



## Kosttilskud

Er det naturligt, at fysioterapeuter rådgiver i kosttilskud, eller er der et etisk dilemma?  
Side 18

# Fysioterapeuten

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



## Viden forsvinder

Når kommunerne overtager specialiserede opgaver på børneområdet fra amterne, risikerer viden at forsvinde, frygter flere fysioterapeuter.

SIDE 4

### Artikler

#### Viden spredes for alle vinde



Når kommunerne overtager de amtslige institutioner for børn og unge med nedsat funktionsevne, kan prisen blive et tab af viden.

5

#### Barndomstraumer forstærkede symptomerne



Det er vigtigt at undersøge, om patienten har haft tidligere traumer, der kan forklare en forstærket reaktion.

10

#### Massage er dyr men effektiv



Manuelle bløddelsteknikker har positiv effekt på symptomer og funktion til patienter med subakut og kronisk lænderygsbesvær.

Læs resumé af cochrane review.

14

#### Fysioterapeuter, kosttilskud og naturlægemidler



Patienterne vil ofte gerne høre fysioterapeutens mening om kosttilskud og naturlægemidler.

18

#### Fysioterapeutstuderende årets idrætsudøver i Næstved



Foto: Thomas Krakau/Sjællandske

Christian Hartz (th.) har fart på – ikke mindst, når han har hjul på skoene. Den 20-årige, fysioterapeutstuderende er netop blevet udnævnt til årets idrætsudøver af Næstved Idræts Union. Ifølge avisen Sjællandske fik han udnævnelsen ikke kun for sin stærke tro på sit talent men også for at være en træner, som de kommende talenter i klubben, IFK Inlinere, ser op til. Sidste år blev Christian Hartz nummer 14 ved EM. 40 til 50 inlinere i verden lever af deres sport, og Christian Hartz satser på, at han er blandt dem inden for fem år. Stævner i Tyskland, Holland og Belgien venter forude.

### Det faste

Fysnyt	13, 23
DFnyt	28
Debat	29

## De kronisk syges tur

Sundhedsministeren har bebudet, at han vil nedsætte en arbejdsgruppe, der skal sikre en styrket indsats mod kroniske sygdomme. Det er rapporten "Kronisk sygdom", som skal danne baggrund for arbejdet. Det er et kærdokument initiativ, for mens der de seneste år har været alt for meget fokus på ventelister og selektiv kirurgi, så er der cirka en million danskere, der lider af en kronisk sygdom som eksempelvis hjerte-kar-sygdomme, gig, sukkersyge og astma/allergi, og antallet er stigende. At give disse patienter den bedst mulige behandling er derfor sund fornuft, såvel menneskeligt som økonomisk.

Sundhedsministeren har to forventninger til arbejdet. Dels skal der udarbejdes forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme, dels skal patientens egenomsorg styrkes. Det er begge vigtige indsatsområder. Når en borger får en ny hoft, er det relativt enkelt at planlægge operationen og efterfølgende give den rigtige genoptræning. Når det gælder patienter med sammensatte sygdomsbilleder, eksempelvis en kombination af sukkersyge, hjerte-kar lidelse og gig, er der tale om lange behandlingsforløb med inddragelse af flere forskellige specialer. Patienten fragtes ofte mellem hjem og sygehus, modtager behandling fra såvel speciallæge som praktiserende læge og benytter såvel kommunal hjemmepleje som træningstilbud. Ofte uden at indsatsen er specielt velkoordineret eller målsat. Det er i dag et stort problem.

Kommunalreformen ændrer ikke på dette forhold. Det gør sygdomsspecifikke, evidensbaserede forløbsmodeller heller ikke. Der er brug for individuelt målsatte, koordinerede behandlings- og rehabiliteringsplaner, der bringer borgeren ud af patientrollen og er med til at styrke egenomsorgen, også selvom man i lægelig forstand måske ikke er rask. Det er ikke nok at udlevere pjecer og andet skriftligt informationsmateriale for at lære borgeren at mestre sin egen sygdom. Genoptræning og egenomsorg bør være en rød tråd i hele forløbet.

Det betyder, at der bør ske en række ændringer i borgerens møde med sygehusvæsenet. I dag fratages patienten enhver form for personlig identitet allerede ved indlæggelsen, når hun bliver iført hospitalstøj og lagt i en seng for at vente på, at lægen gør noget. Det er en sygeliggørelse, som det efterfølgende er vanskeligt at komme fri af. Denne passive rolle bør der gøres op med. I stedet skal genoptræning og understøttelse af patientens egne ressourcer indgå som et lige så vigtigt tiltag i forløbet som medicin.

Nye strukturer, økonomiske incitamenter og forløbsprogrammer kan være inspirerende, men det løser ikke problemerne. Løsningerne skal findes i et tæt tværfagligt samspil med patienten og med en ny aktiv tilgang til sygebehandlingen fra start til slut.



Af Johnny Kuhr  
formand for  
Danske  
Fysioterapeuter



FORSIDE:  
MICHAEL BO RASMUSSEN

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 9.657  
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2004 - 30. juni  
2005  
88. 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



# Viden spredes for alle vinde

Når kommunerne overtager de amtslige institutioner for børn og unge med nedsat funktionsevne, kan prisen blive et tab af viden. Det mener nogle af de fysioterapeuter, der i dag er beskæftiget i centrale terapifunktioner

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO MICHAEL BO RASMUSSEN

De 21 medarbejdere i Fysioterapien i Handicapsektoren Nordjyllands Amt tæller ned. Tæller ned til den 15. februar, hvor de får endeligt at vide, om de skal spredes for alle vinde i otte kommuner, eller om kommunerne i sidste øjeblik beslutter at bevare fysioterapien som en central enhed i et tværkommunalt samarbejde.

Anledningen til spekulationerne er opgaveflytningen i forbindelse med kommunalreformen. Amtets specialinstitutioner for handicappede børn og voksne overgår i den forbindelse til de otte nye storkommuner i det tidligere Nordjyllands amt, og medarbejderne i den centrale fysioterapi, der betjener specialinstitutionerne er derfor blevet fordelt i forhold til kommunernes indbyggertal.

Det betyder for eksempel, at Ålborg kommune overtager 12 medarbejdere, mens fem mindre kommuner kun overtager en enkelt terapeut hver. Foruden 15 fysioterapeuter består medarbejdergruppen af en musikerterapeut, to ergoterapeuter, en sekretær, en terapimedhjælper og en rengøringsassistent.

Den centrale fysioterapi på børneområdet blev oprettet i 2002 og blev i 2004 slået sammen med voksenområdet. Stedets leder, fysioterapeut Hanne Brusgaard Petersen, har tidligere som praktiserende fysioterapeut behandlet handicappede børn under den vederlagsfri ordning og var en af drivkræfterne bag beslutningen om at flytte de penge, der blev brugt på vederlagsfri fysioterapi til børnene over i en central enhed, hvor kompetencerne inden for børneområdet blev samlet.

Udover behandlingerne på adressen i Vodskov lidt nord for Ålborg kører terapeuterne ud til i alt 43 insti- ▶

*Fysioterapien i Handicapsektoren i Nordjyllands amt kæmper for at bevare stedet som en central enhed.*

tutioner. Med en decentralisering vil der blive mindre kørsel, men det er også noget nær den eneste fordel, Hanne Brusgaard Petersen umiddelbart kan få øje på. Sammen med medarbejderne kæmper hun derfor for at få åbnet politikernes øjne for, hvad de risikerer at miste ved at decentralisere.

### ▶ IKKE NOGET MAN KAN KOMME PÅ KURSUS I

Meget kort fortalt handler det om tab af viden, forklarer Hanne Brusgaard Petersen

”Vi er dybt bekymrede, men overhovedet ikke på egne vegne. Der går en masse viden tabt, for det vi gør her er ikke noget, du kan komme på kursus i, og det er ikke noget, man kan læse sig til i en bøger – det er mesterlære”.

Med 15 fysioterapeuter er der blevet opbygget et stærkt fagligt miljø med mulighed for specialisering inden for de mange forskellige diagnoser, brugerne

kommer med. At være så mange betyder desuden, at der er opbygget en teamstruktur, hvor fysioterapeuterne kan give hinanden faglig sparring, og hvor der er gode muligheder for at implementere ny viden og metoder gennem intern undervisning og faglig supervision. Endvidere betyder organisationens størrelse og samlede kompetencer, at det er muligt at indgå i projekter, som dét der i øjeblikket er i gang vedrørende intensivering af optræningsindsatsen for børn med medfødt eller erhvervet hjerneskade, finansieret med 900.000 kroner fra Socialministeriet. ”Det projekt kunne vi ikke have lavet, hvis vi kun var 2-3 terapeuter”, mener Hanne Brusgaard Petersen.

Specialiseringen går tabt, når én terapeut skal betjene for eksempel en specialbørnehave, et specialbørnehjem, et dagtilbud for voksne udviklingshæmmede og et botilbud for ældre udviklings-

hæmmede i en kommune, mener Hanne Brusgaard Petersen.

”I en specialbørnehave er der børn med mange forskellige diagnoser. Den enkelte fysioterapeut kan ikke være lige god til det hele og bliver hurtigt generalist i stedet for specialist. Medarbejderne taler meget om at etablere netværk, men jeg ved, hvordan man som leder sidder og tæller timerne. Der vil jo blive mindst 8 ledere, der skal give lov, når man vil mødes. Medarbejderne taler også om at lave en fagfestival bare for vores område, men det bliver jo aldrig det samme som at kunne tage en kollega med ud, når man har brug for det”.

Fysioterapien i Handicapsektoren yder både behandling og specialiseret rådgivning. For så vidt angår rådgivningen vil kommunerne i fremtiden kunne trække på VISO (se side 9), en ny statslig organisation, der skal rådføre kommunerne i de meget specielle og komplicerede enkeltsager, hvor de ikke selv har tilstrækkelig ekspertise. Men en af den nuværende strukturs styrker er netop, at behandling og rådgivning følges ad, mener Hanne Brusgaard Petersen.

### STRUKTUR VIL HOLDE ET ÅR

Det kendetegner området, at der er nogenlunde lige så mange måder at organisere det på, som der er amter, og på samme måde er der heller ikke ét bud på, hvordan det mest fornuftigt kan skrues sammen i en ny struktur.

I Frederiksborg amt betjener Rådgivningen for børn og voksne med handicap, der ligger i Hillerød, brugerne med et tværfagligt tilbud, hvori indgår blandt andet fysioterapi og ergoterapi. Godt halvdelen af den fysioterapeutiske normering i Rådgivningen er blevet brugt ude på specialskolerne og følger med skolerne til kommunerne, men beslutningen om, hvad der skal ske med de resterende i alt 10 fysioterapeutstillinger er ikke truffet endnu. Så håbet om at få lov at blive sammen i en specialrådgivning og derved bevare de specialiserede kompetencer og det faglige miljø, lever endnu, fortæller leder af Rådgivningen, fysioterapeut Mette Wohlert. Hun spår, at en ny struktur kun vil holde et års tid, før kommunerne finder ud af, de er nødt til at lave et specialiseret, tværkommunalt tilbud.

”En kommune med to-tre handicappede børn vil ikke kunne opretholde en specialviden på dét grundlag”, mener hun.

### DOKUMENTATION OG NETVÆRK

I Fysioterapeutfunktionen i Københavns Amt har der ikke været så meget at raffe om. Stedet leverer udelukkende såkaldt undervisningsrelateret terapi, og terapeuterne har længe været forberedt på at skulle fordeles til kommunerne. Men ledende terapeut Regitze Funch deler bekymringen for, hvordan det faglige niveau kan opretholdes i en decentral struktur. Hun har ikke fundet de vises sten, men understreger, at det handler meget om forberedelse, og ikke mindst om dokumentation.

Ydelser og kompetencer skal beskrives ned til mindste detalje, så kommunerne ved, hvad de får og derved kan forholde sig til, hvordan det kan holdes ved lige.

”Ellers er der jo ikke så meget, jeg kan gøre – det bliver op til de nye arbejdsgivere”, siger Regitze Funch, der opfordrer til, at fysioterapeuterne selv bliver udførende omkring dannelsen af faglige netværk.

”Netværk kommer ikke af sig selv”, siger hun og ▶

### fakta om...

De nye kommuner overtager fra 1. januar 2007 den vidtgående specialundervisning fra amterne, ligesom også ansvaret for at stille specialrådgivning, behandling og udredning til rådighed for borgerne bliver kommunalt.

Serviceoven giver mulighed for, at kommunerne kan arbejde sammen for at overtage specialrådgivningsopgaven. Det vil sige, at flere kommuner i fællesskab kan etablere en specialrådgivningsfunktion, eller at én kommune kan varetage opgaven for andre kommuner mod betaling.



### VIL MED UD I KOMMUNEN

I Roskilde amt sidder tre fysioterapeuter og undrer sig over, hvorfor de ikke skal med ud i kommunen. I alt er der seks fysioterapeuter beskæftiget på amtets specialskoler, men ansat under Specialpædagogisk rådgivning. Rådgivningen splittes op, og det meste rykker til kommunerne, men der er forskel på, under hvilken forvaltnings budget de seks terapeuter er finansieret, og det er ifølge fysioterapeut Mia Bredsdorff dén forskel, der afgør, hvor de placeres i den nye struktur.

Reelt beskæftiger alle seks sig både med undervisningsrelateret fysioterapi og med behandling, men formelt er det fordelt, så undervisningsrelateret fysioterapi, finansieret over undervisnings-, erhvers- og kulturforvaltningen, lægger beslag på 3½ stilling, mens behandling, finansieret over sundhedsforvaltningen, lægger beslag på resten. Den foreløbige beslutning er, at den undervisningsrelaterede fysioterapi naturligt følger med, når institutionerne overdrages til kommunerne, mens behandlingen bliver i regionen.

”Det, vi harcelerer over, er, at det føles grotesk, at det splittes op på den måde. Det giver god mening både over for brugeren og det øvrige personale, at det er den samme fysioterapeut, der behandler børnene, som også vejleder lærere og pædagoger”, forklarer Mia Bredsdorff. Hun har og også har personlige årsager til at ønske en kommunal ansættelse: ”Regionen er jo stor. Hvis elevtallet falder på den skole i Roskilde, hvor jeg er nu, risikerer jeg så at blive sendt for eksempel til Korsør eller Nakskov?”

taler ikke kun om specialiserede netværk på tværs, men også om netværk internt i kommunen. ”Man kan godt have faglige fællesskaber, selvom man ikke har de samme specialer”.

Ifølge formand for Danske Fysioterapeuters Fagforum for Børnefysioterapi, Hanne Nielsen, er der allerede mange velfungerende netværk rundt omkring, men hun opfordrer til, at man sørger for, at de nye arbejdsgivere fra starten forberedes på, at deltagelsen i disse netværk er en del af arbejdet.

”Det skal beskrives, hvor meget tid vi bruger i de forskellige netværk, og hvad vi får ud af det, så vi får en blåstempling fra kommunerne af at bruge arbejdstid på at mødes”, siger Hanne Nielsen. Hun tilføjer, at hele omstruktureringen er på dagsordenen, når børnefysioterapeuterne holder generalforsamling i forbindelse med Danske Fysioterapeuters fagfestival i marts.

### IKKE KUN PENGE OG HOVEDER

Jakob er 11 år. Siden fødslen har han lidt af spasticitet, og han har for nylig også fået diagnosen lettere autisme.

Jakob bor sammen med sin familie i Allerød. Og familien er dermed brugere af Rådgivningen for børn og voksne med handicap i Frederiksborg amt. Dels er de to fysioterapeuter på centerafdelingen på Skovvangsskolen i Allerød, hvor Jakob går i skole, ansat under Rådgivningen, dels trækker Jakobs familie jævnligt på de forskellige rådgivningsfunktioner, der er samlet i Hillerød. Især mødregruppen under Rådgivningen har betydet meget for familien, fortæller Jakobs far Bjarne Hansen.

Fra Jakob blev født har Bjarne Hansen og hans kone Birgit også trukket på Rådgivningen til for eksempel at fået en fysioterapeut ud i hjemmet

og demonstrere nogle øvelser, de kunne lave med Jakob.

"Det har også betydet meget for os, at vi kan ringe op til centeret og komme til at tale med nogen, der ved noget om lige præcis det, vores barn fejler. Kommunen når aldrig at støde på så mange, at de opbygger de samme kompetencer", siger Bjarne Hansen, der stadig slås for at beholde Rådgivningen samlet.

"Jeg har skrevet til lokalpolitikerne, til Folketinget og til socialministeren. Lokalpolitikernes reaktioner har været, at det her ikke bliver et problem. 'Vi får jo overført både personer og penge', forklarer de, men de forstår ikke, hvad det er, de har med at gøre. Det handler jo ikke kun om penge og hoveder, men om viden, der er samlet gennem mange år, og som man nu risikerer at smide på gulvet".

»My prison cell - my fortress« *Franz Kafka*

Kitt Johnson X-act 20.2 - 4.3 2006

# PALIMPSEST

EN KORTLÆGNING AF HUDENS TO SIDER  
*for 5 mandlige dansere*

[www.hudens2sider.dk](http://www.hudens2sider.dk)

ARRANGEMENTER

23.2 KUNSTNERNE I KRYDSILD

26.2 BODY MIND CENTERING WORKSHOP  
FOR BEGYNDERE



KALEIDOSKOP K2, ØSTER FÆLLED TORV 37, 2100 KØBENHAVN Ø  
TIR-SØN KL. 20.00 • BILLETNET 70 15 65 65 ELLER [WWW.BILLETNET.DK](http://WWW.BILLETNET.DK)



## ► MÅ IKKE FÅ STORHEDSVANVID

Fra Danske Fysioterapeuter lyder opfordringen til kommunerne, at de i deres iver for at få så meget ansvar som muligt ikke må tro, de kan klare alt.

”Især de mindre kommuner skal passe med ikke at få storhedsvanvid”, advarer Johnny Kuhr.

”Foreningens holdning har hele tiden været, at det er en fordel, at myndighedsansvaret placeres ét sted, så forældrene til børn med funktionsnedsættelser ikke skal løbe spidsrod mellem kommune og amt. Derfor mener vi som udgangspunkt, at det er rigtigt, at hele ansvaret placeres hos kommunen. Men i de tilfælde, hvor kommunerne er for små til selv at løfte ansvaret med en tilstrækkelig faglig kvalitet, er det naturligvis vores forventning, at de finder alternative løsninger. Det ligger også i lovens intentioner”, siger Johnny Kuhr og henviser til, at der er flere alternativer: Kommunerne kan indgå tværkommunale fællesskaber eller købe sig til de nødvendige kompetencer i en anden, større kommune.

Johnny Kuhr understreger også gerne et budskab, han efterhånden er kommet med mange gange: at kommunerne med de nye opgaver også har overtaget en forpligtelse til kvalitetsudvikling og forskning.

”Kommunerne skal sikre sig kompetente medarbejdere, der kan løfte opgaven. De kompetente medarbejdere får de jo i første omgang overdraget fra amtet, men der ligger en stor opgave i at holde kompetencerne ved lige og skabe attraktive arbejdspladser med fokus på udvikling”.

## PÅ DEN ENE SIDE OG PÅ DEN ANDEN

Selvom holdningen i Kommunernes Landsforening er, at så meget som muligt skal ud i kommunerne, er foreningen ikke blind for risikoen for videnstab. I ”Temaguide vedrørende overførslen af den vidtgående specialundervisning og den sociale indsats over for sårbare børn og unge til kommunerne”, står blandt andet at hensynet til det faglige specialismiljø ”kan tale for, at kommunerne i fællesskab overtager de amtslige medarbejdere og bevarer miljøet samlet...”.

I samme publikation argumenteres dog også for at overlade hele området til den enkelte kommune: Det vil ”kunne skabe usikkerhed hos borgeren, hvis der skal henvises til et særligt rådgivningsorgan, som ligger uden for kommunen. Desuden er der en risiko for, at specialisterne ”lukker sig om sig selv” og mister fokus på de støttemuligheder, som ligger udenfor deres primære domæne... På den ene side er der ingen tvivl om, at kommunerne med den nye rådgivningsopgave skal kunne gå i dybden og specialisere sig i forhold til problemstillinger, som i dag løses uden for kommunen. På den anden side er reformen også båret af ønsket om at kunne se de specialiserede behov i et bredere lys og forfølge målsætningen om størst mulig normalisering”. ■

## HVAD ER VISO

Fra 1. januar kan kommunerne i et nyt statsligt organ under Socialministeriet, VISO, få specialrådgivning om specielle og komplicerede enkeltsager, hvor det ikke kan forventes, at der er tilstrækkelig ekspertise i kommunen. I modsætning til de rådgivningscentre, der eksisterer i dag, tager VISO ikke imod borgerhenvendelser, men skal alene betjene kommunerne. VISO har fem hovedmålgrupper: Børn og unge med sociale/adfærdsmæssige problemer, børn og unge med handicap, voksne med handicap, udsatte grupper samt specialundervisning.

VISO skal samle al viden på området fra kommuner, regioner, institutioner og andre faglige miljøer samt fra udlandet og skal formidle den over for kommuner og organisationer.

Det bliver VISOs opgave at skal skabe overblik over hele det specialfaglige område og levere vejledende specialrådgivning og -udredning til både borgere og kommuner i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager.

Endvidere skal VISO sørge for at udvikle ekspertisen på de eksisterende områder og skal også identificere og udvikle nye områder.

VISO kommer til at bestå af en såkaldt vidensdel og en rådgivnings- og udredningsdel. 56 ansatte i Odense skal trække på et netværk af eksperter, videnscentre og institutioner over hele landet, som bliver knyttet til centeret. VISO kan for eksempel indgå kontrakt med hjerneskadecenter om, at centeret leverer et vist antal timer til VISO.

Ifølge amternes politiske magasin Mandat opstod ideen om VISO i feltet mellem kommunernes forestilling om, at den mest specialiserede rådgivning kunne klares i fælleskommunal forståelse og regionernes forestilling om, at amternes specialfaglige arbejde skulle videreføres af regionerne.

Ifølge Mandat har amterne presset på for at få etableret VISO så hurtigt som muligt, så visse amtslige institutioner ville kunne videreføres i regionalt eller kommunalt regi, hvis VISO indgik kontrakter med dem. Men socialministeren har valgt at vente med at indgå kontrakterne, til delingsrådene har fordelt amternes medarbejdere. Og derfor har ingen hjerneskadecentre, fysioterapeutfunktioner eller hjælpemiddelcentraler fået et ministerielt stempel, som kunne få kommunerne til at vælge at videreføre dem eller at lade regionen gøre det.

Amterne har gjort opmærksom på, at mange socialfaglige miljøer med strukturreformen derfor bliver atomiseret, og at det vil blive vanskeligt for VISO overhovedet at finde den rette ekspertise, når kontrakterne først skal indgås i andet halvår af 2006. Ministerens holdning har været, at ekspertisen fulgte med den enkelte medarbejder, og at den medarbejder, som VISO indgår kontrakt med, også vil vedligeholde og udvikle sin ekspertise igennem VISO.

Kilde: Mandat – Amternes politiske magasin 25. januar 2006

# Barndomstraumer forstærkede symptomerne

Det er vigtigt at undersøge, om patienten har haft tidligere traumer, der kan forklare en forstærket reaktion. Specialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi Hans Henrik Kleinert gør rede for en case

AF SPECIALIST I PSYKIATRISK OG PSYKOSOMATISK  
FYSIOTERAPI HANS HENRIK KLEINERT  
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

## indgang

■ En kvinde har kroniske smerter og angst efter et whiplashtraume. Smerterne forsvinder gradvist, da kvinden under behandlingen kommer i kontakt med tidligere traumer.

Ind i min konsultation kommer i maj 2005 en 35-årig kvinde. Hun blev i foråret 2003 involveret i et trafikuheld, og efterfølgende er hun sygemeldt i to måneder på grund af en konstateret whiplashlæsion. Hun raskmeldes frem til jul, hvor hun på grund af stærkt stigende smertebelastning igen sygemelder sig. Hun har ikke været på arbejdsmarkedet siden.

Hun fortæller om ulykken, at hun ved et højresving i et lysreguleret kryds holder for fodgængere, da en bagvedkørende rammer ind i hende og skubber hendes bil frem med så stor kraft, at hun rammer den fodgænger, som hun holder for. Fodgængerens kommer alvorligt til skade

med to brækkede ben.

Selv får hun en klassisk piskesmældslæsion, og de kliniske undersøgelser afslører, at hun har et afrevet fragment af proc. spinosus på C6. Hun behandles initialt med halskrave, aflastning og fysioterapi. Hendes værste klager er hovedpine, rygsmerter thorakalt og til tider i lænd og nakke, kvalme og svimmelhed.

Symptomerne aftager, og hun kommer på arbejde efter to måneder. Hun er sælger og meget aktiv. Hun har vundet flere interne salgskonkurrencer og er i det hele taget er meget optaget af at gøre det godt i sit job.

Symptomerne tiltager igen, og hun sygemeldes igen før jul 2003, nu med smerter i begge OE, hyppige hovedpiner med kvalme og synsforstyrrelser. Symptomerne er varierende i intensitet og hyppighed, men der er en generel tendens mod forværring.

Hun bliver undersøgt hos neurolog, reumatolog og psykiater. Hun behandles medicinsk og med fysioterapi og søger selv kiropraktor, akupunktør og craniosacral behandling. Der er umiddelbar følelse af lindring, men ingen varig effekt.

## UNDERSØGELSE

Da hun kommer i psykosomatisk fysioterapi er hun desperat over, at intet hjælper. Hun er alvorligt bange for, at hendes liv er ændret for altid. Hun beskriver sit liv som stoppet. Hun kan ikke tåle fysisk arbejde og psykisk stress uden at få både smerter og kraftige vegetative symptomer.

Ved første seance med patienten foretager jeg en almindelig fysioterapeutisk undersøgelse og finder hypertonus i nakke og skulderåg. Respirationen er højcostal, men ved at henlede opmærksomheden på den, kan den komme under ribbenskurvaturen. Jeg laver forsøgsvis en let manuel traktion af nakken og der kommer hurtigt føling i begge arme og varme i maven.

Jeg spørger ind til de juridiske forhold omkring ulykken, specielt om skylden er placeret, og hvordan erstatningen er udregnet. Dette er endnu uafklaret.

Jeg spørger ind til, om der er andre, tidligere traumer i hendes liv, hvilket hun benægter. Jeg beder hende om at fortælle detaljeret om det aktuelle traume, og om der er et billede, der dukker op hos hende, vågen eller i drømme. Det er der. Det er billedet af fodgængerens ansigtsudtryk, da hun et splitsekund før hun rammes, vender sig og får øjenkontakt. I næste øjeblik er hun ramt.

Ved en senere session kommer hun i tanke om, at hun som 12-årig kom hjem fra skole og fandt sin mor liggende bevidstløs på gulvet i stuen. Hun løb ind til naboen, som ringede efter ambulance. Det viste sig, at moderen var ramt af cerebral katastrofe, og efter et langt ophold på sygehus kom hun svært handicappet hjem. Efterfølgende var der skilsmisse, og moderen kom på plejehjem. Datteren boede kort hos faderen og dennes nye kone, før hun kom på efterskole. Hendes halvandet år yngre bror blev senere narkoman og døde som 21-årig af en overdosis.



Hun har aldrig tænkt på dette som et chok og hun synes ikke, at hun har været mærket af disse hændelser, selvom hun synes, at det har været hårdt.

### OVERVEJELSER

Det er almindeligt anerkendt inden for traumeforskning, at personer, der har lidt under svære traumer og har forvundet dem, i tilfælde af selv lettere retraumatisering kan udvikle kraftige reaktioner, som ikke står i proportioner til det aktuelle traumes karakter.

Derfor er det vigtigt at lodde patientens situation, om der har været tidligere traumer. En del af behandlingen kan derefter være at komme i kontakt (verbalt og kropsligt) med klienten i såvel det tidligere som det aktuelle traume.

Den kendte kroppsykoterapeut Peter Levine beskriver den somatiske reaktion på et psykisk chok som fastfrysning. Som svar på fare kan organismen kæmpe, flygte, stivne eller lammes. Når kamp- og flugtreaktioner er udelukket eller hæmmet trækker organismen sig sammen for til sidst at fastfryses. Herved forstærkes og opslemmes den energi, som ellers skulle være udløst

i kamp eller flugt. I denne stærkt angstfyldte tilstand kan den opdæmmede energi endnu udløses i raseri eller flugt, men bliver den ikke det, sker fastfrysningen med en statisk forøget energitilstand i kroppen.

Hos dyr efterfølges denne tilstand normalt af en udløsning af energien ved en vibration, en rysten chokket af sig. Hos mennesker kan denne normalisering være hæmmet af en kontrollerende neocortex.

Det er følelser af frygt og rædsel, som fastholder ubevægeligheden i kroppen. Og når kroppen ikke får lov til at reagere, dannes det, Levine kalder traumets symptomer.

Karakteristisk for disse er akkumulering, således at det traumatiserede individ vil reagere på ydre fare og nye traumer med et stigende energiforbrug i fastfrysningen. Herved betinges dannelsen af flere symptomer. Ubevægelighedsreaktionen bliver ikke bare kronisk, den forværres også.

Terapiens sigte er ved at adressere det autonome nervesystem og drage nytte af en basal tryk terapeutisk relation at løse op for den fastfrosne del af muskulaturen. ▶

*Specialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi  
Hans Henrik Kleinert (th)  
er medejer af Dansk Institut for Psykoterapi og Undervisning.*

## ► OM WHIPLASH

Whiplash har ifølge sundhedsstyrelsens redegørelse om whiplashsyndromet 10 procent incidens for at blive varig lidelse.

Det er svært at lave en nøjagtig opgørelse over antallet af whiplashskader i Danmark. Det skyldes, at kun ca. 1/3 af alle trafikuheld politianmeldes. Men hvis

det forudsættes, at politiets registrering af påkørsler i hele Danmark dækker ca. 30 procent af alle personskader efter personbilsulykke, må det antages, at ca. 16.000 personer hvert år får følger efter personbilsulykker, som resulterer i kontakt med en skadestue. Blandt de politiregistrerede tilskadekomne finder man en overvægt af de 18-24-årige og en ligelig kønsfordeling.

Tal fra Norge, Sverige og Schweiz viser en incidens på ca. 13 whiplashramte med symptomer af en varighed på over tre måneder pr. 100.000 indbyggere.

Det må bemærkes, at de statistiske oplysninger er behæftede med stor usikkerhed, og de giver ingen direkte information om antallet af personer, der udsættes for whiplashmekanismen.

Det er påfaldende, at mens antallet af færdselsuheld generelt er faldende, er antallet af indrapporterede whiplashskader stigende.

Endvidere er det almindeligt antaget, at forsikrings-sager har tendens til at forhale eller blokere behandlingsforløbet – delvis på grund af stress.

## BEHANDLING

I det aktuelle tilfælde arbejder vi i fire måneder frem til september 2005 med kropbevidsthedsøvelser, heriblandt BAT, grounding og afspænding, kombineret med samtale og kontaktøvelser.

Det lykkes hurtigt at etablere en bro til kvinden, hvilket er den vigtigste terapeutiske basis, fordi der hele tiden opstår situationer, hvor hun spænder op og mærker modstand mod terapien, og så kan vi snakke om det, fordi hun med sin rationelle side vælger at tro på, at jeg vil hjælpe hende.

Hun oplever efter tre seancer, at hun begynder at ryste indvendig, og jeg opmuntrer hende til at lade den vibration komme ud. Som vibrationen i kroppen tiltager, opfordrer jeg til, at der kommer lyd på, og efter nogle forsøg kommer der et skrig, der efterfølges af gråd. Det bliver en session, som kan betegnes som et gennembrud.

Næste gang fortæller hun, at det i dagene efter var helt anderledes; hendes symptomer var borte og i stedet mærkede hun angsten og rystelsen i kroppen. Og at hun begyndte at svede meget ildelugtende. Hun kunne være sammen med sin mand om dette, og det betød, at hun ikke følte sig så isoleret og bange omkring sin lidelse. Symptomerne kom tilbage, men følelsen af desperation var afløst af håb.

Op til sommerferien var hun nervøs for tilbagefald. Jeg fortalte, at det, troede jeg ikke, ville ske i større målestok, men sikkert i mindre. Og at der under alle omstændigheder var sat en helende proces i gang i hende, som ville køre af sig selv, og som hun bedst kunne forholde sig til ved at lade den få rum og tid.

Efter sommerferien kom hun til første seance med en meget positiv oplevelse af, at det var gået meget bedre, end hun havde frygtet, og at hun havde opdaget, at hun ved at lade sin krop have sit eget liv, kom meget hurtigere over episoderne med smerter, kvalme og svimmelhed.

I kroparbejdet bliver hun øjeblikkeligt meget berørt og græder en del, uden at hun kan angive en specifik grund. 'Det er bare det, kroppen vil', siger hun.

Næste gang fortæller hun, at hun har haft perioder, hvor hun følte sig som sit gode gamle selv. Det kom og gik. Når hun forsøgte at gøre ting, som hun plejede at gøre før i tiden, f.eks. tage kontakt til bekendte, så kom angsten ind over igen. Men den vigtige erkendelse for hende var, at hendes helingsproces var i gang.

De næste gange arbejder vi med konsolidering af hendes gryende fornemmelse af at være sig selv igen. Det handler om forankring i kroppen og om at lytte til og forstå de sanselige indtryk, hun får af sig selv. Det har hun god fornemmelse for.

Hun begynder at ane betydningen af sine barndoms-traumer, og den forstærkende virkning disse har for hendes oplevelser af "at skulle klare alting selv".

Da vi afslutter behandlingen, er hendes symptomer intermitterende og ikke længere skræmmende og uforståelige for hende, og vigtigt er, at hun har redskaber til at håndtere dem. Hun vælger i overensstemmelse med mig at fortsætte sin proces i psykoterapi. ■

## LITTERATUR

Peter Levine: Væk tigeren.

National institute of neurological disorders and stroke <http://www.ninds.nih.gov/disorders/whiplash/whiplash.htm>

sundhedsstyrelsens redegørelse om whiplash <http://www.sst.dk/publ/Publ2000/whiplash/kap02.html>

## blå bog

Specialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi Hans Henrik Klei-nert. Uddannet fysioterapeut 1977. Psykiatrisk arbejde på flere hospita-ler. Klinikarbejde. Daghøjskolelærer. Psykoterapeut fra Dansk Institut for Organisk Psykoterapi. Videreud-dannet hos Malcolm og Katherine Brown. Supervisoruddannelse hos Susanne Bang. I dag praksis som psykosomatisk specialfysioterapeut i Roskilde og København, supervisor og medindehaver af Dansk Institut for Psykoterapi og Undervisning ([www.dipu.dk](http://www.dipu.dk)).



## Fysisk aktivitet til psykisk syge

**WWW** ■ Sundhedsstyrelsen har udgivet et katalog med fysiske aktiviteter til psykiatriske afdelinger. Kataloget beskriver en række lege og spil og giver konkrete anvisninger på, hvordan aktiviteterne kan gribes an. Materialet er lavet som led i et delprojekt under Folkesygdomsprojektet: Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet. Et projekt under Sundhedsstyrelsen. Delprojektet kører i øjeblikket i fire psykiatriske afdelinger frem til den 1. oktober

2006. Erfaringerne fra projektet skal bruges til at lave en model for, hvordan der kommer mere fysisk aktivitet ind i psykiatrien. En model, der senere skal overføres til hele sygehusvæsenet. Læs mere om projekterne på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Kataloget kan downloades fra [fysio.dk/fysioterapeuten/artikelbilag](http://fysio.dk/fysioterapeuten/artikelbilag) eller på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

## Forebyggende hjemmebesøg

**Publikation** ■ Forebyggelse i forbindelse med hjemmebesøg er et centralt led i indsatsen for at holde de ældre længst muligt i eget hjem og bevare og fastholde deres fysiske og psykiske funktionsevne. Tre pionerer inden for området speciallæge Mikkel Vass, ergoterapeut, ph.d., dr. med. Kirsten Avlund og overlæge, dr. med. Carsten Hendriksen er forfattere til en ny publikation om Forebyggende hjemmebesøg, der den seneste i rækken af gratispublikationer fra Ældreforum. Forfatterne tager udgangspunkt i resultaterne fra deres undersøgelse af de forebyggende hjemmebesøg i 34 kommuner. Deres resultater viser blandt andet:

- at det er vigtigt at undervise sundhedspersonale i indhold

og afvikling af de forebyggende hjemmebesøg,

- at 80-årige har mere gavn af forebyggende hjemmebesøg end 75-årige,
- at kvinder har mere gavn af besøgene end mændene,
- at det er vigtigt, at det er den samme medarbejder, der kommer hos den ældre,
- at der er god kontakt mellem medarbejder og den ældre,
- at samarbejdet med den praktiserende læge har stor betydning. Publikationen "Ældre og forebyggende hjemmebesøg" kan rekvireres gratis hos Ældreforum på tlf. 6548 4050. På [www.aeldreforum.dk](http://www.aeldreforum.dk) kan du finde andre publikationer udgivet af Ældreforum.

## Bedre behandling af skleroseramte

**Rapport** ■ I samarbejde med fysioterapeuter fra Sklerosecenter Ry og Århus Sygehus har praksiskonsulenterne i fysioterapi under Århus Amt, Kirsten Williams og Inger Qvist, udarbejdet en rapport, der henvender sig til fysioterapeuter, der behandler patienter med sklerose. Hensigten er at give fysioterapeuter et godt redskab, så de i samarbejde med den skleroseramte kan sætte både kort- og langsigtede mål for behandling og træning ud fra den bedst tilgængelige viden og erfaring. Rapporten beskriver træningsformer med videnskabeligt belæg og erfaringer med behandling af en række specifikke funktionstab, f.eks. nedsat muskelstyrke og udtalt træthed. Rapporten bliver sendt til alle praktiserende fysioterapeuter i Århus Amt, og kan i øvrigt downloades fra [fysio.dk/Fysioterapeuten/artikelbilag](http://fysio.dk/Fysioterapeuten/artikelbilag)

## Abstract til verdenskongressen

**Wcpt** ■ Den næste verdenskongres for fysioterapeuter afholdes i Vancouver i Canada d. 2.-6. juni 2007. Deadline for indsendelse af abstracts til enten poster- eller platformpræsentationer er den 15. september 2006. Kongressens overskrift er Moving Physiotherapy forward. Der er besluttet fem hovedtemaer for verdenskongressen: Global sundhed, rammer for professionens udøvelse, den fysioterapeutiske praksis og uddannelse. Ved at fokusere på den globale sundhed ønsker man på kongressen at skabe debat om fysioterapeuters rolle. Hvilken betydning får det, at der kommer en større andel ældre i de kommende år, hvordan vil livsstilssygdomme og epidemier påvirke faget. Fysioterapeuters vilkår for at udøve faget afhænger af, hvordan sundhedsvæsenet er opbygget. Derfor er der store forskelle på de rammer, fysioterapeuter arbejder under på verdensplan. Rammerne for den professionelle udøvelse er væsentlig for faget og dets muligheder. Temaet lægger op til en diskussion på tværs af landegrænserne. Der er indbudt fire forskere til at holde en times oplæg. Det drejer sig om professor Angelo Delitto, professor Mariano Rocabado, Judith Heumann og Noerine Kaleeba. Har du brug for hjælp til at udarbejde abstracts, tilbyder WCPT et specielt vejledningsprogram. Læs mere om verdenskongressen på WCPT's hjemmeside [www.wcpt.org/congress/index.php](http://www.wcpt.org/congress/index.php)





# Massage er dyr men effektiv

Manuelle bløddelsteknikker har positiv effekt på symptomer og funktion til patienter med subakut og kronisk lænderygbesvær. Behandlingen er relativ dyr, men kan i sidste ende spare penge til medicin og behov for hjælp

AF MARTIN B. JOSEFSEN, FYSIOTERAPEUT, EXAMMT  
FOTO STEPHENE GERBIER/POLFOTO

Efter udgivelsen af bl.a. MTV-rapporten på lænderyg-området (omkring årtusindskiftet) har massage i nogen grad været betragtet som en lidt inferior modalitet, og har ikke fået samme plads i anbefalingerne som f.eks. øvelser og manipulation til lænderygbesvær (LBP).

Siden forrige Cochrane review på dette område (Furlan et al 2000) er der kommet flere studier til, og det har resulteret i, at der nu er nogen evidens til fordel for massage til LBP, også på længere sigt. For nogle er

dette sikkert overraskende. Det er væsentligt at være opmærksom på, at en del af den "moderate" evidens i dette review bygger på enkeltstudier, om end af høj kvalitet. Det bør give anledning til en vis forsigtighed vedrørende vurdering af evidensstyrken.

Ifølge reviewet synes massage til LBP især effektiv i kombination med øvelser. Lignende forhold er observeret med hensyn til kombineret mobilisering/manipulation og øvelser til nakkebesvær (Kay et al 2005, Gross et al 2002). Der er i reviews ikke fundet afgørende evidens for, at øvelser eller manipulationsteknikker er mere effektive end mange andre interventionsformer til LBP (Assendelft et al 2004, Hayden et al 2005). Og i dette review ser massage ud til at være omtrent lige så effektivt som disse behandlingsmodaliteter. Som i mange andre reviews på det muskuloskeletale område kan der være uidentificerede subgrupper, som responderer forskelligt på interventionen og variationer heraf.

Det er interessant i dette review, at der indgår studier af massagebehandling givet af såvel massører som autoriserede behandlere. I de fleste studier er behandlerne massører. I et enkelt studie ser det ud til, at effekten er størst, når massagebehandlingen udføres af en uddannet og/eller erfaren behandler. Det er ikke blevet analyseret, om én professionstilgang er mere effektiv end en anden.

Det har heller ikke været muligt at vurdere effekten af specifikke massage- eller bløddelsteknikker. I studierne kunne der indgå flere former for teknikker såsom MFR (myofascial release), svensk (klassisk) massage, akupressurlignende massage, bindevævsmassage, Rolfing, Kranio-Sakral-Terapi etc.

Det kunne være interessant at kigge på forskellige variationer af bløddelsteknikker til LBP. Akupressurlignende massage kan f.eks. minde om triggerpunktbehandling eller specifik bløddelsmobilisering, som har mere biomekaniske rationaler end akupressur. Specifik bløddelsmobilisering, eller "specific soft tissue mobilization", søger bl.a. at skabe stressrelaxation i diagnostisk udpalperede væv (Hunter 2003).

Triggerpunktbehandling tager udgangspunkt i både mekaniske og neurofysiologiske teorier om vævsudspænding og smertelindring, hvor bl.a. Simons og Travell har været pionerer (Trigger Point Manual).

Et interessant spørgsmål kunne være, om specifikke

bløddelsteknikker, som tager udgangspunkt i specifikke bløddelsfund, er mere effektive end f.eks. en mere generel "klassisk" massage. Og omvendt kunne kombinationer af muskeltryk med patientaktiverede muskelkontraktioner måske forstærke en neurofysiologisk effekt. Endvidere er det interessant at identificere de mekaniske og fysiologiske virkemekanismer af lumbal bløddelsbehandling og at identificere, hvilke rygpatienter, strukturspecifikke dysfunktioner og problematikker, der responderer positivt på bløddelsteknikker.

Det ser ud til at massage til LBP ikke bliver "smidt ud med badevandet", men derimod kan få en plads i den øvrige værktøjskasse. Der er følgelig behov for yderligere studier til at bestyrke evidensen og skabe yderligere klarhed på området.

I sundhedsprofessionelt regi er det endvidere væsentligt at tage udgangspunkt i en grundig undersøgelse, diagnostik og i differentialdiagnostiske overvejelser; kun på denne baggrund kan relevante tiltag udvælges og iværksættes. Disse kliniske overvejelser bør supplere forfatternes konklusion i dette review.

#### UDVALGTE REFERENCER

- Assendelft et al 2004, Spinal manipulative therapy for low back pain (Review), The Cochrane Library 2004, issue 1. Se Fysioterapeuten nr.21, 2005.
- Gross et al 2002, Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders, The Cochrane Library 2002, issue 3. Se Fysioterapeuten nr. 18, 2005.
- Hayden et al 2005, Exercise therapy for treatment of non-specific Low Back Pain (Review), The Cochrane Library 2005, issue 3. Se Fysioterapeuten nr. 20, 2005.
- Hunter D, 2003, Specific soft-tissue mobilization in the management of soft-tissue dysfunction + Postscript, IN: Beeton, S, Manual Therapy Masterclasses - The Peripheral Joints, Churchill Livingstone - pp 113-128.
- Kay et al 2005, Exercises for mechanical neck disorders (Cochrane Review), The Cochrane Library 2005, Issue 3. Se Fysioterapeuten nr. 17, 2005. ▶

## indgang

■ Det seneste review om effekten af massagebehandling til lænderygbesvær er publiceret i Cochrane-databasen i 2002. Dette review viser, at der med flere studier også er kommet mere evidens for positiv effekt af massage.



# RESUMÉ AF COCHRANE REVIEW

Furlan et al 2002, *Massage for Low Back Pain (Review)*, *The Cochrane Library* 2002, issue 2.

Levels of evidence	Hovedkrav
Stærk evidens	Overensstemmende fund i flere høj-kvalitetsstudier
Moderat evidens	Overensstemmende fund i flere lav-kvalitetsstudier og/eller et høj-kvalitetsstudie
Begrænset evidens	Et lav-kvalitetsstudie
Modstridende evidens	Modstridende fund i flere studier
Ingen evidens	Ingen studier på området

## Baggrund

Massage og variationer heraf anvendes af forskellige professioner i behandlingen af lænderygsbesvær.

## Formål

At undersøge effekten af massage til uspecifik lænderygsbesvær (LBP). Herunder sammenlignet med placebo, anden medicinsk behandling eller ingen behandling. Sekundært at kigge på effektiviteten af massage kombineret med andre modaliteter samt at vurdere effekten af forskellige former for massageteknikker.

## Søgestrategi

Medline, Embase, The Cochrane Central Register of Controlled Trials, HealthSTAR, Cinahl's databaser til maj 2001 samt referencer fra andre kilder.

## Udvælgelseskriterier

Randomiserede eller quasi-randomiserede studier som undersøgte effekten af manuel eller mekanisk (maskinel, redskab) massagebehandling til uspecifik LBP.

## Databearbejdning

To blindede reviewers udvalgte studierne og vurderede kvaliteten ud fra Cochrane Back Groups kriterier og data blev extrapoleret ud fra standardiserede metoder. Der anvendtes kvalitetsmæssige analyser af studierne grundet heterogenitet med hensyn til population, massageteknik, kontrolgrupper, timing/opfølgning og effektmål.

## Resultater

8 studier blev inkluderet. Alle omhandlede uspecifik LBP; et studie med subakutte patienter, to med subakutte og kroniske patienter, 4 studier med kroniske patienter og et enkelt med uklar målgruppe. I 4 studier var massage hovedinterventionen, og i de 4 andre var massage anvendt i en kontrolgruppe. I 6 studier appliceredes massage manuelt og i 2 studier mekanisk med et redskab. I et enkelt studie blev akupressurlignende massage sammenlignet med "klassisk" svensk massage. Ifølge Van Tulder Scale vurderedes 5 studier at være af høj kvalitet og 3 af lav kvalitet.

### *Massage versus placebo/venteliste/ingen behandling*

- Moderat evidens for at massage er signifikant bedre end placebolaser mht. funktion (kort og lang sigt) og smerte (kort sigt).

### *Massage versus manipulation*

- Moderat evidens for at manipulation er bedre end massage med hensyn til funktion – og ligeledes at manipulation umiddelbart har bedre smertelindrende effekt (i behandlingsperioden).
- Desuden moderat evidens for at massage og manipulation er lige effektivt med hensyn til smerte, ROM og anstrengelse/trætbarhed (i behandlingsperioden).
- Ved behandlingsophør og tre ugers follow-up fandtes begrænset evidens for ens effekt af manipulation og massage.



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)



*Massage versus el-terapi*

- Moderat evidens for, at TENS er bedre end massage til umiddelbar smertelindring og øget bevægelighed (målt i behandlingsperioden).
- Moderat evidens for, at massage og TMS (Transkutan Elektrisk Muskel Stimulation) er lige effektivt (i behandlingsperioden).
- Begrænset evidens for, at faradisk strøm og massage er lige effektivt (ved behandlingsophør).

*Massage versus korset*

- Moderat evidens for at både massage og korset øger funktionen. Ingen forskelle med hensyn til smerteintensitet m.m.

*Massage versus øvelser*

- Moderat evidens for at massage er bedre end øvelser med hensyn til funktion (på kort sigt). Begge grupper lige effektive med hensyn til smerteintensitet og smertekvalitet (kort og lang sigt).

*Massage versus afspændingsterapi*

- Begrænset evidens for at begge har positiv effekt med hensyn til smerte (McGill). Vedrørende smerteintensitet var kun massage effektivt (umiddelbart efter intervention).

*Massage versus akupunktur*

- Moderat evidens for at massage giver bedre funktion end akupunktur (10 ugers follow-up). Ingen signifikant forskel med hensyn til symptomer (smerte, parastæsier). Ved 52 ugers follow-up var massage bedre end akupunktur med hensyn til symptomer og funktion.

*Massage versus hjælp-til-selvhjælp (information/instruktion)*

- Moderat evidens for at massage giver færre symptomer (smerte, parastæsier) og bedre funktion sammenlignet med hjælp-til-selvhjælp. Ved 52 ugers follow-up fandtes ingen signifikante forskelle mellem grupperne, idet hjælp-til-selvhjælp gruppen havde fået det bedre i mellemtiden.

*Massage som en del af anden behandling (multimodal); hvor effekten af massage kunne vurderes separat, eller hvor tilføjelsen af massage blev sammenlignet med samme intervention uden massage)*

- Moderat evidens for at massage kombineret med øvelser og information er signifikant bedre end øvelser alene med hensyn til funktion og smerteintensitet (kort og lang sigt) og smertekvalitet (kort sigt).
- Moderat evidens for at massage kombineret med øvelser og information er signifikant bedre end placeboer på samme tre effektmål (kort og lang sigt).

- Moderat evidens for at massage kombineret med øvelser og information kun er bedre end massage alene med hensyn til smerteintensitet (kort sigt).

*Forskellige massageteknikker og behandlerens erfaring*

- Akupressurlignende massage viste sig i et studie mere effektivt end "klassisk" (svensk) massage mht. smerte og funktion.
- Ingen tydelig effektforskel mellem manuel og "mekanisk" appliceret massage med et redskab.
- De bedste resultater kom, når behandleren/massøren var erfaren og uddannet.
- Antal og varighed af behandlingerne inkonklusiv grundet heterogene studier og manglende data.

*Subgrupper: akut, subakut og kronisk LBP*

- Akut: Manglende data.
- Subakut: Moderat evidens for at massage er effektivt sammenlignet med placebo (smerteintensitet og -kvalitet). Effekterne er på niveau med effekten af hhv. øvelser og manipulation.
- Kronisk: Moderat evidens for at massage mindsker smerteintensiteten og forbedrer funktionen. Effekten er mindre end for TENS men bedre end afspændingsterapi, akupunktur og information om hjælp-til-selvhjælp. Effekten af massage til kronisk LBP kan måles efter et års behandlingsophør.

*Cost-benefit*

- Interventioner med massage er relativt dyrere end andre interventioner, bortset fra akupunktur. Omkostninger til medicin, antal behandlinger, lægebesøg/hjælp m.m. var dog ca. 40 procent mindre hos grupper, der modtog massage.

*Indflydelse af studiedesigns, -kvalitet m.m. på resultaterne*

- Studier, hvor målet var at undersøge effekten af andre interventioner (og massage blev givet til kontrolgruppen for en "hands-on-effekt"), viste ingen positive effekter af massage. Når massage var en af hovedinterventionerne viste massage sig effektivt.
- Med hensyn til studierne kvalitet viste de to bedste studier, at massage er effektivt, og de to dårligste, at massage er lige så effektivt som eller mindre effektivt end manipulation.

**Konklusion**

Massage har positiv effekt til patienter med subakut og kronisk LBP med hensyn til symptomer og funktion. Massagebehandling er relativt dyrt, men giver måske bedre cost-benefit med hensyn til mindsket medicinforbrug og behov for hjælp m.m. Effekten af massage til kronisk LBP synes at holde i mindst et år. ■

# Fysioterapeuten bør have viden om kosttilskud og naturlægemidler

Uanset fysioterapeutens personlige holdning bør hun som fagperson kende noget til kosttilskud og naturlægemidler, mener forfatteren, der er læge og videnskabsjournalist

AF LÆGE, VIDENSKABSJOURNALIST JERK W. LANGER  
ILLUSTRATION GITTE SKOV

## blå bog

Jerk W. Langer er læge og videnskabsjournalist. Konsulent for Lægemiddelstyrelsen omkring naturlægemidler. Forfatter til bøger om naturlægemidler, kosttilskud og glucosamin.

Det er nærliggende at opfatte kosttilskud, naturlægemidler, vitaminer og andre tilskud som en værre omgang hokus-pokus, der kun gør producenterne rigere og forbrugerne fattigere. For det er ikke for meget sagt, at ugeblade, gratisaviser og kuponhæfter bugner over med ukritiske og lidet troværdige omtaler.

Men det er nødvendigt at nuancere denne opfattelse. De seneste år er der præsenteret forskningsresultater og endda meta-analyser af udvalgte præparater. Nogle tilskud viser sig at have fysiologiske og medicinske egenskaber.

Samtidig står det klart, at de virksomme præparater også rummer risici for bivirkninger og problemer overfor anden medicin, der tages samtidigt.

## BEHANDLERENS SITUATION

Hånden på hjertet: Omkring kosttilskud og naturlægemidler kommer man som fagperson ofte til kort over for forbrugere og patienter.

De fleste kender situationen, at patienten fremviser et mere eller mindre mystisk kosttilskud, som hun gerne vil have en kvalificeret faglig bedømmelse af? Eller fremlægger et udklip fra en gratisavis med en ukritisk rosende solstrålehistorie om et kosttilskuds fortræffeligheder.

Hvad skal du svare? Du kender ikke kosttilskudet, forstår ikke patientens bevæggrunde for at

vælge præparatet og ved ikke, hvordan du skaffer yderligere informationer. Pr. rygmærksrefleks affejes patienten måske med en bemærkning om, at pillerne er uvirksomme og spild af penge.

Den udgang på forespørgslen er uheldig: Du indfrier ikke forventningen om at yde velkvalificeret rådgivning, men bekræfter fordommen om fagfolks arrogance over kosttilskud. For det andet har nogle kosttilskud og naturlægemidler faktisk dokumentation for en klinisk effekt. Endelig rummer nogle af præparaterne risiko for bivirkninger, interaktioner med lægemidler samt problemer i forbindelse med operationer. Ifølge en opgørelse er der en teoretisk risiko for interaktion med kosttilskud, hver femte gang en patient indløser lægens recept på medicin.

Uanset din personlige holdning bør du derfor som fagperson kende noget til disse præparater, til det marked og den markedsføring der driver salget, samt til patientens motivation for at tage tilskuddet og behandle sig selv.

## MARKEDET

Anslået hver 10. dansker anvender regelmæssigt kosttilskud og naturlægemidler. Tælles den daglige multivitaminpille med, drejer det sig om halvdelen af befolkningen. Der findes måske over tusinde kosttilskud på det danske marked. Ingen kender det præcise antal, da de fleste kosttilskud hidtil ikke er blevet registreret af myndighederne. Omkring 150 naturlægemidler er godkendt.



- ▶ Præparaterne forhandles hos materialister, på apoteker samt i helsekostforretninger og supermarkeder. Desuden foregår der salg hos behandlere, via homeparties, samt over internettet, ligesom midlerne kan hjemtages fra udlandet. Forbruget kendes ikke med sikkerhed, men en omsætning på 1 mia. kr. årligt herhjemme nævnes ofte.

Selv om præparaterne står æske ved æske på forretningens hylder, er det vigtigt at vide, at de lovgivningsmæssigt opdeles i tre forskellige grupper:

- Kosttilskud (Fødevareloven = "mad")
- Naturlægemidler (Lægemiddeloven = "medicin")
- Stærke vitaminer og mineraler (Lægemiddeloven = "medicin").

Opdelingen har stor praktisk betydning for, hvilke informationer forbrugeren lovligt kan få om deres effekter og bivirkninger. Samt for hvordan midlerne lovligt må markedsføres (se skemaet på næste side). Vigtigst er det, at det forbudt at anføre på en pakning eller i en annonce, at kosttilskud kan forebygge, lindre eller behandle sygdomme. Heller ikke selvom det er vist i kliniske studier. Disse informationer må derimod gives for naturlægemidler.

Bemærk, at vi i daglig tale er tilbøjelige til i flæng at omtale dem samlet med fællesudtryk som helsekost, naturmedicin, kosttilskud, vitaminpiller og antioxidant. Det skal man være lidt forsigtig med, fordi disse udtryk ikke er i overensstemmelse med lovgivningen.

### MARKEDSFØRING

At naturlægemidler og kosttilskud forhandles under to forskellige lovgivninger - Lægemiddeloven og Fødevareloven - forvirrer mange, da præparaterne i praksis står side-om-side i forretningen, og fordi rationalet for at benytte et kosttilskud – selv om loven siger at det er "mad" ofte er at forebygge eller behandle en sygdom, altså bruge det som "medicin".

Desuden kan mange populære indholdsstoffer (dog ikke vitaminer og mineraler) både forhandles som kosttilskud og naturlægemiddel, afhængigt af producentens eget valg. Eksempelvis ginseng, ginkgo biloba, tranebær, hvidløg, echinacea og fiskeolie, hvilket gør markedet endnu mere uoverskueligt.

På et naturlægemiddel kan man nemlig læse, hvilken sygdom eller symptom præparatet skal anvendes mod, om det har bivirkninger etc. Disse

informationer må også skrives i annoncer og gives af forhandleren, hvorfor markedsføringen af naturlægemidler sædvanligvis er sober og oplysende, og kun relativt sjældent giver anledning til direkte vildledning.

Kosttilskud og stærke vitamin- og mineralpræparater har derimod ingen lovlige medicinske indikationer, som behandler og forbruger kan forholde sig til. Kosttilskud må dog anføre fysiologiske eller ernæringsmæssige indikationer, såfremt de kan dokumenteres. Eksempelvis må producenten på et kosttilskud anprise med "godt for brusken", men derimod ikke skrive "mod slidgigt".

Nogle producenter benytter andre kanaler til at få budskabet om sygdomsbehandling ud til forbrugere. Det sker i gratisaviser, ugeblade og kuponhæfter i form af beretninger om mennesker, som er blevet helbredt for alvorlige sygdomme af et tydeligt eksponeret kosttilskud. Altså historier i stil med den om manden, der atter kan klare havearbejdet, efter at han pga. en gigtsygdom var opgivet af lægerne. Men så hørte han om dette kosttilskud... osv.

Nogle mennesker kan naturligvis have oplevet sådanne "solstrålehistorier". Men sådanne enkeltstående tilfælde er ikke videnskabelig dokumentation. Særlig problematisk er solstrålehistorier, som er målrettet mennesker med en alvorlig og måske dødelig sygdom.

Artikler i gratisblade er sædvanligvis skjulte reklamer for kosttilskud, som er betalt af producenterne selv, dvs. ulovlig markedsføring. Men teksten er camoufleret som en redaktionel artikel og forfattet af en tilsyneladende uafhængig journalist, så artiklen kan bringes i ly af den danske pressefrihed.

### BIVIRKNINGER

Mange mennesker opfatter "naturens egne midler" som milde og uskadelige, mens den syntetiske medicin fra lægemiddelindustrien anses for at være farlig med mange bivirkninger. Denne frikendelse af naturpræparater er naiv, viser de kliniske erfaringer. Gå som tommelfingerregel ud fra, at når et præparat - uanset dets art - har farmakologiske og medicinske effekter, så rummer det også potentiel risiko for uønskede virkninger.

Naturlægemidler og kosttilskud undersøges imidlertid kun sjældent herfor i kliniske afprøvninger, før

	NATURLÆGEMIDDEL	KOSTTILSKUD	STÆRKE VITAMINER, MINERALER
Definition	Lægemiddel med aktive stoffer, der udelukkende forekommer naturligt, og i præparatet findes i koncentrationer, som ikke er væsentligt højere end i naturen.	Er ikke et lægemiddel, men et tilskud til den sædvanlige kost uden at være en almindelig fødevarer.	Vitaminer og/eller mineraler i markant højere mængder end voksne menneskers normale behov.
Eksempler	Planteudtræk eller fedtsyrer som hvidløg, fiskeolie, ginkgo biloba, perikon.	Almindelige vitaminpiller. Planteudtræk eller fedtsyrer som ginseng, hyben, ingefær, hvidløg, echinacea, fiskeolie.	Antioxidanter, høje doser vitamin C.
Anvendelse	Forebygge og behandle symptomer og sygdomme, som man almindeligvis ikke søger læge for, eller som det efterfølgende er forsvarligt at behandle selv. Eksempelvis søvnbesvær, hoste, væskeansamlinger, forstoppelse, ledsmerter, hæmorider, forhøjet fedtindhold i blodet, hukommelsesbesvær.	Må angive en fysiologisk eller ernæringsmæssig effekt. Eksempelvis stærke negle eller vigtig for knoglerne.	Mod mangeltilstande. Må ikke hævde at kunne forebygge, lindre eller gavne sygdomme og symptomer.
Anprisning	Må anprisen. Dvs. at pakning, annoncer og forhandler må informere om anvendelse, bivirkninger m.m.	Må ikke anprisen mod sygdom. Dvs. at pakning, annoncer og forhandler ikke må informere om kosttilskuddets eventuelle medicinske virkninger, bivirkninger m.m.	Må ikke anprisen. Dvs. at pakning, annoncer og forhandler ikke må informere om præparatets eventuelle medicinske virkninger, bivirkninger m.m.
Jura	Administreres under Lægemiddelloven. Skal godkendes af Lægemiddelstyrelsen, før det må markedsføres.	Administreres under Fødevarerloven og reguleres af Fødevarestyrelsen.	Administreres under Lægemiddelloven. Skal godkendes af Lægemiddelstyrelsen, før det må markedsføres.
Evidens	Ved registreringen stilles visse krav om dokumentation for naturlægemidlets kliniske effekt. Men der kræves ikke egentlige kliniske forsøg.	Ingen krav om dokumentation for, at kosttilskuddet virker. Anføres en fysiologisk eller ernæringsmæssig indikation, skal denne dog dokumenteres.	Ingen krav om klinisk dokumentation for, at præparatet virker.

de kommer på markedet. Derfor mangler vi sædvanligvis viden herom. Erfaringsmæssigt har naturlægemidler og kosttilskud generelt kun få egentlige bivirkninger anvendt i de anbefalede doser. Lægemiddelstyrelsen modtager i hvert fald blot ganske få indberetninger herom. Problemet er i højere grad interaktioner.

Vær igen opmærksom på, at forbrugeren kun får oplysninger om mulige bivirkninger, advarsler og kontraindikationer, når det gælder naturlægemidler. Kosttilskud rummer ingen informationer herom, da

de lovgivningsmæssigt er fødevarer. Kosttilskud kan imidlertid indebære risici, ligesom de samme indholdsstoffer som omtalt ovenfor ofte kan forhandles både som naturlægemidler og kosttilskud, dvs. "med og uden forbrugerinformation".

### INTERAKTIONER

Der er stigende erkendelse af, at nogle naturlægemidler og kosttilskud skal anvendes med forsigtighed samtidig med receptpligtig medicin pga. risiko for interaktioner. Erkendelsen er vigtigt, fordi mange ►



### VIL DU VIDE MERE?

#### *Oversigtsværker:*

Physicians' Desk Reference for Herbal Medicines. 2. edition. Medical Economics 2000

Langer, Jerk W. Politikens Bog om Vitaminer & Mineraler. Politikens Forlag 2001

Langer, Jerk W. Politikens Bog om Kosttilskud. Politikens Forlag 2003

Langer, Jerk W. Politikens Bog om Naturlægemidler. Politikens Forlag 2002

Se endvidere [www.vifab.dk/naturmedicin](http://www.vifab.dk/naturmedicin)

#### *Kosttilskud:*

Fødevarerstyrelsen om kosttilskud:

<http://www.foedevarestyrelsen.dk/Ernaering/Kosttilskud>

Droge listen. Vurdering af planter, svampe og dele heraf anvendt i kosttilskud og urtete:

<http://www.foedevarestyrelsen.dk/fdir/publications/2000102/rapport1.asp>

#### *Naturlægemidler:*

Oversigt over naturlægemidler med markedsføringstilladelse.

<http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/hentmedie.asp?filID=4830>

Naturlægemidler. Alle produktresumeeer.

<http://www.produktresume.dk/docushare/dscgi/ds.py/View/Collection-257>

#### *Stærke vitaminer og mineraler:*

Oversigt over vitamin- og mineralpræparater med markedsføringstilladelse.

<http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/hentmedie.asp?filID=4831>

Stærke vitaminer og mineraler. Alle produktresumeeer.

<http://www.produktresume.dk/docushare/dscgi/ds.py/View/Collection-256>

- ▶ patienter på samme tid anvender lægemidler, eksempelvis mod gigt, hjertesygdom, kolesterol eller forhøjet blodtryk.

Hvis naturlægemidlet eller kosttilskuddet forstærker virkningen af receptmedicinen, stiger risikoen for bivirkninger og overdosering. Svækkes virkningen af receptmedicinen omvendt, bliver patienten underbehandlet. Ved sværere sygdomme kan konsekvensen i begge situationer blive alvorlig.

Mulige interaktioner står anført på naturlægemidler, men ikke på kosttilskud, hvilket er til ulempe for både forbrugeren og behandleren. De væsentligste potentielle interaktioner er:

AK-behandling: Bl.a. fiskeolie, hvidløg, ingefær og ginkgo biloba virker blodfortyndende og skal anvendes med forsigtighed af patienter i AK-behandling.

Naturlægemidler med planten perikon, som benyttes mod lettere depression, øger leverens omsætning af mange receptpligtige lægemidler, hvorved deres virkning svækkes.

### OPERATION

Kosttilskud og naturlægemidler mistænkes i nogle tilfælde for at kunne komplicere forløbet af en bedøvelse og operation. Der kendes ikke så mange praktiske eksempler på, at det er forekommet. Men af forsigtighedshensyn bør blandt andet følgende have in mente:

Hvidløg, ginkgo biloba, fiskeolie og ingefær øger blødningstendensen, ginseng sænker blodsukkeret, baldrian forstærker virkningen af bedøvelsesmidlet, og perikon øger nedbrydningen af mange farmaka.

Som generel retningslinje anbefales det at stoppe med brugen af især ovennævnte præparater 1-2 uger før en planlagt operation.

En dansk opgørelse har fundet, at over halvdelen af tilfældigt udvalgte operationspatienter anvendte kosttilskud eller naturlægemidler.

### DINE RÅD TIL PATIENTEN

De følgende punkter er efter min opfattelse nyttige, når en patient søger råd om brugen af naturlægemidler og kosttilskud:

Opfat naturlægemidler og kosttilskud som medicinsk aktive præparater med potentielle effekter, men også mulige bivirkninger og interaktioner.

Patienten forventer generelt ikke, at du "ordinerer" naturpræparater, men måske i højere grad, at du accepterer hendes brug heraf.

Undlad at virke afvisende, når patienten ønsker at anvende et kosttilskud eller naturlægemiddel, medmindre det er fagligt relevant. Patienten ophører næppe med at tage præparatet pga. din (ukonstruktive) kritik, men undlader snarere fremover at informere dig om brugen. Da stiger risikoen for potentielle interaktioner og operationskomplikationer.

"Mere" betyder ikke "bedre". Med andre ord: Indskærp generelt at overholde den anbefalede dosering, med mindre kliniske studier angiver noget andet (for eksempel fiskeolie mod ledegigt).

Før anbefaling af naturpræparater: Spørg specifikt, om patienten anvender receptmedicin. Det gælder erfaringsmæssigt ofte patienter med gigt, hjerte-karsygdomme eller depression.

Skal patienten opereres? Vær da lidt forsigtig med at ordinere naturpræparater. Det gælder bl.a. gigtpatienter.

Vedr. kosttilskud: Det nytter ikke at henvise patienten til apoteket, Matas eller producenten for at få flere oplysninger om brug, indikation, bivirkninger m.m.. Butikkerne må reelt set ikke rådgive om noget som helst, når det gælder kosttilskud. Som behandler må du derimod godt informere patienten om medicinsk brug af kosttilskud, såfremt du ikke selv forhandler det.

Fraråd generelt at købe naturpræparater over internettet eller via homeparties etc. Patienten har ikke samme sikkerhed for præparatets indhold og renhed.

Anbefal som hovedregel et naturlægemiddel frem for et kosttilskud, såfremt indholdsstoffet forhandles i begge produktgrupper, for eksempel fiskeolie og hvidløg. Naturlægemidler giver større sikkerhed for præparatets renhed og effekt. Men er til gengæld ofte betydeligt dyrere.

Gravide og ammende bør som hovedregel ikke benytte naturlægemidler og kosttilskud, bortset fra sædvanligt anbefalede tilskud af folinsyre, jern og multivitamin.

Børn bør som hovedregel ikke anvende naturlægemidler og kosttilskud, bortset fra almindelige vitaminpiller i børnedosering. ■

## Forskningsmidler

**Gigt** ■ Fysioterapeut, seniorforsker Henning Langberg, Institut for Idrætsmedicin, Bispebjerg Hospital har af Gigtforeningen fået bevilget 90.000 kr. til et projekt, hvor det skal undersøges, hvordan langvarig belastning påvirker senevævet omkring knæ og ankel, og

hvorvidt responset påvirkes af indtag af NSAID. Da forbruget af NSAID er stort i forbindelse med rehabilitering, vil studiet bidrage til indsigt i effekten af fremtidige farmakologiske behandling af seneskader. Projektet er iværksat og forventes afsluttet i løbet af foråret 2006.

## Fysioterapiøvelser på nettet

**WWW** ■ Savner du ideer til øvelser til patienter med rygmarskader eller andre neurologiske lidelser, så kan det være en god ide at se på den australske hjemmeside "Physiotherapy exercises for people with spinal cord injuries". Her kan man finde et utal af øvelser målrettet patienter med rygmarskader på forskellige niveauer. En del af øvelserne er af generel karakter, så de kan bruges til andre neurologiske patienter. Der er i alt 476 øvelser og 21 videoklip. Øvelserne fokuserer primært på styrke, bevægelighed, funktion og generel fitness. Øvelserne beskrives grundigt med formål for øvelsen, og hvilke forbehold, der kan være i udførel-

sen af øvelsen. Alle øvelser er illustreret dels med tegning og dels med foto. Et ekstra plus er, at der på hjemmesiden findes en række videosekvenser, hvor man f.eks. kan se en transfersituation bid for bid. Man spoler gennem bevægelsessekvensen ved at klikke med musen og får derfor en detaljeret beskrivelse af bevægelsen. Denne samling af øvelser, der er tænkt som et arbejdsredskab for fysioterapeuter, er gratis og kan frit benyttes af alle, der ikke anvender materialet i kommercielt øjemed. Link til hjemmesiden: <http://physiotherapyexercises.com>

## Rapport om spiseforstyrrelser

**Sst** ■ Sundhedsstyrelsen har udgivet rapporten "Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling". Rapporten indeholder faglige anbefalinger for behandling af de forskellige spiseforstyrrelsesygdomme. I rapporten indgår

et specielt behandlingsafsnit om fysisk aktivitet og fysioterapi. Rapporten kan downloades gratis fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside som pdf-fil: <http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser.pdf>

# Fysioterapeuter som kostrådgivere

De fleste praktiserende fysioterapeuter finder emnet kosttilskud interessant. Flere klinikker har kosttilskud ikke bare i den fysioterapeutiske værktøjskasse, men også til salg på klinikken. Medlemmerne i etisk udvalg i Danske Fysioterapeuter er betænkelige

AF JOURNALIST ANNE GUDLAGER  
FOTO AXEL BOEL

Redaktionen gennemførte sidste år en mini-undersøgelse af interessen for kosttilskud blandt 54 praktiserende fysioterapeuter.

Undersøgelsen viste, at 85 procent af de praktiserende finder emnet interessant, flere så interessant, at der står kosttilskud til salg på hylderne i klinikernes venteværelser.

De praktiserende i undersøgelsen repræsenterer mindst 28 forskellige klinikker, 7 er anonyme. På tidspunktet for undersøgelsen blev der på seks af klinikkerne solgt kosttilskud, svarende til mellem 17 og 21 procent af klinikkerne. Det skal dog med, at der, da undersøgelsen blev gennemført, var meget opmærksomhed omkring glucosamin. Denne opmærksomhed er siden dalet, så resultaterne er ikke helt tidssvarende for så vidt angår salg af dette produkt. Derimod er der ikke noget, der taler for, at fysioterapeuters generelle interesse for kosttilskud skulle være dalet.

## FYSIOTERAPEUT MED I UDVIKLINGEN

46 af de 54 medvirkende fysioterapeuter svarer, at anvendelsen af kosttilskud har interesse (svingende fra lidt til meget) i forbindelse med deres arbejde som fysioterapeut. Kun 8 svarer klart nej.

I alt (det vil sige inklusiv dem, der ikke har kosttilskud til salg på klinikken) er der 44 procent, der svarer, at de rådgiver om kosttilskud. Ikke alle lægger dog det samme i ordet rådgivning, fremgår det af undersøgelsen. I nogle tilfælde handler det blot om, at fysioterapeuten foreslår patienten at tale med lægen om glucosamin.

Flere af dem, der svarer, at de ikke rådgiver om kosttilskud, tilføjer, at der er mange patienter, der spørger.

Praktiserende fysioterapeut Michael Bundgaard ikke blot interesserer sig for kosttilskud, men har selv været med i udviklingen af et, nemlig præparatet Olympia Rebuild 1-2-3. Michael Bundgaard fortæller, at interes-

sen for kosttilskud stammer fra hans første møde med budskabet om virkningen af glucosamin.

”Det var på et kursus i MT-regi, jeg hørte om glucosamin for første gang, og jeg kan huske, jeg tænkte ’det kan ikke passe’, fordi det var sådan en solstrålehistorie. Men det vakte min naturlige nysgerrighed, og jeg begyndte derfor at interessere mig mere for kost og kosttilskud”.

Da Michael Bundgaard med egne øjne havde konstateret effekten i forbindelse med en vanskelig knæpatient blev han for alvor interesseret, og interessen førte siden til, at han kontaktede en producent af kosttilskud og naturlægemidler, fordi han syntes, der manglede et præparat, der kombinerede fedtsyrer, antioxidanter og komplekse kulhydrater.

## DER VÆLGES TIL, IKKE FRA

”Jeg synes, det er spændende, hvilken effekt naturlige næringsstoffer fysiologisk set har for vores organisme, hvad angår muskler, sener og led”, siger Michael Bundgaard, men understreger, at der stadig står fysioterapi på døren.

”Kosttilskud er blot et ekstra værktøj, der gør det lettere at komme igennem med min fysioterapeutiske behandling. Vi taler netop om komplementær alternativ medicin, fordi man ikke vælger fra, men vælger til”.

Michael Bundgaard betegner produktet som ”bredt dækkende” i forhold til problemer i muskler, sener og led og mener således, det vil gavne en stor del af patienterne med lidelser i bevægeapparatet, ligesom det vil kunne have en gavnlig vedligeholdende effekt på folk, der slider meget på kroppen.

Effekten af selve præparatet er ikke dokumenteret, men ”virkningen af de enkelte komponenter i præparatet er veldokumenteret”, siger Michael Bundgaard.

”Det, der står tilbage at bevise er, at det bliver endnu bedre, når man lægger det hele ned i et kombinationspræparat. Men at der mangler bevis, er ikke



Fysioterapeut  
Michael Bundgaard.

ensbetydende med, at det ikke virker, hvilket da også bekræftes af de kliniske erfaringer med præparatet”.

Olympia Rebuild 1-2-3 koster 369 kroner for en måneds forbrug, men det er ikke dyrt, mener Michael Bundgaard, der minder om, at præparatet måske kan betyde, at patienten skal have færre fysioterapeutiske behandlinger.

Produktet sælges først og fremmest fra Matas og helsekostbutikker, men markedsføres også over for fysioterapiklinikkerne, og Michael Bundgaard har det selv til salg i sin klinik. Det er der ikke noget i vejen for mener han.

”Mange fysioterapeuter er ualmindeligt godt klædt på til at rådgive om kosttilskud, men vi er jo lige så forskellige som fisk. Det afhænger af, hvor meget man har sat sig ind i emnet i form af efteruddannelse, men jo også af, hvem man har haft i faget fysiologi på grunduddannelsen”.

Michael Bundgaard efterlyser kurser målrettet fysioterapeuter i kostens betydning for kroppens genopbygning og vedligeholdelse. ”Jeg tror, kostintervention kan være et ekstra værktøj, som meget vel kan integreres i den fysioterapeutiske behandling”.

## MARKEDET ER EN JUNGLE

Ifølge redaktionens undersøgelse har de fleste fysioterapeuter hentet deres viden om kost og kosttilskud ved selvstudium eller ved deltagelse i kurser udbudt af producenter af kosttilskud.

Tomas G. Pilsborg er fysioterapeut, men arbejder holistisk med sundhed i en klinik uden for sygesikringen med kostvejledning som en vigtig del af sit arbejde. Selv har han taget en amerikansk efteruddannelse i kostvejledning og stiller spørgsmålstejn ved de kurser, der udbydes af producenterne af kosttilskud og naturlægemidler.

”Jeg skal selvfølgelig ikke gøre mig klog på, hvor fysioterapeuter har deres viden om kost fra, men hele ▶

”Hvis man behandler og indtager en holistisk indgangsvinkel til den enkelte patient, er man nødt til også at forholde sig til kosten”.

Mandlig fysioterapeut,  
33 år

”Det kunne være rart med kurser hos DF, da mange kurser er PR for bestemte produkter”.

Kvindelig fysioterapeut,  
30 år



”Der bør være forskningsmæssigt belæg for at udtale sig om kosttilskud. Ikke bare empiri - egne gode erfaringer”.

Mandlig fysioterapeut,  
29 år

”Jeg synes, det er for dyrt og bryder mig ikke om at tjene penge på det, når jeg ikke ved mere om det”.

Kvindelig fysioterapeut,  
28 år

”Vi er en faggruppe, der med stor succes kan komme igennem til patienterne med kosttilskud, men det kan alt for let komme til at blive et salgsspørgsmål i forhold til et enkelt produkt, hvilket jeg synes er farligt!”

Kvindelig fysioterapeut  
33 år

”Jeg mener, at kosttilskud i flere tilfælde kan supplere den fysioterapeutiske behandling”.

Kvindelig fysioterapeut,  
31 år

”Jeg har selv konsulteret en diætist og taler med mange af mine patienter om sammenhæng mellem kost og ”kropshygge”.

Kvindelig fysioterapeut,  
59 år

”Jeg mener, det er en jungle, som jeg ikke ved nok om til at kunne rådgive andre”.

Kvindelig fysioterapeut,  
61 år

”Hvis man vil kombinere fysioterapi og kosttilskud, kræves en sufficient viden om kosttilskud”.

Kvindelig fysioterapeut,  
52 år

- ▶ kosttilskudsmarkedet er en jungle, og producenterne er jo ikke uvildige, derfor mener jeg godt, man kan diskutere kvaliteten af kurserne”.

Når Tomas Pilsborg anbefaler et kosttilskud til sine patienter, er det oftest i forbindelse med fordøjelsesproblemer, men kostens sammensætning er også relevant i forbindelse med mere traditionel fysioterapi, mener han.

”Jeg synes bestemt, at for eksempel omega 3 har sin plads, men kvaliteten af mange fiskeolier er ekstremt dårlig og meget syntetisk. Jeg bruger i det hele taget mere energi på at få folk til at spise ordentligt. Jeg går ikke rigtig ind for de der symptomtilskud”, forklarer Tomas Pilsborg.

Når man taler om fysioterapi i kombination med kosttilskud, kommer man uvilkårligt til at tænke på fysioterapeut Søren Mavrogenis. I den ene ugeblads- og avisartikel efter den anden har han fortalt, hvordan kosttilskuddet Biosport sammen med fysioterapi har helbredt talrige sportsfolk, musikere og folk med museskader. Effekten er beskrevet i en undersøgelse offentliggjort i *Physical Therapy in Sport* 2004<sup>1</sup>, men selvom Søren Mavrogenis gerne rejser både landet og udlandet rundt og holder foredrag om sine erfaringer med kosttilskuddet, er det ikke hos ham, man skal henvende sig, hvis man vil købe det.

”Jeg kan ikke konkurrere med de priser, de har i helsekostbutikkerne, men jeg synes i det hele taget ikke, at fysioterapeuter skal have den slags ting til salg; det borger ikke for kvaliteten i en fysioterapiklinik. Fysioterapiklinikker er ikke butikker, og jeg er enormt bange for, at vi udvander os selv og faget, hvis vi begynder at have alle mulige sjove olier stående”, siger Søren Mavrogenis.

#### DER KAN OPSTÅ ET ETISK DILEMMA

Danske Fysioterapeuters Etisk udvalg havde emnet fysioterapi og kosttilskud på dagsordenen ved sit seneste møde i januar i år. Udvalgets holdning er, at der let kan opstå et etisk dilemma, hvis en fysioterapeut tjener penge på salg af ét bestemt produkt. Det gælder kosttilskud såvel som diverse træningsartikler. Dog har fysioterapeuten i forbindelse med salg af træningsartikler en faglig baggrund, der giver mulighed for at kunne vurdere kvaliteten, og den baggrund har man ikke i forhold til kosttilskud, understreger udvalgets medlemmer.

I den fysioterapeutiske grunduddannelse indgår hverken farmakologi eller decideret undervisning i det

diætistiske felt, og fysioterapeuter har dermed ikke baggrund for at rådgive og vejlede patienterne i forhold til konkrete produkter, mener udvalget.

”Man kan let komme til at misbruge sin magt, hvis man rådgiver i noget, man ikke er kvalificeret til. Patienterne kommer med en henvisning fra lægen og regner med, at det, de får at vide hos fysioterapeuten, er fagligt i orden. Hvis fysioterapeuter vil rådgive i kost og kosttilskud skal de have fagprofessionel indsigt og tydeligt adskille det fra den fysioterapifaglige rådgivning”, uddyber overfysioterapeut Dorthe Maagaard, der er medlem af Etisk Udvalg.

”Jeg kan godt forstå fysioterapeuten, der vil gøre det bedste for patienten, men det kan man gøre ved, at man foreslår patienten at gå til en diætist - det vil være professionel kostvejledning”, mener hun.

Også hovedbestyrelsen har haft emnet på dagsordenen, senest i 2003, da man diskuterede, om foreningen skulle sætte grænser for, hvad klinikkerne kan sælge til deres patienter som supplement til den tilskudsberettigede behandling.

Her var konklusionen, at der ikke var behov for, at foreningen udstak retningslinjer, men at det er op til den enkelte fysioterapeut og klinik at vurdere, hvor grænsen går, når det gælder salg af produkter såvel som ydelser uden for overenskomstens område. ■

#### REFERENCE

<sup>1</sup> Mavrogenis S, Johannessen E, Jensen P, Sindberg C: “The effects of essential fatty acids and antioxidants combined with physiotherapy treatment in recreational athletes with chronic tendon disorders. A randomised, double-blind, placebo-controlled study”. *Physical Therapy in Sport* 5 (2004) 194-99.

#### LIDT STATISTIK

- 85 procent af de praktiserende fysioterapeuter synes, at emnet kosttilskud er interessant.
- Mellem 17 og 21 procent af klinikkerne sælger kosttilskud (tallet kan ikke angives præcist, da der indgår 7 anonyme besvarelser i undersøgelsen).
- 44 procent rådgiver (i varierende omfang) om kosttilskud.
- 13 procent af de praktiserende bruger (i varierende omfang) kosttilskud som en del af deres behandling.

# Hvad siger reglerne?

I bestemmelserne om, hvad klinikkerne må have til salg på hylderne, skelnes mellem lægemidler og kosttilskud, og der må for eksempel ikke sælges glucosamin

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO DAVID ROTH/POLFOTO

Det er ikke ualmindeligt, at patienterne i forbindelse med et besøg hos fysioterapeuten kan fylde indkøbsposen op med diverse produkter. Flere klinikker sælger for eksempel hovedpuder, gangstave, bobathbolde, træningselastikker og tape, og nogle har også kosttilskud på hylderne. Men hvor det ikke kræver særlige forudsætninger at sælge en rulle tape, er det en anden sag med kosttilskud og lægemidler.

## VÆK MED GLUCOSAMIN

En undersøgelse foretaget på fysio.dk sidste år, viste at flere klinikker solgte glucosamin. Men det må de ikke, for glucosamin er ikke længere et kosttilskud.

Siden september 2003 har glucosamin været godkendt som lægemiddel. Nogle lægemidler i håndkøb må godt sælges af andre end apoteker, men kun hvis forhandleren har en tilladelse til salget. For at opnå en sådan tilladelse, kræves det, at man har et såkaldt basissortiment på hylderne. Så med mindre klinikkerne også vil sælge for eksempel hostesaft og søsypiller, må de vinke farvel til glucosaminsalget.

Er der tale om naturlægemidler, må disse gerne forhandles for eksempel på fysioterapiklinikkerne, men naturlægemidlerne er underlagt lægemiddelovens bestemmelser.

Lægemidler er defineret i lægemiddeloven som "enhver vare, der præsenteres som et egnet middel til behandling eller forebyggelse af sygdomme hos mennesker eller dyr" og/eller "kan anvendes i eller gives til mennesker eller dyr enten for at genoprette, ændre eller påvirke fysiologiske funktioner ved at udøve en farmakologisk, immunologisk eller metabolisk virkning eller for at stille en medicinsk diagnose".

Med andre ord: Markedsføres produktet med ord om en helbredenvirkning, kan dette være nok til, at det kommer ind under lægemiddeldefinitionen.

## MAN SKAL PASSE PÅ ORDVALGET

For kosttilskuds vedkommende er der ingen krav til dokumentation. Men forskellen betyder i praksis, at

producenter af kosttilskud skal holde tungen overordentlig lige i munden, når de beskriver produkternes effekt. Præsenteres produktet som middel til behandling eller forebyggelse af sygdomme, kommer det ind under lægemiddeldefinitionen, og der skal indhentes markedsføringstilladelse for lovligt at kunne markedsføre og forhandle det.

Antallet af sager om ulovlig markedsføring og salg af lægemidler er i de senere år steget markant. I 2002 havde Lægemiddelstyrelsen i alt 67 sager, mens der i 2004 blev oprettet knap 180 sager.

På styrelsens hjemmeside, [lægemiddelstyrelsen.dk](http://lægemiddelstyrelsen.dk), findes en liste med en lang række produkter, der efter styrelsens afgørelse er at betragte som lægemidler, men som det vil være en overtrædelse af lægemiddeloven at forhandle på grund af manglende markedsføringstilladelse.

At man også kan få ørene i maskinen, selvom man ikke sælger noget, opdagede radiolægen Carsten Vagn Hansen, da han for et års tid siden blev præsenteret for en bøde på 10.000 kroner for at fremhæve kosttilskuds gavnlige virkninger på sin hjemmeside.

Carsten Vagn Hansen nægtede dog at betale bøden med henvisning til, at han ikke havde nogen økonomisk interesse i de produkter, han henviste til. "Det svarer til, at give din moster en bøde, hvis hun fortæller dig, at den te, hun drikker, er god for kroppen", udtalte Carsten Vagn-Hansens forsvarer blandt andet, da sagen i september kom for retten.

Retten gav Carsten Vagn-Hansen ret i, at han ikke havde gjort noget forkert, og han slap derfor for at betale bøden. ■



## Den gode forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning efterlyses

**Inspiration** ■ Har du været med til forebygge, at børn bliver overvægtige eller udvikler diabetes type 2? At ældre falder eller får et ringere liv som følge af KOL? Eller har du anden vis erfaringer fra en kommune, et amt, et sygehus eller praksissektoren, hvor du har løst en konkret opgave eller medvirket i et projekt om forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning, så vil Danske Fysioterapeuter meget gerne høre fra dig.

Kommunerne skal fremover sikre forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning til patienter, efter at de er blevet udskrevet fra sygehuset. Det er nogle af de sundhedsopgaver, der som følge af kommunalreformen flytter ud i de 95 nye kommuner. Her i foråret skal kommunerne tage stilling til, hvilken forebyggelse og sundhedsfremme patienter og borgere skal tilbydes, og hvordan patienter, efter at de er udskrevet fra sygehuset, får den rette genoptræning. I den forbindelse vil Danske Fysioterapeuter gerne være med til at inspirere kommunerne. Derfor er vi interesserede i at høre, hvilke erfaringer fysioterapeuter har med den gode forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning. Vi vil indsamle og vurdere alle bidragene, og de bedste vil blive samlet i et inspirationskatalog, som skal sendes ud til kommunalpolitikerne i løbet af foråret. Vi er interesserede i alle typer bidrag, så længe erfaringerne er konkrete. Såvel opgaveløsninger som projekter, hvor fysioterapeuter alene har haft ansvaret, som hvor fysioterapeuter har medvirket sammen med andre faggrupper. Vi vil også meget gerne høre fra dig, hvis du som praktiserende eller kommunalt ansat fysioterapeut har medvirket i genoptræningen af patienter efter udskrivning fra sygehus – det vil sige, hvor den amtslige genoptræningsopgave er blevet udført i et andet regi. På [fysio.dk](http://fysio.dk) kan du finde et spørgeskema, som vi vil bede dig udfylde nedenstående senest 20. februar.

Højreklik på linket "Den gode forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning, vælg "gem destination som" og gem dokumentet på din pc's skrivebord. Herefter åbner du spørgeskemaet ved at dobbeltklikke på Word-filen. Når du har udfyldt spørgeskemaet, skal du gemme det på din pc og sende det retur i en e-mail som en vedhæftet fil til [mgo@fysio.dk](mailto:mgo@fysio.dk). På forhånd tak for hjælpen.

## Repræsentantskabsmøde 2006

**Dato** ■ Danske Fysioterapeuters repræsentantskabsmøde afholdes fredag den 24. november og lørdag den 25. november 2006 i Odense. Alle medlemmer er velkomne til at overvære repræsentantskabsmøderne. Enhver re-

præsentant kan indsende forslag til ændring af love og vedtægter samt forslag til beslutning og diskussion på repræsentantskabsmødet. Forslag skal være modtaget i sekretariatet senest mandag den 9. oktober 2006.

## Ildrætsfysioterapi bliver specialtområde

**Hb** ■ Hovedbestyrelsen har godkendt en indstilling fra Specialistrådet om, at idrætsfysioterapi får sit eget specialeområde. Hidtil har idrætsfysioterapi været et under-

speciale til specialet i muskuloskeletal fysioterapi. Specialistrådet går nu i gang med at udarbejde en specifik kompetencebeskrivelse for området.

## Sevicelinjen for offentligt ansatte

**Tlf** ■ Er du ansat inden for det offentlige område, og har du brug for råd og vejledning om løn- og arbejdsforhold, er servicelinien et tilbud til dig. Her kan du hurtigt få svar på dine spørgsmål.

Kræver din henvendelse sagsbehandling eller kontrakt til din arbejdsgiver, vil du via servicelinien blive henvist til den forhandlingskonsulent, der dækker området. Servicelinien bliver betjent af erfarne konsulenter og sagsbehandlere fra Danske Fysioterapeuters forhandlingsafdeling, offentlig.

Ring til servicelinien på telefon 3341 4790. Linien har åben mandag, tirsdag og onsdag fra klokken 9-15, torsdag fra 9-16 og fredag fra 9-14. Du er også velkommen til at skrive til [servicelinien@fysio.dk](mailto:servicelinien@fysio.dk) Alle henvendelser vil blive besvaret inden for 24 timer.

På [fysio.dk](http://fysio.dk) under Løn og Ansættelse, kan du læse om dine rettigheder, når det gælder løn- og arbejdsforhold. Her ligger også en række af de oftest stillede spørgsmål og svar.

Tillidsrepræsentanten på din arbejdsplads vil i de fleste tilfælde kunne svare på dine spørgsmål om løn- og arbejdsforhold. Men er der ingen tillidsrepræsentant på din arbejdsplads, eller har du brug for yderligere råd og vejledning, er du velkommen til at henvende dig på servicelinien for offentligt ansatte.

Den 1. januar 2006 nedlagde Danske Fysioterapeuter foreningens 15 amtskredse. Samtidig er etableret fem regioner. Dermed følger foreningen den nye kommunale struktur. Samtidig flytter den medlemsservice, som tidligere blev givet i amtskredsene, til foreningens sekretariat. Servicelinien tager sig af henvendelser vedrørende løn og arbejdsforhold fra fysioterapeuter ansat på det offentlige område. Linien er oprettet, da vi af erfaring ved, at de fleste henvendelser til kredsene har været inden for dette område. Alle andre henvendelser skal ske på foreningens hovednummer 3341 4620 - herfra vil du blive stillet om til den relevante sagsbehandler.

## Ordet evidensbaseret er blevet en kliché

Den naturvidenskabelige tilgang har en tendens til at reducere videnskab til et spørgsmål om metoder.

DEBATINDLÆG AF:  
FYSIOTERAPEUT LINDA CARLSEN

Den evidensbaserede tankegang breder sig inden for fysioterapi. Det viser sig i de artikler, der bringes i Fysioterapeuten og i stillingsannoncer, der indeholder krav om, at ansøgeren kan anvende evidensbaserede metoder. Ordet evidensbaseret er nærmest blevet en kliché. Det virker som om, at hvis vi som fysioterapeuter i forskningen kan anvende evidensbaserede metoder, at praksis er funderet i evidensbaseret forskning, og at evidensbaseret videnskab er grundpillen i forskningen, så har vi sikret fysioterapi som fag.

I forsøget på at opnå den størst mulige objektivitet, har den naturvidenskabelige tilgang en tendens til at reducere videnskab til et spørgsmål om metoder, eksempelvis RCT. Naturvidenskaben forbigår, at forskningsdesignet, som ordet antyder, er prækonstrueret. Forskningsdesignet er udformet, så det kan reproducere af andre forskere med den samme forståelse af designet.

Man kan spørge, hvilke videnskabsteoretiske overvejelser ligger til grund for denne prækonstruktion af forskningsdesignet ud over objektivitets- og reproduktionskravene? Noget lignende viser sig for det undersøgte fænomen. Hvordan fænomenet konstrueres på det teoretiske plan bliver til en teknisk diskussion om empiriske data og observationer. Hvilket betyder, at fænomener og problemstillinger er defineret ud fra analyseteknikker/metoder og empiriske data og ikke ud fra teori.

Et hvilket som helst forskningsdesign har sine begrænsninger eksempelvis inklusions- og eksklusionskriterier, og som dermed ikke kan tage højde for alle situationer, praktikerens udsættes for. Selvom forskeren anvender RCT, og det viser sig, at behandlingsmetoden har en dokumenteret effekt, rammer behandlingsmetoden ikke alle de inkluderede patienter med den specifikke sygdom. Praksis viser også, at patienten kan fejle flere sygdomme på en gang, og at sociale og psykiske faktorer kan influere på patientens tilstand, hvilket ikke kan klares kun med behandlingsmetoder.

Stig Ejdrup Andersen redegør i Fysioterapeuten nr. 19/05 fint for, hvilke overvejelser praktikerens bør gøre, når hun vil implementere forskningen i sin praksis. Det er vigtigt, at fysioterapeuten til stadighed reflekterer over sin egen praksis.

Problemet med evidensbaserede metoder som RCT er,

at fysioterapeutisk praksis kan ændre sig til overvejende at skulle være måleligt og reproducerbart, som Gunn Engelsrud og Nina Schriver skriver i Fysioterapeuten nr. 14/05. Dialogen/relationen mellem fysioterapeut og patient, omsorgen for patienten - patientperspektivet - nedprioriteres til fordel for gruppen og standarden både i praksis og i forskningen. At forskningen kan blive nedprioriteret på disse områder, skyldes fysioterapis tætte forbindelse med lægevidenskaben. Samtidig påvirker en efterspørgsel efter evidensbaseret forskning og især RCT fra det offentlige denne tendens. Det offentlige er i stigende grad interesseret i, at det kan dokumenteres, at tiltagene - behandlingen/træningen virker. Det kunne formodes, at økonomiske overvejelser ligger bagved denne interesse.

Jeg har ikke noget imod evidensbaserede metoder som RCT. Men jeg er enig med Lone Friis Thing (1), når hun siger, at evidensbaseret idrætsmedicin må indeholde mindst tre aspekter: 1. Forskningsmæssig viden. 2. Praktikerens ekspertise. 3. Patientens værdier. Jeg mener, det samme må gælde for evidensbaseret fysioterapi.

Ifølge Bent Flyvbjerg (2), som referer til Hubert & Stuart Dreyfus, udvikler praktikerens ekspertise sig gennem en læreproces. Nybegynderen udfører regler, hun har lært og som er kontekstafhængige. Gradvis gennem erfaring bliver praksis mere konkret og kontekstafhængig, der sker en prioritering og en systematisering. Den kompetente udøver er involveret i sine handlinger med sin egen person, der indgår et element af fortolkning og skøn i situationen, mens den kyndige udøver forstår og organiserer sine opgaver intuitivt på grundlag af foregående hændelser og erfaringer. Og eksperten genkender ikke kun situationer intuitivt, men også beslutninger, strategier og handlinger.

Patientens værdier tilgodeses ved, at hver patient opfattes som et individ med en baggrund, viden og forståelse som er anderledes fra andre individer. (3) ■

1. Friis Thing, Lone, 2005: Motion på recept – er en svær pille at sluge.
2. Flyvbjerg, Bent, 1994: Rationalitet og magt.
3. Hanssen, Ingrid, 2000: Sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund.

DET STÅR DER I AVISEN

# Om fysioterapi og fysioterapeuter

**(IDRÆT)** Idrætsfysioterapien har holdt sit indtog på endnu en bane: Skakbrættet. Ifølge *Berlingske Tidende* har den russiske stjerne *Vladimir Kramnik* trukket sig fra den hollandske topturnering *Wijk aan Zee*, da kraftige smerter i leddene har gjort det umuligt at spille. Kramnik er nu i stedet gået i fysioterapeutisk og medicinsk behandling.

**(KARRIERESKIFT I)** Hvis Kramnik ikke får det bedre, vil han måske overveje et karriereskift. Det skete ifølge *Dagbladet Skjern-Tarm* for *Rasmus Røjkjær*. Han læste i begyndelsen af 1990'erne til agronom i København, men fik en sen aften den idé at springe over hegnet ind til Zoologisk Have. Det resulterede i et hold i ryggen, men dermed også i et indblik i en verden, der virkede mere interessant end landbruget. Rasmus Røjkjær foretog derfor endnu et spring – fra agronomien til fysioterapien. I dag er han 36 år og har netop overtaget *Videbæk Fysioterapi*.

**(KARRIERESKIFT II)** *Lisbet Ploug* fra Greve har ikke helt skippet den fysioterapeutiske karriere, men har optrappet den politiske. Ved efterårets kommunalvalg kom hun i byrådet for De Konservative og er derfor for nylig blevet interviewet i *Dagbladet Køge*. Lisbet Ploug er udover bestyrelsesarbejdet i partiet også aktiv på flere fronter i Danske Fysioterapeuter. I interviewet, der bærer overskriften "Fysioterapeut med næse for sundheden", gør Lisbet Ploug rede for sine mærkesager: "Mit hjerte står sundhedspolitikken nær, også i kraft af mit erhverv som privatpraktiserende fysioterapeut. Jeg er blevet næstformand i social- og sundhedsudvalget og vil kæmpe for,

at Greve Kommune er på forkant med udviklingen på områder som for eksempel rehabilitering, genoptræning og forebyggelse til borgerne. Det er vigtigt, at sammenhængskraften er på plads i kommunen, når disse områder blandt mange flere bliver lagt ud fra sygehusene".

**(GIGT)** På Christiansborg har flere politikere også næse for sundheden, blandt andre *Lone Møller* (S), der i et indlæg i *Frederiksborg Amtsavis* slår til lyd for en national gigthandlingsplan. Ventetiden på at få stillet en diagnose er for lang, der forskes for lidt, og forebyggelsen er heller ikke god nok, mener Lone Møller blandt andet. Hun forstår ikke Dansk Folkepartis holdning: at ideen er god, men at tiden ikke er moden. Man kan undre sig over, hvornår tiden så er moden, når der er tale om en lidelse, som rammer 16 procent af den danske befolkning, og som i øvrigt har eksisteret siden oldtiden, skriver Lone Møller.

**(WHIPLASH)** *Susan Kindtler* fra Næstved har ikke gigt, men derimod whiplash - en lidelse, der i årevis har sat et kedeligt præg på hendes dagligdag. Men nu ser det lysere ud. Ifølge avisen *Sjællandske* har Susan Kindtler fået håbet tilbage efter at have deltaget i to fysioterapeutstuderendes bachelorprojekt. *Thomas Ravnevand* og *Cecilie Høyåsen* har i projektet forsøgt at hjælpe 11 whiplashpatienter af med deres svimmelhed. I fire uger har Susan Kindtler to gange dagligt løbet et 20 minutter langt træningsprogram igennem. "I dag kan jeg tage senere hjem fra selskaber, gå længere ture, og så behøver jeg ikke min to timer lange middagslur mere", siger Susan Kindtler,

der, selvom projektet er slut vil fortsætte med at udføre svimmelhedsøvelserne to gange dagligt.



**(ÆBLER)** På Fyn er der folk, der udfører øvelser også om natten. Nattevagterne i hjemmeplejen har i 10 uger kunnet observeres udføre sære ting som for eksempel at plukke æbler, hvor ingen æbler gror, skriver *Fyens Stiftstidende*. Årsagen er et pilotprojekt, hvor motion, sundhed og trivsel har været i fokus. Ved starten af hver vagt trak de ansatte et kort med små, nemme motionsøvelser, for eksempel at se ud som, man plukker æbler fra et træ og lægger dem ned i en kurv. Og de fleste af de ansatte valgte at foretage øvelserne et sted på vejen fra bilen og ind til borgeren. *Line Birgitte Nielsen*, der er master of public health og fysioterapeut, leder de 14 sundhedsfremmende projekter, Odense Kommune som et forsøg har gang i. Fem projekter er afsluttet, tre er tæt på, og seks er ved at blive søsat. "Det handler om at flytte fokus. Det handler om at spørge, om det er kagen, eller motionsøvelsen, man er fælles om på arbejdspladserne", siger hun blandt andet.

---

---

Jonnas sider starter her...



# Pjecer og magasiner



Danske Fysioterapeuter og Krop & Fysiks populære serie omfatter nu 10 pjecer, og der er flere på vej. Pjecerne er skrevet af fysioterapeuter alene eller i samarbejde med andre sundhedsfaglige professioner. Pjecernes formål er at give patienter information, råd og vejledning om, hvordan man bedst tager vare på kroppen, og de kan benyttes i træningscentret og fysioterapien, som et led i instruktørernes og fysioterapeuternes arbejde.



Pjecerne er på 12-16 sider, rigt illustrerede og i formatet 10 x 15 cm.

Nye pjecer på vej: Fødder, Bækkensmerter.

**Pris pr. pjece kr. 2,75,- inkl. moms.\***

\*Bestilling af pjecer tillægges et porto- og ekspeditionsgebyr på kr. 40,- uanset antallet.



## Krop & Sport

Krop & Fysikudgiver magasinet Krop & Sport, der henvender sig til sportsudøvere samt andre med interesse for sport og et aktivt liv.

Krop & Sport udkommer 4

gange årligt og videregiver viden og nyttige informationer om idræt og oplevelser, sundhed og velvære, god og rigtig kost, idrætsskader og forebyggelse - og ikke mindst glæden ved sport. I hvert nummer er der desuden fokus på en kendt person fra sportens verden, der fortæl-

ler om glæden og udfordringerne ved fysisk udfoldelse.

Klik ind på [www.krop-fysik.dk](http://www.krop-fysik.dk) for at bestille eller læse mere om Krop & Fysiks produkter. Bestillinger modtages også på telefon 70 26 33 45 eller fax 70 26 33 65.

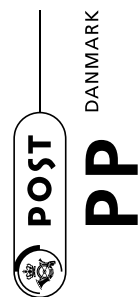
### Abonnement på Krop & Sport

20 blade 4 gange årligt..... 412,50 kr.

50 blade 4 gange årligt..... 756,25 kr.

*Prisen er inkl. fragt og moms.*

*Priserne er gældende i 2006 eller indtil andet oplyses.*



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