et arkaisk selv til et kohærent selv, hvor man realitetsafprøver sit selvbillede i de sammenhænge, man er/gerne vil være en del af. Sagt på en anden måde, man vurderer, justerer, ændrer eller eventuelt undertrykker de urealistiske og irrelevante dele og integrerer de tilbageblevne, realistiske og relevante dele i et sammenhængende selv. Det vil sige, man udvikler sin jegstyrke gennem afbalancerede løsninger på de udviklingsforløb og kriser, som grundlæggende ændrer på tilværelsen.

Klaus' tripolære kerneselv er et arkaisk selv med et urealistisk selvbillede i forhold til den nuværende situation. Det vil skabe flere og flere problemer, især i forhold til selvets tredje pol, det vil sige hans oplevelse af egne evner, færdigheder og potentialer, når hans kroniske forandringer bliver mere åbenlyse.

Der forestår et stort arbejde i at gå fra det arkaiske selv til etableringen af det nye kohærente selv. Vejen dertil går via en omformende internalisering. Denne omformende internalisering kommer bedst i stand ved en faserigtig, optimal frustration (Thielst 1998). Hermed menes en frustration og modstand, som lige netop skal have den styrke, der skal til for at eliminere de urealistiske dele af selvet.



► VÆK MED FORUDINDTAGEDE MENINGER

Menneskelige systemer er sprog- og betydningskabende systemer. Diskurs og kommunikation definerer og fremmer social organisation. Forståelse og betydning er sociale konstruktioner, og man kan kun nå frem til en gensidig forståelse og betydning, når man kommunikerer.

Alle terapeutiske systemer bør indeholde en dialog, der samler sig omkring et problem. Det terapeutiske system skal være med til at udvikle et sprog og en betydning i forhold til at organisere og opløse et problem. Sagt med andre ord, det terapeutiske system skal være et problemorganiserende og problemløsende system.

En del af den fysioterapeutiske ekspertise skal på en bevidst måde skabe muligheder for og fremme dialogen. Det er væsentligt at understrege, at stillede spørgsmål skal tage udgangspunkt i en oprigtig empatisk nysgerrighed og interesse for en patients ve og vel. De skal ikke være styret af en bestemt metode, der kræver nogle bestemte svar eller af tidligere erfaringer med patienter med de "samme symptomer".

Set i dette lys kan man sige, at en væsentlig del af en fysioterapeutisk indsats er at skabe nye narrativer ved hjælp af dialog og dermed skabe og åbne nye muligheder for ny mestring.

Hvis man ikke er i stand til at abstrahere fra sine egne forudindtagede opfattelser af, hvad et problem består af, vil det uvægerligt styre samtalen i retning af fysioterapeutens narrativ og derved medføre, at patientens narrativ aldrig kommer til udtryk.

Inden for det danske sundhedsvæsen gælder det, at uden en undersøgelse, kliniske ræsonnementer og en diagnose er der ingen indikation for behandling, og i den forbindelse mener jeg, at man aldrig vil kunne iscenesætte en sundhedsfaglig intervention uden en grundig optagelse af en anamnese. En opskrift på den gode narrative anamnese tør jeg ikke binde an med, men de følgende punkter anser jeg for væsentlige:

- Fysioterapeuten skal altid være en del af historien, nogle gange "midt i", andre gange ude "i kanten".
- Forholdet mellem fysioterapeut og patient skal være præget af samarbejde, ikke af magt og kontrol.
- Der skal lægges op til sammenhænge, der muliggør forandring, ikke til at opnå bestemte forandringer.

KLASSIFICERING AF LÆRING

Fænomenerne niveau 1 og niveau 2 relaterer sig til den engelsk-amerikanske antropolog og filosof Gregory Batesons kategorier for læring og kommunikation, hvor han skelner mellem fire niveauer med hver deres kendetegn respektive definitioner. Gregory Bateson kalder disse niveauer læring 0, læring I, læring II og læring III.

Niveau 1 (læring I) er ud fra en adfærdspsykologisk synsvinkel kendetegnet ved, at den sociale kontekst respektive omgivelsernes påvirkning har en central funktion i læreprocessen. Man lever op til de fastsatte normer og ritualer uden at sætte spørgsmålstegn ved dem.

Niveau 2 (læring II) er kendetegnet ved, at der sker nogle varige ændringer af forudsætningerne for niveau 1 (læring I), som tvinger én til at reflektere over den hidtil gældende og automatiserede kontekst, idet de nye forudsætninger ikke er kompatible med det tidligere regelsæt.

For Gregory Bateson er der en direkte relation mellem læring II og karaktertræk. Karaktertræk er ikke noget det enkelte individ "har" eller "er". Karaktertræk henviser til noget, som kommer til udtryk, når det enkelte menneske er sammen med bestemte andre mennesker. De karaktertræk, som det enkelte menneske tildeles og tildeler sig selv, skabes og udvikles i samspil med omgivelserne og er præget af bestemte mønstre, som tildeler det enkelte menneske bestemte "roller" i gældende kontekst og samspil.

Der ligger et stort styrkepotentiale i at udvikle sig og "overleve" fra læring I til læring II. Det blev for Klaus en hård, smertefuld og succesrig proces.

EFTERSKRIFT

Historien om Klaus bliver i det foregående anvendt som understøttelse og afsæt for det primære fokus – pædagogiske/psykologiske elementer og overvejelser i forbindelse med den gode anamnese i artiklen. Men jeg vil alligevel ganske kort opridse det forløb, Klaus har været igennem og beskrive, hvor han befinder sig i dag.

Den fysioterapeutiske intervention strakte sig over godt et år. I starten var kontaktfrekvensen en gang

om ugen og mod afslutningen var der fra fire til otte uger mellem konsultationerne. Fysioterapeuten og den henvisende læge var det sundhedsfaglige centrale omdrejningspunkt i hele forløbet.

Klaus gennemgik i perioden et tværfagligt neurofysiologisk og neuropsykologisk vurderingsforløb. I begge sammenhænge var resultatet nogle fine evalueringer og gode prognoser. Han er holdt op med at ryge og drikke. Klaus lægger vægt på, at han får sin nattesøvn, idet han klart oplever det som hovedpineudløsende, hvis han ikke er opmærksom på dette.

Socialt blev Klaus i hele forløbet støttet optimalt af sin svigerfamilie, hvilket har været medvirkende til, at hele familien er flyttet til en anden større provinsby, hvor hans kone oprindeligt kommer fra, og hvor store dele af svigerfamilien bor. Han dyrker ikke mere vægttræning eller spiller fodbold, men er begyndt at ro havkajak; en interesse han deler med sit ældste barn.

Klaus er blevet omskolet og arbejder i dag som bybuschauffør i den by, han er flyttet til. Det er med skiftende arbejdstider, men det holder han fint til.

REFERENCER

- Hermansen, Mads. *Læringens Univers*. Klim (1996).
- Hermansen, Mads (red.). *Fra læringen horisont*. Klim (1998).
- Bateson, Gregory. *Double Bind*.
- Bateson, Gregory. *Social planlægning og begrebet deuterolæring*.
- Engeström, Yrjö. *Den nærmeste udviklingszone som den basale kategori i pædagogisk psykologi*.
- Luhmann, Niklas. *Erkendelse som konstruktion*.
- Hingebjerg, Pia. Pallesen, Hanne. Riis, Bodil. *Den fysioterapeutiske undersøgelse*. Fysioterapeutskolen i Holstebro (1994).
- Lundby, Geir. *Narrativ terapi*. Gyldendal (2000).
- Thielst, Peter. *Kohuts selvpsykologi*. Det lille forlag (1998).

SUPPLERENDE LITTERATUR.

- Bruner, Jerome. *Mening i handling*. Klim (1999).
- Hounsgaard, Lise og Eriksen, John Juul. *Læring i sundhedsvæsenet*. Munksgaard (2000).
- Keiding, Bering, Laursen. *Interaktion og Læring*. Forlaget UP (2004).
- Tønnes Hansen, Jan og Hermansen, Mads. *Sociologisk udfordring til psykologien*. Klim (1999). ■

Musikterapi til voksne udviklingshæmmede

Artikel ■ Fysioterapeut og musiker Elizabeth Schwartz har i det seneste nummer af tidsskriftet Dansk Musikterapi beskrevet, hvordan hun anvender musikken i sit arbejde med voksne udviklingshæmmede. Elizabeth Schwartz har blandt andet brugt musikterapi til en gruppe kvinder med Rett syndrom. Her indgik sanglege, som en måde at udfordre kvindernes fysiske og sociale færdigheder. En gruppe autistisk

prægede brugere fra et dagtilbud har igennem tre år deltaget i et musikterapeutisk tilbud. Musikken har været med til at vække brugernes sanser og har udfordret deres grænser blandt andet med hensyn til berøring. *Elizabeth Schwartz. Musikterapeutisk tilbud til voksne udviklingshæmmede – med udgangspunkt i en stilling som fysioterapeut med udvidet arbejdsområde. Dansk Musikterapi 2005, 2(2).*

Børnereumatologi på nettet

Printo ■ Det ikke-kommercielle netværk PRINTO har en hjemmeside om børnereumatologi. PRINTO støtter forskning i børnereumatologiske sygdomme og samarbejder

med en forening for behandlere om at udvikle retningslinjer for uddannelse af sundhedsfagligt personale. <http://www.printo.it/pediatricrheumatgy/>

At leve med en kronisk sygdom

Guide ■ Sundhedsstyrelsen har udgivet en guide med titlen Lær at leve med kronisk sygdom. Guiden præsenterer et patientuddannelsesprogram, som tilbydes kommuner, amter og organisationer. Programmet er udviklet på Stanford Universitet i USA og har været afprøvet i Danmark af Gigtforeningen i samarbejde med Ribe og Københavns amt. Programmet retter sig til patienter med kronisk sygdom og har som mål at hjælpe patienterne med at håndtere deres sygdom. Patientuddannelsesforløbet er et

koncept, der skal følges slavisk. Ideen bag konceptet er, at udannelsen varetages af instruktører, der selv lider af en varig sygdom. For at bruge patientuddannelsesprogrammet skal man registreres i Sundhedsstyrelsen som bruger. Både grundbog og guide – Lær at leve med en kronisk sygdom kan rekvireres i Komiteen for Sundhedsoplysning på www.sundhedsoplysning.dk.



Is i behandlingen – hold hovedet koldt

Fysioterapeuter er vilde med is. Forstuvnings- og muskelskader nedkøles i lange baner, men hvor veldokumenteret er denne behandlingsmetode egentlig?

TEKST OG FOTO GEERT MØRK,
FOTOJOURNALIST OG CAND. SCIENT

I århundreder har is været brugt i forbindelse med akutte skader på bløddele, og det hævdes, at der findes optegnelser om brug af is helt tilbage til lægevidenskabens fader Hippocrates over 400 år før Kristus. Så brugen af is og kuldebehandlinger må siges at være velkendt. Men hvorfor er det nu lige, at is er så godt, og hvordan bruges det mest optimalt?

Fysioterapeuten har i august 2005 spurgt danske fysioterapeuter om deres brug af is ved behandling af akutte skader, og svarene antyder, at der tilsyneladende eksisterer flere forskellige retningslinier for brug af is. Resultatet af undersøgelsens 122 svar stemmer i store træk overens med andre undersøgelser i den vestlige verden og tyder på en generel mangel på overensstemmelse i behandlingsmetoderne. Så måske er brugen af is ikke helt så veldokumenteret, som den omfattende brug ellers kunne tyde på. Vi prøver i denne artikel at se nærmere på, hvad der er facts, og hvad der er myter.

UDBREDT BRUG AF IS

Akutte skader på bløddele hører til de mest udbredte idrætsskader, og sandsynligvis også en af de skadetyper der oftest ender i hænderne på en fysioterapeut.

Danske fysioterapeuter bruger i stor udstrækning is til behandling af forstuvnings- og muskelskader. Næsten henholdsvis 98 procent og 80 procent af deltagerne i vores undersøgelse. Spørger man, hvorfor der bruges is, siger 90 procent, at det er for at mindske hævelse, 82 procent for at dæmpe smerte og 64 procent for at stoppe blødning. De samme årsager angives typisk af udenlandske terapeuter. Og det er præcis af de samme årsager, is har været brugt og anbefalet i diverse tidsskrifter og lærebøger i årtier. Problemet er blot, at de samme tidsskrifter og lærebøger giver meget forskellige forklaringer på, hvordan is virker, og hvordan behandlingen skal foretages.

FORSKELLIGE VEJLEDNINGER

Et kig i et par danske lærebøger, hvor brugen af is er omtalt, giver ikke nogen entydig forklaring på brugen og den fysiologiske effekt af behandling med is. Og en stor og meget citeret undersøgelse offentliggjort i *The American Journal of Sports Medicine* (2004) (1) viser med al tydelighed, at der er behov for mere forskning på området. En systematisk gennemgang af 45 lærebøger afslørede meget lidt konsensus om varigheden, frekvensen og længden af behandlingen med is. Der er ikke noget at sige til, hvis danske fysioterapeuter kan blive forvirrede af de mange forskellige retningslinier. 73 procent af de adspurgte vælger at behandle skader på muskler og led i op til 20 minutter og 25 procent mellem 20 og 40 minutter. Spredningen er endnu større, når der spørges til intervallerne ved brug af is ved akut skade. 58 procent vælger intervaller op til to timer, 33 procent lægger is på hver 3.-4. time og de resterende cirka 8 procent, vælger at der skal gå mellem 5 og 6 timer mellem behandlingerne.

DER MANGLER ORDENTLIGE STUDIER

Næste skridt i den omtalte amerikanske undersøgelse var at finde eksempler på valide forskningsresultater vedrørende brug af is. Otte videnskabelige databaser blev gennemført på kryds og tværs ud fra en række almindelige videnskabelige kriterier som randomiseret udvælgelse af deltagerne, der skulle desuden være tale om patienter med akut skade i bløddele eller ortopædisk opererede patienter, sammenligning af behandling med ingen behandling, fastlagte mål for behandlingen som for eksempel ændring i muskel- eller ledfunktion efter behandlingen, ændring af smerteoplevelse, ødemdannelse osv.

Søgekriterierne betød, at forfatterne stod med i alt 55 artikler i hånden. 22 af dem var tilstrækkelig randomiserede til at kunne tilskrives nogen videnskabelig værdi. Den videnskabelige værdi måles ofte i et begreb,

indgang

■ Fysioterapeuter må støtte sig til egne erfaringer og de meget få undersøgelser, der er om anvendelse af is i behandlingen.



der kaldes PEDro, som kort sagt er en skala fra 0 til 10, hvor 10 betyder, at artiklen opfylder alle de opstillede videnskabelige kriterier. De 22 acceptable artikler scorede i gennemsnit 3,4 (fra 1 til 5), hvilket er en lav score. Det var yderst vanskeligt at sammenligne undersøgelseerne, da der blev brugt flere forskellige former for cryoterapi, ligesom der var forskel på både varighed og frekvens i behandlingerne, og næsten halvdelen af undersøgelseerne gav ikke nogen brugbare data vedrørende de forbedringer, der måtte være opnået med behandlingen.

En anden stor undersøgelse (Bjordal og Demmink) viser det samme. En systematisk litteratursøgning gav seks artikler med randomiserede kontrollerede studier på ankelskader og ingen studier på andre led eller muskelskader. Derudover fandt forfatterne 18 studier vedrørende kuldebehandling på postoperative tilstande i knæ, ankel- og hoftelid. Et problem er desuden, at der i de fleste artikler om cryoterapi mangler angivelser af overfladetemperaturen på kuldemediet, der er ingen målinger af temperaturen i vævet eller ledet, det er ikke

omtalt, om der har været en barriere mellem kuldemedie og hud, hvor stor overfladen er på kuldemediet, og flere af studierne siger ikke noget præcist om behandlingstiden. Det er også forskelligt, om der bruges kontinuerlig eller intermitterende kuldebehandling, og den norske undersøgelse viser, at brugen af is kan variere fra 20 minutter til 336 timer.

Et interessant aspekt er, at temperaturen på de genbrugelige kuldepakninger kan variere mellem minus 5 til minus 15 grader afhængig af fabrikat og opbevaring. Og det er stort set aldrig opgivet, hvilken temperatur der er benyttet i de forskellige undersøgelser. Klinisk giver det selvsagt også store metodiske problemer i behandlingen, når temperaturen svinger fra 0 grader ved smeltende is til minus 15 grader i en kemisk gel.

SVÆR BEHANDLING

Is får i mange artikler æren for at give konstriktion af blodkar og dermed nedsat blodtilførsel til vævet, reduceret hæmatom- og ødemdannelse, nedsat temperatur ►

- ▶ i led og muskler og smertelindring på grund af kølingen af en række perifere nerver. Problemet er blot, at der er så mange faktorer i spil, at det er næsten umuligt for terapeuten at kontrollere dem alle. Hvor tykt er fedtlaget, hvor stor er kontaktfladen mellem is og hud, er barrieren mellem is og hud tør eller våd, hvad er temperaturen på kuldemediet, er der inflammation i vævet eller ej, hvor mange blodkar er eventuelt beskadigede, er der overrivning af muskler eller sener, hvornår er der risiko for frostskafer på nerver og hud og så videre.

Det er vigtigt at være klar over, at både vævets tilstand og tiden for nedkøling spiller en vigtig rolle i påvirkningen af kredsløbet lokalt i det nedkølede væv. Inflammation i vævet har vist sig at give øget blodgennemstrømning i forhold til nedkølet frisk væv, og et par studier har vist, at behandlingen med is i omkring 10 minutter på raske forsøgspersoner gav en øget blodgennemstrømning i det underliggende væv, mens 25 minutters nedkøling betød en reduktion af blodflow på cirka 30 procent.

Hos Team Danmark har man i flere år været klar over, hvor svært det er at give præcise retningslinier for brug af is, men fysioterapeut Christian Coupé og læge Henrik Aagaard har opstillet følgende vejledning ved akutte skader:

Kom is på det skadede sted (brug en pose med knust is eller en pose frosne grøntsager). Behandl kun med is i cirka 15 minutter per gang. Lad stedet blive opvarmet igen, inden næste behandling med is, for at forhindre yderligere skader som følge af kulde/afkøling.

”De råd vi giver på vores hjemmeside er hovedsagelig baseret på bogen *Anybodys Sports Medicine Book* af James Garrick og Peter Radetsky. Brugen af is er måske nok overvurderet, da dokumentationen er ret tynd. Og vi ser desværre ganske mange frostskafer ved forkert brug af forskellige kølemedier. Cryoterapi kan godt bruges i nogle sammenhænge, men har nok mest relevans ved smertebehandling. Men vi er endnu langt fra at kunne give en samlet vejledning” fortæller Christian Coupé.

Flere råd om behandling af akutte skader kan findes på Team Danmarks hjemmeside.

HVORFOR BRUG AF IS

Som nævnt er der mange forskellige udsagn om isens fremragende virkninger på blodgennemstrømning, ødem, smerte osv. Men i idrætsmandens/kvindens verden, i den arbejdsskadedes verden og i terapeutenes verden må det altafgørende spørgsmål vel være: betyder brug af is i behandlingen, at man restituerer bedre og på kortere tid genvinder sin nedsatte funktionsevne, så det bliver muligt hurtigere at vende tilbage til sin træning, konkurrence eller arbejde? Hvis det ikke er tilfældet, er der vel ingen grund til at behandle med is?

Desværre findes der ingen valide undersøgelser, der kan bekræfte, at is skulle have denne effekt. I alt har

fire artikler ifølge en undersøgelse af Tricia Hubbard og Craig Denegar (2) beskæftiget sig med denne synsvinkel, og de har alle fire set på tilbagevenden til aktivitet efter ankelskader. Men artiklerne scorer kun mellem 2 og 4 på PEDro skalaen, og har derfor ikke nogen stor videnskabelig værdi.

På indeværende tidspunkt foreligger der altså ingen tilstrækkelig valid dokumentation for, at brug af is i behandlingen af akutte skader på muskler og led skulle betyde, at den tilskadekomne kan vende hurtigere tilbage til sin aktivitet.

Et par undersøgelser tyder desuden på, at der ikke er forskel i restitutionen ved brug af enten is eller kompression efter operationer, og kun to ud af otte undersøgelser antyder, at kuldebehandling giver nogen ekstra gevinst, når den kombineres med kompression.

Der er ingen tvivl om, at nedkøling af væv betyder nedsat følsomhed i smertenerver, og derved også en vis smertelindring. Det har i mange idrætsmæssige sammenhænge desværre ført til en for hurtig genoptagelse af den skadegivende aktivitet, hvad der i værste fald kan føre til en forværring af skaden, fordi en række vigtige sanser, herunder smertesansen, er sat helt eller delvist ud af spillet på grund af nedkølingen.

KONKLUSION

Brug af cryoterapi eller kuldebehandling er kort sagt meget dårligt undersøgt. Et par af de mere valide undersøgelser tyder på, at brug af kulde og is ikke har den effekt, som myterne har antydnet. Som terapeut må man altså støtte sig til sin egen erfaring og de få undersøgelser, der eksisterer med en forholdsvis begrænset videnskabelig kvalitet. Imens må vi så bare vente og håbe på, at der bliver foretaget flere studier på mennesker, så myterne enten kan aflives og nye veldokumenterede behandlinger kan inddrages, eller myterne eventuelt kan gøres til brugbare facts.

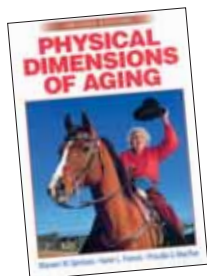
REFERENCER

- 1: Bleakley, McDonough, MacAuley: The use of ice in the treatment of acute soft tissue injury. *The American Journal of Sports Medicine*, 31:251-261 2004
- 2: Tricia J. Hubbard and Craig R. Denegar: Does cryotherapy improve Outcomes with soft tissue injury? *Journal of athletic training*, 39, 278-279, september 2004.

ANDRE ARTIKLER

- Jan M. Bjordal og Jan Hendrik Demmink: Behandling av akutte idrettskader med fysiske virkemidler. *Norsk Idrettsmedisin*.
- Evidence Sports Medicine, redigeret af Domhnall MacAuley og Tom Best, BMJ Books 2002 med løbende opdateringer på forlagets hjemmeside. ■

Opslagsværk om aldringens fysiologi

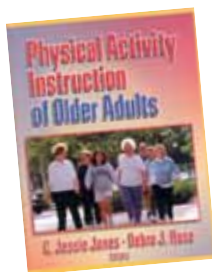


Aldring ■ "Physical Dimensions of Aging er udkommet i en nyrevideret udgave. Physical Dimensions samler den eksisterende viden inden for træning af ældre og er med sine 384 sider et godt opslagsværk for klinikerne, der på en let tilgængelig måde får mulighed for at blive bredt orienteret om gerontologisk forskning. I den reviderede udgave har forfatterne valgt at gøre mere ud af forskningsresultaterne inden for træning af ældre, og hvilke betydning de skal have for praksis. Bogen dækker emner som: introduktion til aldring og gerontologisk forskning, den fysiologiske aldring, faktorer der har betydning for koordination, motorisk kontrol og læring, helse, øvelser, kognitiv funktion og sundhedsbegrebet, fysisk træning i forhold til eliten. Bogen er pædagogisk opbygget og gør flittigt brug af gode tabeller og figurer, der giver overblik og forståelse. Bogen kan anbefales til alle, der beskæftiger sig med træning af ældre.

Waneen W. Spirduso, Karen L. Francis, Priscilla G. McRae. „Physical Dimensions of Aging, second edition. Human Kinetics. ISBN 0736033157. 384 sider. Pris: \$ 69.00

Kan bestilles på www.humankinetics.com

Nyttig viden, når man træner ældre



Aldring ■ I bogen "Physical Activity - Instruction of Older Adults" kan man finde den grundlæggende viden om, hvordan man skal tilrettelægge træning for ældre. Der er også her tale om et opslagsværk, som kommer vidt omkring. Afsnittet, om hvordan man skal opbygge og lede fysisk aktivitet for ældre, vil være guld værd for dem, der har brug for at sætte teori på den praktiske træningen af ældre. I bogen gennemgås for eksempel træningsintensitet, -belastning, og træningsmængde inden for de gængse træningsformer: bevægelighed, muskeltræning, kondition og balance/koordination.

Udover mange gode pædagogiske råd, der blandt andet indbefatter viden om motivation, får man konkret inspiration til øvelsesprogrammer. Et kapitel omhandler fysisk aktivitet til osteoporose, Parkinson, diabetes, neurologiske lidelser, gigtt mm.

Jessie Jones, Debra J. Rose. „Physical Activity Instruction of Older Adults. Human Kinetics. ISBN 0-7360-4513-9. 424 sider. Pris: \$ 59.00

Kan bestilles på www.humankinetics.com

bøgerm.m.

Fysioterapeuten som terapeutikum

ANMELDELSE Kaltoft og L. Thorgård: *Lægen som lægemiddel – om læge-patient-forholdet*. ISBN 87-88638-33-2, 456 sider, pris: kr 350. Forlag: Månedsskrift for praktisk lægegerning

Supervision ■ "Lægen som lægemiddel" udspringer af et forskningsprojekt i det danske Balintselskab, som i en supervisionsgruppe af læger har sammenskrevet deres erfaringer, overvejelser og kliniske og personlige indsigter.

Michael Balint var en ungarsk læge, tilknyttet Tavistockklinikken i London. Han forskede i, hvordan ubevidste forestillinger og reaktioner influerede på lægepatient-forholdet. Han har dannet skole, og der er af hans arbejde opstået et internationalt Balint society, som altså også har en dansk aflægger.

Det interessante i hans perspektiv på god sygdomsbehandling er, at han tillægger lægens personlighed en altafgørende betydning for behandlingens resultat, og han mener, at lægen løbende har brug for at spejle sig i kolleger for at opnå optimal lægelig effekt. Han mener, at det er afgørende for en læges professionelle succes, at han løbende forandrer sig. Ikke sådan at forstå at han bliver en anden, men at han bliver mere og mere sig selv.

Dette er oprindeligt baseret på egne iagttagelser, men er senere verificeret i forskellige undersøgelser af lægers praksis.

I bogen beskrives en diversitet på 26 supervisionsforløb, og de er alle spændende. De beskriver, hvordan lægerne bliver bevidste på ikke-medicinske faktorer i patientforløb, hvordan læger lærer om egen rolle i patientrelationer, hvordan svær sygdom håndteres, hvordan overføring og modoverføring bruges konstruktivt, hvordan læger handler, når de rammes eller rystes – og meget mere.

Der beskrives, hvordan arbejdet i grupper kan have stressreducerende indvirkning, når det handler om PTSD (posttraumatisk stressdisorder).

Der er i det hele taget et væld af gode eksempler på lægens indvirkning på patienten – som lægemiddel.

Det er en meget relevant bog for fysioterapeuter, som arbejder i den sociale eller psykiatriske sektor, og som arbejder med eller har behov for supervision. Som titlen kunne omskrives: Fysioterapeuten som terapeutikum! Hvor meget er vi bevidste om vor rolle og effekt som terapeuter?

ANMELDT AF HANS-HENRIK KLEINERT, SPECIAL-FYSIOTERAPEUT I PSYKOSOMATIK

En investering i klinikens arbejdsmiljø

Kun halvdelen af landets fysioterapiklinikker har udarbejdet en arbejdspladsvurdering. Men en APV er et godt værktøj til at få sat arbejdsmiljøet på dagsordenen i en hektisk hverdag, fortæller en klinikejer

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO NIELS HUSTED/POLFOTO

indgang

■ En skriftlig arbejdspladsvurdering, APV, er lovpligtig for alle virksomheder med ansat arbejdskraft. Men også klinikker uden ansatte kan have stor gavn af en APV, mener man i Arbejdsmiljøudvalget, der derfor netop har offentliggjort en guide til APV-arbejdet på fysio.dk/prakis

Det er hårdt at være fysioterapeut, ikke mindst i praksissektoren. Danske Fysioterapeuters undersøgelse af det fysioterapeutiske arbejdsmiljø (offentliggjort i februar 2005) viste, at otte ud af 10 praktiserende fysioterapeuter fandt deres arbejde fysisk belastende.

Selvom det retfærdigvis skal siges, at undersøgelsen også viste, at fysioterapeuter generelt går særdeles glade og tilfredse på arbejde, har undersøgelsens konklusioner givet anledning til en række initiativer i Danske Fysioterapeuters arbejdsmiljøudvalg. Blandt andet en øget indsats for at få de praktiserende til at lave arbejdspladsvurderinger, APV.

I undersøgelsen svarer mere end hver anden medvirkende fra praksissektoren, at der på deres arbejdsplads ikke er lavet APV, og det er alt for lidt, mener man i udvalget, der derfor netop har offentliggjort en guide på fysio.dk, der skal gøre det lettere at komme i gang.

EN GOD OG POSITIV OPLEVELSE

Hvis en klinik har ansatte, er en skriftlig APV ikke bare anbefalelsesværdig, men ligefrem lovpligtig. Klinik for Fysioterapi & Træning, Storegade i Esbjerg udarbejdede derfor allerede i år 2000 sin første APV og reviderede den efter to år.

”Vi har helt klart haft en god og positiv oplevelse med at beskæftige os med arbejdsmiljøet og udformningen af APV’en”, fortæller den ene af klinikens ejere, Ole Christensen, der gerne vil give sit bud på, hvorfor det går så trægt med at få lavet APV'er i praksissektoren:

”Jeg tror vi praktiserende fysioterapeuter er alt for

fokuserede på at levere kerneydelsen, behandling af patienterne. Så meget at vi egentlig i flere sammenhænge har tendens til at glemme os selv”.

Ole Christensen tilføjer, at økonomiske forhold omkring indtjeningen nok også er afgørende for, hvor meget tid, der afses til andre, mere perifere opgaver:

”Det er svært i en presset hverdag at få aftalt fælles tid til at beskæftige sig med arbejdsmiljøet, når den fælles mødetid er behandlingstid. Det går ud over indtjeningen og patienterne på ventelisten”.

KORTLÆGNING OG OPFØLGNING

Klinikken havde flere grunde til at gå i gang med en APV fortæller, Ole Christensen: ”Det var dels en god lejlighed til at få kortlagt de mange forskellige dele af vores arbejdsmiljø, efter at vi i 1998 var flyttet til et større hus med moderne faciliteter. Nogle af vore medarbejdere, både sekretæren og et par fysioterapeuter, havde på det tidspunkt arbejdsmiljømæssige problemer”.

En af klinikens fysioterapeuter med erfaring fra arbejde i en BST blev udnævnt til primus motor. Kortlægningen af arbejdsmiljøet blev fordelt mellem klinikens terapeuter. Sekretæren gik sammen med en terapeut, men rengøringsassistenten blev ikke inddraget, hvilket Ole Christensen ærgrer sig over.

Skabelonen, der blev arbejdet efter, var kopieret fra et andet arbejdsområde. Kortlægningen blev opsamlet på to fællesmøder, og en af ejerne renskrev så den samlede kortlægning, som blev samlet i en mappe. APV'en er senere blevet revideret på endnu et fællesmøde, og ændringerne er blevet indføjet i mappen.

Revideringen afslørede forbedringer på flere områder, for eksempel nyt gulv og nyindretning af sekretærens

arbejdsplads, men det viste sig også, at der stadig var hængepartier, og der blev derfor sat navne på de opgaver, som umiddelbart kunne og skulle laves.

BEDRE ARBEJDSMILJØ TIL SEKRETÆREN

Ole Christensen er ikke i tvivl om, at APV-arbejdet har været en god investering. Det har blandt andet betydet, at de på klinikken tænker mere over de arbejdsmiljømæssige konsekvenser i forbindelse med nyanskaffelser, ligesom det ikke længere kun er den enkeltes ansvar, hvis forflytning af en patient volder problemer, fortæller han.

”Vores sekretær har direkte profiteret af et bedre ▶

fakta om...

Danske Fysioterapeuters arbejdsmiljøundersøgelse (tidligere omtalt i Fysioterapeuten nr. 4/05) viste blandt andet, at:

- Det belastende arbejde i praksissektoren især går ud over nakke, skuldre, håndled, hænder og fingre.
- Foroverbøjede arbejdsstillinger forekommer dobbelt så meget i praksissektoren som i den offentlige sektor.
- Blandt praktiserende fysioterapeuter over 50 år svarer mere end hver tredje, at de har en arbejdsbetinget lidelse.



Kliniker Ole Christensen og i baggrunden sekretær Lene Conboy, hvis arbejdsplads bogstavelig talt fik et løft som følge af APV'en.

Mindeord - Britta Thorlacius-Ussing

Dødsfald ■ Det var med dyb sorg, vi mandag d. 24 oktober modtog meddelelsen om vor kære kollega Britta Thorlacius-Ussings alt for tidlige død.

2005 blev et strengt år for Britta, præget af sygdom, indlæggelser og angst. Men det kom som et chok for os alle, at hun var så alvorligt syg. Ingen kunne ane, at vi skulle se hende for sidste gang i fysioterapien, da hun atter måtte sygemelde sig i juni måned.

Britta var en dejlig kollega, et spændende og engageret menneske. Gemt i sit stilfærdige væsen havde hun en stor retfærdighedssans og kampiver på sine patienters vegne. Hun optrådte ofte som sine patienters talerør og fortrolige, ligesom hun brugte en del af sin fritid på AIDS-linien.

Udlængslen og lysten til nye udfordringer var også stor og førte bl.a. til så forskellige arbejdssteder som Grønland, Spanien og Norge. Rejselysten var i evig kamp med kolonihave, der skulle bugne af spændende grøntsager og gammelt sommerhus, der skulle repareres.

Viljen til at erhverve ny viden var konstant. Britta supplerede relativt sent sin fysioterapi med en kandidatgrad i psykologi og var indtil det sidste optaget af at forbedre sine spanskvevner.

Vi savner og mangler Britta blandt os, æret være hendes minde. Britta blev 62 år.

Lis Christensen, på vegne af alle ansatte i fysioterapien, Amager Hospital.

Fysioterapeuter i lokalpolitik

Valgt ■ Fysioterapeut Ellen Knudsen, praktiserende i Store Heddinge er valgt ind i Regionsrådet i Region Sjælland for Det Konservative Folkeparti. Fysioterapeut Lisbet Ploug, praktiserende i Køge er valgt ind i byrådet i Greve for Det Konservative Folkeparti. Susanne Mortensen, fysioterapeut i Genoptræningssektoren i Ballerup er valgt ind i byrådet i Furesø for det Konservative Folkeparti.

Pris for bedste foredrag

Ryg ■ Hanne Albert, fysioterapeut, ph.d., Rygforskningscenteret i Ringe, modtog på rygkonferencen European Spine Conference i Barcelona prisen for bedste videnskabelige foredrag. Hun beskrev sammenhængen mellem modic-forandringer i ryggen og smerter efter diskusprolaps. Med æren fulgte et beløb på 15.000 kr.

Se meget mere om APV i praksissektoren på fysio.dk. Gå ind under praksis/privat. APV-guiden findes også via tillidsfolk.fysio.dk/arbejdsmiljø. Her kan du desuden finde Danske Fysioterapeuters arbejdsmiljøundersøgelse "På toppen af kroppen" samt en mængde viden om vejen til et bedre arbejdsmiljø for fysioterapeuter.

- ▶ arbejdsmiljø i forhold til færre gener fra nakke og skuldre, og samtidig er vi terapeuter i vores hverdag blevet klar over mulighederne for at nedsætte belastningerne. Men selvfølgelig er der altid noget vi kan gøre bedre. Vi forsøger på at opbygge en tradition med at holde personalemøder og faglige møder, de sidste i arbejdstiden. Vi har desuden fået sat et whiteboard op, hvor der kan skrives informationer, beskeder eller spørgsmål som skal op på et personalemøde. Det er med til at give en god signalværdi, at vi kan få visket tavlen ren ved i fællesskab at få snakket om de ting, der er vigtige – herunder arbejdsmiljøet. På den måde bliver det heller ikke så tidskrævende, fordi der løbende er mulighed for at drøfte tingene på personalemøderne. Vi forsøger også at holde frokost i fællesskab - ikke noget med patienter, man skal gå til".

DISKUSSIONEN SKAL FORMALISERES

Ole Christensens erfaring er, at diskussionen af arbejdsmiljøet skal formaliseres, man skal ikke regne med, at det er noget, der kan klares, når der tilfældigvis er et hul.

"Ligegyldigt hvor lille klinikken er - om den så kun er med to terapeuter - så kræver det, at man afsætter tid til at diskutere klinikkens arbejdsmiljø igennem. Om man vil gøre det i arbejdstiden eller udenfor, vil jeg ikke blande mig i - det er et prioriteringsspørgsmål", siger Ole Christensen, der anbefaler, at man starter med at udfylde et standardiseret APV-skema, da det i første omgang kan hjælpe til at få styr på det mest elementære.

"Det vigtigste er at gå i gang. Det er også for patienterne, du gør det. Et fornuftigt arbejdsmiljø giver raske fysioterapeuter og klinikpersonale". ■

DET STÅR DER I AVISEN

Om fysioterapi og fysioterapeuter

(BEDESKADER) Som vi skrev i Fysioterapeuten nr. 20, kan det være hårdt for kroppen at knæle i bøn fem gange om dagen, hvis man ikke tænker over ergonomien. Fysioterapeut *Teddy Jacobsens* budskab om at spørge ind til bedestillingen, når man har en muslim i behandling, har siden fundet vej til *Kristeligt Dagblad* og *Jyllandsposten*. *Kristeligt Dagblad* citerer dog imam *Abu Laban* for, at den slags skader ikke er et stort problem, tværtimod. "I den islamiske verden har vi det omvendte billede af bønnen. Vi mener, den er meget sund og passer til alle. Bøn er ikke hårdt arbejde. Det er alle de andre gøremål i hverdagen som børnepasning, rengøring og indkøb, der slider på kroppen", siger *Abu Laban*. I *Jyllands Posten* bekræfter reservelæge ved Herlev Sygehus *Imran Rashid* derimod, at muslimer kan få eller forværre ledskeader ved bønnen. "Ligesom snedkere og syersker kan få ledskeader af at gentage det samme arbejde flere gange om dagen, kan muslimer få ledskeader ved at have den samme belastning hver dag på et led", siger *Imran Rashid*. Også fysioterapeut *Beate Vibeke Lange* siger til avisen, at behandlere burde være mere opmærksomme på bønnens indvirkning på kroppen: "Hvis man er sund og rask, burde det ikke være et problem at ligge i bedestillingen, men hvis man har slidgigt eller leddegigt, kan man irritere en skade, så leddet aldrig får lov til at hele i fred". Professor dr. med. *Tore Kristian Kvien* er afdelingslæge ved Reumatologisk afdeling på Diakonhjemmets sygehus i Oslo og kender til problemet, men efterspørger mere forskning på området for at få dokumenteret en sammenhæng mellem ledskeaderne og bønnen. Statens Institut for Folkesundhed er i øjeblikket ved at lave en undersøgelse af bl.a. ledsmerter hos forskellige etniske grupper.

(MUSESKADER) Selvom litteraturen er rigere på forskning i museskader end i bedeskader, er det stadig svært at blive taget alvorligt, når man anmelder en museskade, skriver *Erhvervsbladet*. I 2000 anmeldte 199 danskere forskellige former for museskader, og i 2004 var det tal steget til 269, hvilket er en stigning på over 30 pct. På arbejdsmarkedet har der dog længe hersket tvivl om, hvornår en skade er muserelateret. Et udvalg under Arbejdsskadestyrelsen har netop afvist, at intensivt musearbejde kan føre til håndledsmerter og i sidste ende udløse erstatning. En af de virksomheder, der har taget kampen op mod musen, er Rambøll. Virksomheden får hver måned besøg af en fysioterapeut, der underviser de ansatte i, hvordan man bedst muligt undgår muserelaterede smerter, og ifølge overlæge *Jørgen Riis Jepsen* bør flere virksomheder følge Rambølls eksempel. "Forebyggelse er helt essentielt. Det handler blandt andet om at strække ud og om at have en ordentlig arbejdsstilling, hvilket virksomhederne bør tage meget alvorligt", siger han.

(REJSESKADER) Om det ligefrem er skadeligt at køre med tog er nok så meget sagt, men i hvert fald mener de tyske jernbaner, at de rejsende her i juletiden er så stressede, at de har brug for hjælp til at slappe af. Ifølge *Ekstra Bladet* sender jernbanerne derfor i denne tid yoga-instruktører med rundt i togene, og skulle det gå helt galt med julemanien, er man klar til at lade yogafolket supplere med fysioterapeuter.

(SKISKADER) At det indimellem er skadeligt at stå på ski, kan der næppe her ske tvivl om. Af samme grund optræder

fysioterapeuter på denne årstid traditionelt i flere avisers spalter med gode råd til forebyggelse af skiskader. I dagbladet *Sjællandske* er det fysioterapeut *Henrik Larsen*, der betoner vigtigheden af at få trænet op til skiferien. "Hvis du vil have en god ferie og reducere risikoen for at løbe ind i irriterende overbelastnings- og ledbåndsskader, som kan gøre ferien til en kedelig oplevelse er det vigtigt at have en god grundform. Specielt vigtigt er en god styrke/udholdenhed i benene og at du er stærk og stabil omkring dine knæ", skriver han blandt andet.



(JAPAN) At det ikke er skader det hele, kan en gruppe japanske sundhedsarbejdere, blandt andre fysioterapeuter, skrive under på efter et besøg i Viborg. *Viborg Stifts Folkeblad* fortæller, hvordan japanerne var imponerede over, at danske ældre i vid udstrækning selv bestemmer, hvordan de vil bo og leve deres dagligdag. "De er slet ikke vant til, at de ældre er så uafhængige af deres nærmeste, og de synes også, at ældre her i Danmark er meget mere energiske og aktive i forhold til det, de er vant til. For eksempel kender de slet ikke til, at ældre selv kan vælge at gå til aktiviteter på aktivitetscentret eller ude i byen", fortæller sygeplejerske *Lene Hollænder*, som arbejder halvdelen af året som projektleder i sundhedsvæsenet i Japan.

Farvel til terapiassistenter

Med en ny lov får en fysioterapeut autorisation til at kalde sig fysioterapeut. Men lovforslaget, der samler reglerne om autorisation af sundhedspersoner, fastholder kravet om lægehenvi- sning før sygebehandling hos en fysioterapeut. Danske Fysioterapeuter foreslår reglen afskaffet og får støtte af Kommunernes Landsforening

AF SUNDHEDSPOLITISK KONSULENT ANN SOFIE ORTH
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Regeringen har sendt et forslag om ny autorisationslov i høring. Forslaget, der samler reglerne om autorisation, forventes fremsat i Folketinget i midten af december.

Forslaget er et farvel til betegnelsen "terapiassistenter", men viderefører reglen fra 1968 om, at en fysioterapeut kun må behandle syge efter henvisning fra en læge. Også reglen om at lægeordination, hvis der er en sådan, skal følges, er del af forslaget. Dette

har Danske Fysioterapeuter protesteret imod og foreslået en ophævelse af bestemmelsen.

Danske Fysioterapeuter skriver blandt andet i høringssvaret: "Vi finder ikke, at der længere eksisterer en faglig begrundelse for at indskrænke fysioterapeuternes professionelle selvbestemmelse". Af høringssvaret fremgår desuden, at foreningen mener, fysioterapeuter er uddannede til at undersøge og udrede patienten med det formål at stille en funktionsdiagnose f.eks. ved lidelser i bevægeapparatet. At stille en funktionsdiagnose forudsætter

kundskab om differential diagnostik herunder viden om, hvornår problemet ikke falder ind under det fysioterapeutiske virksomhedsområde, hvorfor patienten i givet fald skal sendes til læge eller andre relevante sundhedspersoner.

ADMINISTRATIVT BØVL

Både Danske Fysioterapeuter og Kommunernes Landsforening stiller spørgsmålstejn ved bestemmelsens administrative konsekvenser. Afgørende for, om der er behov for en lægehenvi- sning er, om der er tale om sygebehandling. Men det er ikke defineret, hvad der er sygebehandling, og end ikke Sundhedsstyrelsen

har villet indlade sig på at definere begrebet. Derfor er det i praksis den enkelte fysioterapeut, der vurderer, hvorvidt der er behov for en lægehenvi- sning.

Det kan med kommunalreformens flytning af opgaver komme til at betyde en livlig trafik mellem fysiotera- peuter i primærsektoren og lægen på sygehus eller den praktiserende læge for at rekvirere en henvisning. Dan- ske Fysioterapeuter påpeger, at en sådan administrativ trafik ikke gavner hverken patient eller samfund.

En opretholdelse af henvisnings/ordinationskravet ved sygebehandling er, mener man i Danske Fysiotera- peuter, heller ikke foreneligt med bestemmelsen om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. I princippet kan fysioterapeuter komme i klemme ved at følge lægens ordination, men tilsidesætte sin egen sundhedsfaglige vurdering og derved udvise manglende samvittigheds-

AKUPUNKTUR UDEN LÆGELIGT OPSYN

Det nye lovforslag om autorisation af sundhedspersoner foreslår, at behandling med akupunktur bliver tilladt for andre uden lægelig medvirken. Forslaget er ganske enkelt, at behandling med akupunktur ikke omfattes af betegnelsen "operative indgreb". Efter den nye bestemmelse, der først skal træde i kraft 1. januar 2007, må alle, både personer med og uden autorisation, foretage akupunktur, bare de ikke udsætter nogens helbred for påviselig fare. Det nuværende regelsæt fastslår, at ikke-læger, det være sig sygeplejersker eller fysioterapeuter, kun må udøve akupunktur under supervision af en læge. Det vil sige, at man skal kunne fremvise en supervisionsaftale med en læge for at kunne udøve akupunktur.

indgang

■ Regeringen fremsætter i midten af december et forslag til nye regler om autorisation af sundhedspersonale: Læger, sygeplejersker, fodterapeuter, tandlæger, jordemødre, kliniske tandteknikere, kiropraktorer, fysio- og ergoterapeuter, optikere, kliniske diætister, tandplejere, radiografer, bioanalytikere og bandagister er alle omfattet af de nye regler.

Danske Fysioterapeuter forslår en ophævelse af bestemmelsen om, at lægeordination skal følges. Arkivfoto.

fuldhed, fordi det viste sig, at lægens ordination ikke var hensigtsmæssig eller korrekt. Man kan ikke både have ansvaret og ikke have det.

FORHOLDET TIL SYGESIKRINGEN

Danske Fysioterapeuter gør i sit høringsvar opmærksom på, at henvisningskravet i autorisationsloven ikke har lovgivningsmæssig effekt på overenskomsten på sygesikringsområdet. En afskaffelse af henvisningskravet i loven er ikke ensbetydende med afskaffelse af henvisningskravet for at opnå tilskud. Sygesikringsoverenskomsten er stadig – uanset ændringer i autorisationsloven – en sag til forhandling mellem Sygesikringens forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter.

Danske Fysioterapeuter foreslår i øvrigt, at ophævelse af henvisningskravet kobles sammen med, at der indføres en formel pligt for fysioterapeuter til at orientere f.eks. den praktiserende læge.

ALDERSGRÆNSE FOR SELVSTÆNDIG VIRKSOMHED

Lovforslaget indeholder også en aldersgrænse for udøvelse af selvstændig sundhedsfaglig virksomhed. Fremover skal sundhedspersoner over 75 år søge Sundhedsstyrelsen om lov til at fortsætte selvstændig virksomhed. Ved vurdering af ansøgninger om udstedelse af tilladelser til fortsat selvstændigt virke, vil Sundhedsstyrelsen blandt andet lægge vægt på vedkommendes helbredstilstand og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Forslaget skal fremsættes i Folketinget i midten af december måned. Derefter skal det behandles i Folketingets Sundhedsudvalg, og det må forventes, at det vedtages i maj måned. De nye regler skal træde i kraft 1. januar 2007 samtidig med kommunalreformen. ■



Fra halt krikke til fyrig hoppe

Charlotte Fleischer er nyvalgt formand for Danske Fysioterapeuters region Syddanmark



AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO NIELS NYHOLM

"Jeg så mig selv stående i vadestedet med en gammel halt krikke ved navn Skepsis, men valgte i stedet at ride på en fyrig stridshoppe". Charlotte Fleischer fortæller om tidspunktet, hvor hendes tvivl over for en regionsstruktur i Danske Fysioterapeuter blev til en lyst til selv at være med til at føre den ud i livet.

Ved repræsentantskabsmødet i 2004 tilhørte Charlotte Fleischer et mindretal, der gik ind for en fuldstændig centralisering af foreningen. Det gør hun ikke længere, og i november måned blev hun efter både kamp- og omvalg valgt som formand for de godt 1600 fysioterapeuter i region Syddanmark.

"Det kan jo ikke nytte noget at være bagstræberisk. Den struktur, vi har fået er den eneste rigtige i lyset af strukturen i resten af samfundet. Vi skal gøre vores indflydelse gældende, hvor det er relevant", mener Charlotte Fleischer, der ikke er i tvivl om, hvor hun selv som regionsformand kan gøre fyldest: Fysioterapeuter skal have en mere fremtrædende plads

i alt, hvad der har med genoptræning og rehabilitering at gøre, lyder en af visionerne fra regionsformandinden - som hun ynder at kalde sig - der selv for nylig har taget en master i rehabilitering.

OVERRASKENDE LANGMODIGE

Som ny på en post, der aldrig har eksisteret før, ligger landet åbent, og det kan være svært at finde ud af, hvor man skal ende og begynde, men ikke desto mindre er Charlotte Fleischer allerede i gang:

"Foreløbig har jeg taget kontakt til det forum for alle regionens sygehusdirektører, hvor den fremtidige sygehusstruktur og fordeling af opgaverne skal tilrettelægges. Der har jeg bedt om at få foretræde først i januar, og dér vil jeg give mit første fagpolitiske indspark", fortæller hun.

Om den konkrete genoptræning skal finde sted i det ene eller det andet regi, kan man ikke sige noget generelt om, det afhænger helt af forholdene, mener Charlotte Fleischer, men hun undrer sig over, at de praktiserende ikke har været mere på banen.

"Jeg synes, de praktiserende fysioterapeuter har været overraskende langmodige i forbindelse med hele snakken om flytning af genoptræningsopgaver. De skal spille med og være opmærksomme på at byde ind, hvor det er relevant", siger Charlotte Fleischer. Hun vil som noget af det første, efter hun har indtaget formandsstolen den 1. januar, tage kontakt til de praktiserendes kontaktpersoner og vil også arbejde for, at iværksætterkurser bliver en del af grunduddannelsen, hvis hun får plads i de to CVU-bestyrelser i regionen.

KENDER REGIONENS MEDLEMMER

Efter over 25 år som underviser på fysioterapeutuddannelsen i Odense, har Charlotte Fleischer fået et personligt kendskab til en stor procentdel af regionens medlemmer, og hun har desuden løst mange opgaver på regionens arbejdspladser og kommuneskoler som sundheds- og ergonomisk konsulent, så hun føler derfor langt fra, at hun starter på bar bund. Heller ikke, fordi hun jo ikke er helt alene:

"Som det første skal regionsbestyrelsen mødes. Vi skal lære hinanden at kende, udvikle visioner sammen, planlægge vores arbejde og fordele indsatsområderne mellem os. Det er lykkeligvis en bredt sammensat bestyrelse med aldersspredning, med begge køn repræsenteret og med mange, og mange forskelligartede, erfaringer og ressourcer. Det lover godt for det fremtidige bestyrelsesarbejde". ■

blå bog...

Charlotte Christie Fleischer er 58 år. Hun har siden 1974, afbrudt af perioder med orlov, været ansat på fysioterapeutuddannelsen i Odense og har de seneste seks år været kredsformand på Fyn. Er master i rehabilitering.

20 | Fysioterapeuten. nr. 22. december 2005

Man skal kunne mærke en forskel

Danske Fysioterapeuters formand i region Midtjylland hedder Tina Frank Johnsen. Et i foreningssammenhænge ubeskrevet blad, drevet af en særlig energi



AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO INTERPHOTO, SILKEBORG

De fire af Danske Fysioterapeuters nyvalgte regionsformænd er tidligere kredsformænd. Den femte er til gengæld ikke tidligere noget som helst i den retning. Tina Frank Johnsen havde end aldrig hørt om, at der skulle vælges formænd i regionerne, før hun i september deltog i den første generalforsamling i den kommende region.

"På generalforsamlingen blev jeg valgt ind i bestyrelsen, eller blev valgt og blev valgt...det handlede jo mere om at finde nogen, der ville", fortælle hun. På generalforsamlingen benyttede kredssekretær i Århus amt Ulla Kildall Hejbøl anledningen til at præsentere sig som kandidat til regionsformandsposten, og det var først på det tidspunkt, at det gik op for Tina Frank Johnsen, at her lå ikke bare en interessant opgave, men en opgave, hun mente matchede hendes kvalifikationer perfekt.

"Jeg syntes virkelig det lød som, at dér kunne jeg bruge mine talenter, og jeg kunne mærke en særlig energi ved tanken om at være med til at få fysioterapi mere på banen. Kort tid efter, skulle jeg deltage i et dialogmøde i Viborg med deltagelse af fysioterapeuter fra alle sektorer, og jeg besluttede mig til, at hvis jeg kunne mærke den samme energi dér, så var det noget, jeg skulle lytte til".

SKAL GRIBE BOLDE FRA KREDSENE

Tina Frank Johnsen begynder på formandsposten 1. januar uden fagpolitisk ballast, men også uden bekymringer for, om det kan gå hen og blive et problem. "Jeg ved, det kommer til at give mig meget ekstra arbejde, men jeg føler mig ikke skræmt. Der er mange ting, jeg skal lære, og mange ting, jeg ikke ved, men det skal ikke forhindre mig i at gå ind i en god snak".

Opgaven bliver i første omgang at få samlet regionsbestyrelsen og prioriteret de mange opgaver, mener Tina Frank Johnsen. "Vi skal have fundet ud af, hvordan vi griber de bolde, der allerede er i luften fra de nuværende kredse, så vi ikke mister de værdier, der findes lokalt. Det er vigtigt, at det, man har arbejdet med indtil nu, ikke bliver forkastet, men bliver hørt og samlet op".

For at komme helt tæt på, hvilke forventninger medlemmerne har til arbejdet i regionen, vil Tina Frank Johnsen blandt andet introducere et værktøj, hun kalder telefonboksen: "Jeg ringer ud til en arbejdsplads med et spørgsmål, for eksempel hvilken type arrangementer vil de gerne have, regionen kan tilbyde. Så giver jeg dem en uges tid, hvor de kan gå rundt og summe - i elevatoren, på gangene og over frokosten, og så ringer jeg tilbage og får deres bud. Jeg tror, det er en god måde at få folk i tale på, som ikke normalt kommer til møderne".

VIL GØRE FYSIOTERAPEUTER TILFREDSE

Med en søn på kun syv måneder er der en del praktiske ting, der skal være på plads, før man kaster sig ud på så dybt vand, og Tina Frank Johnsen kunne derfor, allerede da hun stillede op, fortælle, at blev hun valgt, ville hendes mand tage over derhjemme og tage den sidste del af orloven.

"Jeg tror, det bliver lidt mere end en fuldtidsstilling, især i starten og måske især i min situation, men jeg ved også, at hvis jeg skal være god som regionsformand, skal jeg også være god til at være i min familie. Men lige nu glæder jeg mig simpelthen så meget til at lære en masse nyt. Det er en ny epoke i mit liv, og jeg skal til at bruge mig selv på en helt ny måde. Jeg glæder mig til at finde ud af, hvordan man kan gøre fysioterapeuter tilfredse, så de mærker, at den her struktur gør en forskel". ■

blå bog...

Tina Frank Johnsen er 34 år. Ansat ved RevaCenter Syd i Viborg og har tidligere været ansat i kommune, på sygehus og i praksissektoren. Har merkonomeksamen i virksomhedsorganisation, projektstyring samt ledelse og samarbejde.

Formand valgt uden modkandidater



Valg ■ Den 1. december udløb fristen for opstilling af kandidater til formandsposten i Danske Fysioterapeuter for de næste fire år. Ved fristens udløb havde kun meldt sig én kandidat, nemlig den siddende formand Johnny Kuhr, der dermed automatisk er valgt. Den nye valgperiode starter den 1. april 2006.

Tre fysioterapeuter skal til Pakistan

Hb ■ Hovedbestyrelsen har besluttet at donere 30.000 kr. til tre fysioterapeuter, der skal til Pakistan for at afdække behovet for fysioterapi efter jordskælvet. Fysioterapeuterne skal følges med et lægehold fra den frivillige organisation "Læger til jordskælvs ofre i Pakistan". Organisationen har allerede haft flere lægehold i Pakistan for at afdække behovet for læger.

Allerede det første hold læger, der var i Pakistan kunne konstatere, at der er et massivt behov for genoptræning og efterlyste derfor fysioterapeuter til nødhjælpsarbejde på deres hjemmeside.

Fysioterapeuterne Pernille Wied, Pernille Mogensen og Jette Christiansen fortalte i sidste nummer af Fysioterapeuten om de opgaver, de som fysioterapeuter havde på Sri Lanka i forbindelse med nødhjælpsarbejdet efter tsunamien. De gav i forbindelse med interviewet udtryk for, at de var parate til at tage af sted til Pakistan, hvis der var nødhjælpsorganisationer, der ønskede at sende fysioterapeuter af sted, og de kom således via Fysioterapeuten i kontakt med Læger til jordskælvs ofre i Pakistan.

Pernille Mogensen, Pernille Wied og Jette Christiansen håber, de alle tre kan komme af sted. Planen er, at de skal rejse før jul og skal være i Pakistan i en lille måneds tid.

dfnyt

Hvem skal du ringe til efter den 1. januar?

Fra den 1. januar 2006 har Danske Fysioterapeuter en ny struktur med fem regioner i stedet for de nuværende kredse. Strukturen blev vedtaget af repræsentantskabet i 2004, der samtidig vedtog, at den sagsbehandling, der tidligere er foregået i kredsene i løn- og ansættelsesspørgsmål, fremover varetages af Danske Fysioterapeuters sekretariat. Sekretariatet har telefonnummer 3341 4620.

I Fysioterapeuten nr. 1/06 kan du se mere om, hvem du skal henvende dig til med hvilke spørgsmål, men du kan allerede nu læse mere på www.fysio.dk



Forskningsenhed i 2006

Selv om der ikke er afsat penge på Finansloven til forskning i fysioterapi, har Danske Fysioterapeuter besluttet at indgå en samarbejdsaftale med Syddansk Universitet, så der kan oprettes en forskningsenhed i 2006. Presset for at få offentlige midler skal samtidig opretholdes

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

Danske Fysioterapeuter kan ikke længere vente på offentlige midler til forskning i fysioterapi. Derfor har foreningens hovedbestyrelse besluttet at indgå en samarbejdsaftale med Syddansk Universitet, så der i 2006 kan oprettes en forskningsenhed for fysioterapi.

”Det var skuffende at regeringen, på trods af mange positive tilkendegivelser, valgte ikke at sætte af penge til forskning i fysioterapi på finansloven. Men det er min vurdering, at vi ikke kan vente længere,” sagde formand Johnny Kuhr, da hovedbestyrelsen på det seneste møde drøftede planerne om at oprette en forskningsenhed for fysioterapi på Syddansk Universitet.

Den vurdering delte resten af hovedbestyrelsen. Derfor blev det besluttet at speede processen op, selv om finansieringen ikke er på plads. Der er penge til at oprette og drive en forskningsenhed med to seniorforskere i 2006. Men der skal findes ekstra penge i 2007 og 2008. Derfor besluttede hovedbestyrelsen samtidig at revurdere foreningens forskningsstrategi på et kommende møde.

Eksempelvis skal der tages stilling til, om der skal bruges penge fra foreningens egenkapital eller overføres midler fra forskningsfonden til Syddansk Universitet. Samtidig understregede hovedbestyrelsen, at presset for at få offentlige midler skal opretholdes, da det er en offentlig forpligtelse at sikre den nødvendige forskningsindsats.

INGEN PENGE PÅ FINANSLOVEN

Hovedbestyrelsen har tidligere afsat en million kroner til forskningsenheden, ligesom at praksisfonden har givet tilsagn om penge. Senest har Gigtforeningen bevilget en million kroner over tre år til forskning i slidgigt. Men der mangler stadig penge til drift og udvikling af forskningsenheden i 2007 og 2008.

Danske Fysioterapeuter havde håbet, at disse midler ville være at finde i den finanslovsaftale, som regeringen og Dansk Folkeparti indgik i begyndelsen af november. Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen gav i foråret tilsagn om ”at rejse sagen

om midler til ergo- og fysioterapeutforskning”, som det var formuleret i et brev fra ministeren til Danske Fysioterapeuter. Men dette tilsagn resulterede ikke i penge på finansloven.

Ikke mindst set i lyset af, at kommunalreformen flytter genoptræningen fra amterne til kommunerne, og at genoptræningen dermed bliver løsrevet fra sygehuse-nes forskningsmiljøer, er det vigtigt at få etableret et nationalt kraftcenter for forskning i fysioterapi, mener Danske Fysioterapeuter. ■



Glem ikke din egen ryg!

Rytterstillingen giver dig fuld bevægelsesfrihed

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

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



Læs mere på www.dynamostol.dk

Museskader ikke en arbejdsskade

Arbejdsskader ■ Museskader kan ikke anerkendes som arbejdsskader. Sådan lyder konklusionen fra Erhvervs sygdomsudvalget, efter at den eksisterende medicinske forskning på området er blevet gennemgået. Beslutningen fra udvalget har været ventet med spænding af både fagbevægelse, arbejdsgivere og forskere, idet der ikke tidligere er lavet en tilsvarende grundig afdækning af området. Siden sidste år har en arbejdsgruppe gennemgået al relevant forskning på området fra de seneste ti år. Arbejdsskadestyrelsen valgte at følge arbejdsgruppens konklusion og fortsætte den nuværende praksis, hvor der ikke gives en generel anerkendelse af museskader (RITZAU).



Det er svært at huske, når det gør ondt

Forskning ■ Den svenske psykolog Stefan Söderfjell har undersøgt, hvilken betydning smerter har for hukommelse og koncentration. Han præsenterer sine resultater i afhandlingen "Muskuloskelettal smærte, minne, och åldrande: tvärsnitts- och longitudinella resultat". Stefan Söderfjells forskning viser, at smerte har indflydelse på de kognitive funktioner. Han sammenlignede en gruppe mennesker med smerte fra skulder, nakke og ryg med en gruppe, der ikke havde smerter. De to grupper fik til opgave at gennemføre forskellige hukommelsestest og resultaterne viste signifikante forskelle mellem de to grupper. Dem, der havde smerter, havde svært ved at huske, da deres smerter virkede afledende på de opgaver, de skulle løse. Stefan Söderfjell fandt desuden, at smerter igennem længere tid er med til at sætte skub i den aldersbetingede reduktion i kognitive funktioner. Afhandlingen kan downloades gratis fra Umeås universitetsbibliotek. Find artiklen ved at klikke ind på Thesis i bjælken og find Stefan Söderfjell i forfatterlisten.

Små handicapgrupper i klemme

Strukturreform ■ Små handicapgrupper kan let komme i klemme med strukturreformen og beslutningen om, at flere af de offentlige sundhedstilbud lægges ud til kommunerne. Ifølge Center for Små handicapgrupper er det vigtigt, at den specialviden, der er

samlet i omkring sjældne diagnoser, fastholdes og videreudvikles. Centeret har udgivet et hæfte, der informerer og analyserer problemstillingen og lægger op til debat. "En indgang – med uvis udgang i den nye struktur" kan rekvireres eller downloades fra www.csh.dk

Neuromuskulær træning

Artikel ■ Tre norske fysioterapeuter stiller i en artikel i det norske Fysioterapeuten spørgsmål til neuromuskulær træning som ny træningsform. De mener begrebet er uklart defineret og at teori-grundlaget er fuldt af unøjagtigheder. Arve Vorland Pedersen, Jan Harry Størksen og Trine Tegdan Moholdt er ikke kritiske

over for neuromotorisk træning som sådan, men snarere det teorigrundlag, den hviler på. I en artikel giver de norske fysioterapeuter et bud på en alternativ forklaring baseret på teorier fra motorisk kontrol og motorisk læring. Læs artiklen "Hva er egentlig neuromuskulær træning?" i det norske Fysioterapeuten nr. 11 2005. Artiklen kan downloades fra hjemmesiden www.fysioterapeuten.no

Børn og unge skal bevæge sig mere

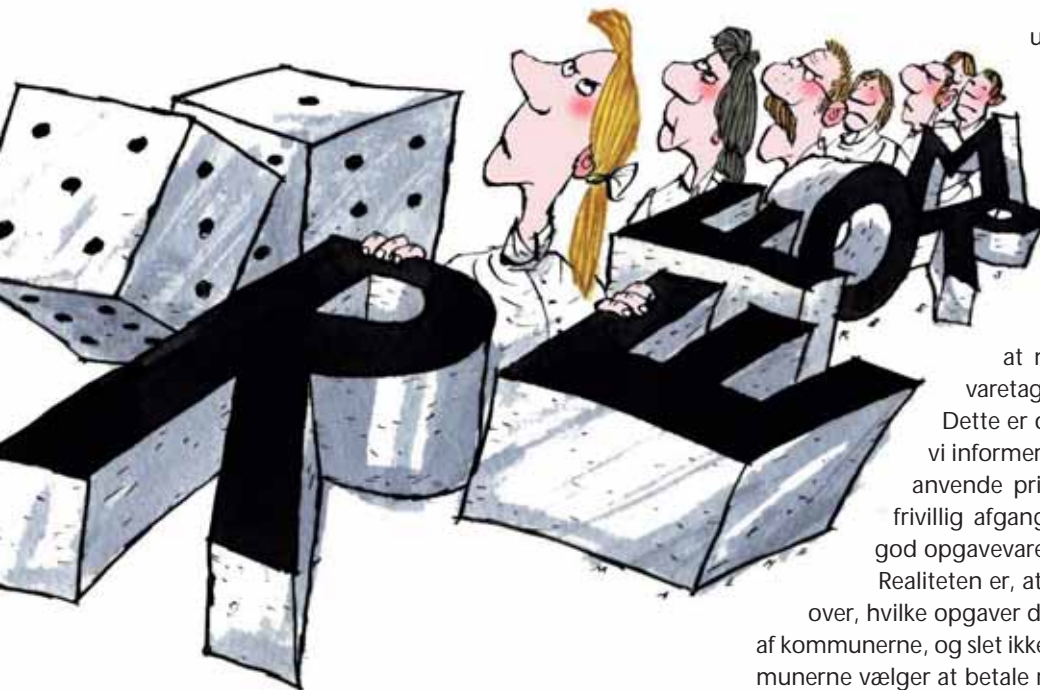
Håndbog ■ Børn og unges fysiske aktivitet, fitness og sundhed er temaet for et nyt kapitel i Sundhedsstyrelsens håndbog Fysisk Aktivitet - om forebyggelse og behandling. Danske børn er blevet mindre fysisk aktive under deres opvækst. Hvor det at være fysisk aktiv tidligere var en naturlig del af hverdagen, er det i dag blevet til et aktivt valg. Professor, dr.med. Bente Klarlund og professor, dr.med. Bengt Saltin har gennemgået den omfattende litteratur om børn og unges motionsvaner. I et nyt kapitel i Håndbogen Fysisk aktivitet – forebyggelse og behandling samler de den eksisterende viden om, børn og unges fysiske aktivitet, og hvilken betydning det har på kort og på lang sigt at være fysisk aktiv. Det nye kapitel foreligger

kun elektronisk og kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk



Derfor er vi så frustrerede

Fysioterapeuten nr. 20 bragte en reportage fra et møde, hvor fysioterapeuterne i Glostrup luftede deres frustrationer over forløbet med overflytning af personale fra amt til kommune i forbindelse med **kommunalreformen**. Her fortæller de om baggrunden for frustrationerne



DEBATINDLÆG AF:
FYSIOTERAPEUTERNE PÅ AMTSSYGGEHuset I GLOSTRUP

! Som fysioterapeuter på amtssygehuset i Glostrup tilhører vi en gruppe, hvoraf nogle i forbindelse med strukturreformen har skullet overflyttes til kommunalt regi. Vi har følt os magtesløse og forvirrede og oplevet mange frustrationer i processen, trods stor støtte fra både TR og lokal ledelse.

Vi vil i det følgende forsøge at beskrive de områder, der særligt har voldt frustration og forvirring (se Fysioterapeuten nr. 20 side 22, red.).

Samtlige fysioterapeuter på amtets sygehus har skullet udfylde både CV og prioriteringsskema. Det vil sige for at finde frem til i alt 18 fysioterapeuter, der skal have fremtidig arbejdsplads i kommunerne sættes ca. 140 fysioterapeuter i spil, og hver enkelt har brugt få eller mange timer på udfyldelse og spekulationer.

Vi blev, inden CV'er og prioriteringsskemaer blev

udfyldt og indsendt, informeret om, at fordelingsudvalgets opgave var at matche vore kvalifikationer med de kvalifikationer, der var brug for i forhold til de opgaver, der fremover skal varetages i kommunerne.

Baggrunden for dette, er, at man skal sikre kvalificeret varetagelse af de flyttede opgaver.

Dette er også baggrunden for, blev vi informeret, at man ikke har kunnet anvende princippet om naturlig eller frivillig afgang, da dette ikke ville sikre god opgavevaretagelse

Realiteten er, at der stadig ikke er klarhed over, hvilke opgaver der fremover skal varetages af kommunerne, og slet ikke over hvilke opgaver kommunerne vælger at betale regionen for at varetage.

Det vil sige, at de fysioterapeuter, der er udpeget til at have fremtidig arbejdsplads i kommunerne

- ikke er udvalgt pga. et match i kvalifikationer
- ikke kender deres fremtidige arbejdsopgaver
- er udvalgt, fordi de ikke i deres prioriteringsskema udtrykkelig har givet udtryk for IKKE at ønske sig ud i en kommune.

De fysioterapeuter, der imod deres ønske er udpeget

- føler sig, ligesom de øvrige fysioterapeuter dårligt vejledt i udfyldelsen af og formålet med prioriteringsskemaet
- føler sig udpeget (og straffet), fordi de har udfyldt prioriteringsskemaet samvittighedsfuldt og uden modstand
- ved ikke, hvilke arbejdsopgaver de fremover skal varetage; svarer opgaverne til den enkeltes kvalifikationer og interesser?

Intet i ovenstående opfylder de krav og formål, der blev lagt til grund for arbejdet i fordelingsudvalget, tværtimod synes udvælgelsen at være baseret på, om man har valgt at udtrykke modstand eller ej!



De fysioterapeuter, der blev udvalgt efter ovenstående, blev herefter ringet personligt op på hjemadressen i weekenden (uge 40). Dette har sikkert været i bedste mening, men det er i højeste grad uheldigt at give en sådan besked til mennesker, der kan blive ulykkelige over beskeden, og først mandag har mulighed for at snakke med kolleger om det.

For at gøre ondt værre får vi i et svar fra vicedirektør Eva Simonsen den 24. oktober information om, at "det er op til en forhandling med kommunerne, om de vil modtage dem, vi foreslår overflyttet".

Fysioterapeuterne, der nu er udpeget, kan altså ikke være sikre på, at kommunen ønsker at modtage dem!

Ingen matchning, ingen viden om fremtidig opgavevaretagelse, tilfældig udvælgelse, klodset varetagelse af kommunikation og usikkerhed om fremtidigt arbejdssted.

Nogle af vore kolleger har tidligere været en del af en tilsvarende udvælgelsesproces (lukning af Sct. Lukas Stiftelsen i 91/92 og nedskæringer inden for børneområdet i 03/04), og den aktuelle oplevelse af processen ligner den, vore kolleger i sin tid havde. Også for vore kolleger var processen dengang præget af frustration, magtesløshed og tilfældighed.

En af vore kolleger, vores ældste fysioterapeut, der tidligere er flyttet fra Sct. Lukas – og har givet udtryk for dette i CV'et – er IGEN blevet udpeget til at flytte. Hvor er de menneskelige hensyn? Er CV'et blevet læst?

Den røde tråd i valget af principper for fordelingen af fysioterapeuter har været at sikre god opgavevaretagelse. Samtlige fysioterapeuter sættes i spil for at sikre dette.

Virkeligheden er, at det er basisfysioterapeutiske opgaver, der i første omgang flyttes til kommunerne. Opgaver, der principielt kan varetages af en nyuddannet fysioterapeut, evt. med en oplæringsperiode på sygehuset.

Man skyder gråspurve med kanoner, og man tilsidesætter både den enkeltes mulighed for selv at vælge arbejdsplads og –opgaver, kommunernes mulighed for selv at vælge og ansætte personale, menneskelige hensyn samt krav til og mål for fordeling.

Resultatet er, føler vi, at mange forhold taler for

en fordeling, der baserer sig på frivillig og naturlig afgang. Der ville kun være positive effekter af en sådan metode:

- Kommunerne får mulighed for fra starten selv at søge og vælge de fysioterapeuter, de gerne vil have med udgangspunkt i de konkrete opgaver.
- Fysioterapeuterne får mulighed for at søge præcis de opgaver og arbejdssteder, de har interesse for, ingen vil mod eget ønske skulle skifte arbejdsplads eller –område.
- Ingen skal modtage en medarbejder, der ikke selv har ønsket opgaven.

Dette er IKKE en afstandtagen fra det fysioterapeutiske arbejde i kommunerne. Det er en afstandtagen fra, at vi (på sygehusene) ikke har fået mulighed for at vælge i forhold til konkrete arbejdsopgaver og –steder.

Det er en afstandtagen fra, at kommunerne ikke får mulighed for at vælge egne medarbejdere, der matcher de konkrete arbejdsopgaver.

Denne proces giver tværtimod mistanke om at de, der har bestemt procesforløbet, har haft en formodning om, at sygehusansatte fysioterapeuter nok ikke vil arbejde i kommunerne, og det derfor er nødvendigt at etablere en proces, hvor man "tvinger" fysioterapeuter til at flytte til kommunerne. Udvalgesprocessen er efter vores mening udtryk for netop denne tankegang.

Vi forestiller os, at de fysioterapeutiske opgaver i kommunerne kan blive særdeles spændende. En omstillings- og udviklingsperiode er altid udfordrende og spændende at medvirke i og bidrage til.

Vi synes at god opgavevaretagelse starter med at have fysioterapeuter ansat, der interesserer sig for og selv vælger at beskæftige sig med den konkrete opgave og samarbejder med kolleger, der har været med til at ansætte vedkommende.

Vi er bevidste om, at der er love og procedurer, der skal overholdes.

Vi opfordrer til, at Danske Fysioterapeuter vil arbejde for, at amtet, hvis og når lignende situationer opstår, finder en ny metode at gribe processen an på. En form, som reelt baserer sig på amtets principper på personaleområdet. Altså tager udgangspunkt i respekt for den enkelte medarbejder og den modtagende enhed. ■

jonnas sider starter her...



**POWER
MEDIC**

HEALING TECHNOLOGY

ANDI ELECTROMEDICAL

blev grundlagt i 1982 og har igennem de seneste år fastslået sin position som den førende udbyder af laserterapi på det danske marked.

Vi har fået et stadig større kundeunderlag, der er tilfredse brugere af vores produkter. For at understrege vores seriøsitet overfor disse kunder og dermed vores vilje til at forblive de førende på markedet i mange år fremover, har vi valgt at stramme op på vores firmaidentitet.

PowerMedic, Healing Technology – er i fuld overensstemmelse med vores oprindelige målsætning: "at udvikle og producere apparater til fremme af heling".



Nyheder



DERMA 1201

DERMA 1201

12000 mW laser til behandling af store områder. Muskelspændinger, rygproblemer, sårheling.



POWER LASER 1000

POWER LASER 1000

1000 mW fordelt på 3 laserdioder. Ideel til sportskader, inflammationer o.l.

Navneskift-tilbud!

I hele december giver vi 10% rabat på alle produkter!

Skal I bruge flere apparater i klinikken?

Ring og få et godt tilbud!

Gratis KURSUS i laserterapi

I samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted.

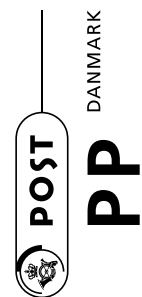
For mere information se vores hjemmeside www.powermedic.dk

PowerMedic ApS
Kanalstraede 2

DK-4300 Holbaek
Denmark

Tel +45 5944 0832
Fax +45 5944 2911

info@powermedic.dk
www.powermedic.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